

# Átröskunarmeðferð á Íslandi – sjúkdómsmynd, meðferðarheldni og forspárþættir brottfalls

Guðrún Mist Gunnarsdóttir<sup>1</sup> læknanemi, Sigurður Páll Pálsson<sup>2</sup> læknir, Guðlaug Þorsteinsdóttir<sup>2,3</sup> læknir

## ÁGRIP

**Inngangur:** Meðferðarheldni sjúklinga í átröskunarmeðferð hér á landi er óþekkt. Markmið rannsóknar var að kanna brottfallstíðni og finna forspárþætti fyrir meðferðarheldni hjá sjúklingum í átröskunarmeðferð á Landspítala tímabilið 1.9.2008-1.5.2012.

**Efniviður og aðferðir:** Rannsóknin var afturskyggn raunlýsing. Skoðaðar voru sjúkraskrár sjúklinga sem höfðu fengið tilvísun í meðferð hjá átröskunarteymi Landspítalans og fengið ICD-10 greiningu: lystarstol (F50.0, F50.1), lotugræðgi (F50.2, F50.3) og átröskun ekki nánar skilgreind (ÁENS) (F50.9). Tilvísanir voru 260, 7% mættu ekki í greiningarviðtal og endanlegt úrtak var 182. Brottfall úr meðferð var skilgreint sem ótímabær stöðvun meðferðar án formlegrar útskriftar meðferðaraðila sem mat bata og átröskunarhegðun.

**Niðurstöður:** Úrtakið skiptist í 176 konur og 6 karla, meðalaldur 26,3 ár. Lotugræðgi greindist hjá 52,7% sjúklinga, ÁENS hjá 36,8% og lystarstol hjá 10,4%. Aðra samhliða geðröskun höfðu 74,7% sjúklinga. Kvíða- eða

þunglyndisröskun greindist hjá 72,5%, athyglisbrestur og/eða ofvirkni hjá 15,4% og persónuleikaröskun hjá 8,2%. Lífsalgengi fíkniraskana var 30,8%. Brottfall úr meðferð var 54,4% (um 1/3 kom aftur í meðferð á rannsóknartímabilinu), 27,5% sjúklinga luku meðferð og 18,1% sjúklinga voru enn í meðferð þegar eftirfylgnitíma lauk. Meðferðarheldni mældist marktækt betri hjá þeim sjúklingum sem höfðu lokið háskólagráðu, höfðu sjálfir frumkvæði að komu og höfðu meiri kvíða eða þráhyggjueinkenni í greiningarviðtali. Sjúklingar með lystarstol héldust best í meðferð en sjúklingar með fíknigreiningu sýndu meiri tilhneigingu til brottfalls ( $p=0,079$ ). **Ályktun:** Heildarbrottfall úr meðferð var svipað og í öðrum rannsóknum en eftirfyldartími var lengri og sjúklingar með lystarstol héldust betur í meðferð en aðrir sjúklingar með átröskun, öfugt við það sem hefur sést í öðrum vestrænum löndum. Hærra menntunarstig, eigið frumkvæði að meðferð og hærra kvíðaskor á spurningalistum voru verndandi þættir.

## Inngangur

<sup>1</sup>Læknadeild Háskóla Íslands, <sup>2</sup>geðdeild Landspítala, <sup>3</sup>átröskunarteymi Landspítala

Átröskunarsjúkdómar eru stöðugt og vaxandi lýðheilsuvandamál víða í heiminum.<sup>1</sup> Þeim hefur verið skipt í þrjár aðaltegundir samkvæmt ICD-10 (International Classification of Mental and Behavioral Disorders); lotugræðgi (*bulimia nervosa*), lystarstol (*anorexia nervosa*) og átröskun ekki nánar skilgreind (ÁENS) (*Eating disorder not otherwise specified (EDNOS)*).<sup>2</sup>

Lotugræðgi var fyrst kynnt og skilgreind fyrir rúmlega 30 árum. Gerald Russell lýsti þar átköstum, margvíslegum losunarástöfunum og ofsahræðslu við að þyngjast og fitna.<sup>3</sup> Lystarstoli var hins vegar lýst fyrst sem sjúkdómi 1689.<sup>4</sup> Sjúklingar með lystarstol hafa tvíbentar tilfinningar um breytingar á mataræði og þyngd og því fylgir oft mikil afneitun á vannæringarástandi og sjúkdómsgreiningu.<sup>5</sup> Þeir ofmeta oft þyngd sína og vaxtarlag, eru í stöðugri megrun og stunda óhóflega líkamsrækt og jafnvel losunarhegðun og hafa lítið innsæi um neikvæðar afleiðingar þess.<sup>6</sup> Ekki eru til greiningarviðmið fyrir ÁENS í ICD greiningarkerfinu en breytingar gerðar í DSM-5 munu greina marga sem voru í ÁENS-flokknum í *Binge-eating disorder* (lotuofát) flokkinn sem er nú sérflokkur átröskunar en ekki undirflokkur ÁENS eins og hann var í DSM-IV. Einnig munu fleiri greinast með lystarstol og lotugræðgi en áður vegna víðtækari greiningarskilmerkja í DSM-5.<sup>2</sup> Nákvæmari flokkun ætti að leiða til markvissari vísindarannsókna en nýlegar rannsóknir leiða í ljós að vel

yfir helmingur sjúklinga sem koma í átröskunarmeðferð hafa fengið ÁENS-greiningu.<sup>7</sup>

Átraskanir eru algengar og greinast fyrst og fremst hjá ungum konum. Ísland er ekki eftirbátur annarra vestrænna ríkja og sýndi íslensk skimunarrannsókn á átröskunum hjá framhaldsskólanemum að um 10% þátttakenda skimuðust með átröskun og 50% stúlkna og 20% drengja sögðust hafa áhyggjur af mataræði og þyngd.<sup>8</sup> Átröskunarsjúkdómar koma oftast fram á unglingsárum og snemma á fullorðinsárum. Ef þeir eru ekki meðhöndlaðir hafa þeir tilhneigingu til að verða langvinnir og þeim fylgja oft margvísleg líkamleg og geðræn vandamál og dánarlíkur aukast.<sup>9</sup>

Eitt af meginvandamálum geðheilbrigðisþjónustunnar er hve stór hluti sjúklinga sem vísað er í meðferð mætir ekki í fyrsta viðtal eða dettur úr meðferð. Stórar rannsóknir hafa sýnt að 30-40% sjúklinga sem er vísað í geðmeðferð láta aldrei sjá sig. Í safngreiningu (*meta-analysis*) um brottfall úr geðmeðferð kom í ljós að meðal sjúklinga sem hófu meðferð hættu 47% þeirra fyrir meðferðarlok. Í sömu rannsókn kom fram að sjúklingar sem höfðu samþykkt að koma í meðferð en mættu ekki í fyrsta viðtal (*no-shows*) voru um 27%.<sup>10</sup> Brottfall úr átröskunarmeðferð virðist enn meira en í almennri geðmeðferð. Lýst hefur verið allt að 70% brottfalli úr göngudeildarmeðferð en 20-51% brottfalli hjá lystarstolsjúklingum í sérhæfðri legudeildarmeðferð.<sup>11</sup>

Fyrirspurnir:  
Guðlaug Þorsteinsdóttir  
gudlthor@landspitali.is

Greinin barst  
5. nóvember 2014,  
samþykkt til birtingar  
21. apríl 2015.

Helstu þættir sem virðast hafa áhrif á meðferðarheldni eru vilji sjúklinga til breytinga og traust samband við meðferðaraðila. Alvarleiki átröskunar eða tegund virðist skipta minna máli.<sup>12</sup> Þessa þætti á þó eftir að staðfesta betur og vöntun er á endurteknum rannsóknum til að sýna fram á samkvæmni.<sup>13</sup>

Krug og félagar gerðu nýlega Evrópska fjölsetrarannsókn (*multi-center study*) sem skoðaði tengsl fíknivanda og átröskunar. Þar var sýnt fram á að algengi fíknisjúkdóma er hærra hjá átröskunar-sjúklingum heldur en hjá almennu þýði, þá sérstaklega hjá þeim sem höfðu lotugræðgiseinkenni.<sup>14</sup> Rannsóknir hafa sýnt tengsl á milli brottfalls úr fíknimeðferð og átröskunar. Hafi sjúklingar bæði átröskun og fíknisjúkdóm virðist sem edrúmennska geri átröskunareinkenni verri og ýti þannig undir fall í neyslu.<sup>15</sup> Sumar rannsóknir hafa lagt til tvíhliða meðferð fyrir þessa sjúklinga en það gæti komið í veg fyrir einkennaflökt (*symptomatic shifting*).<sup>16</sup>

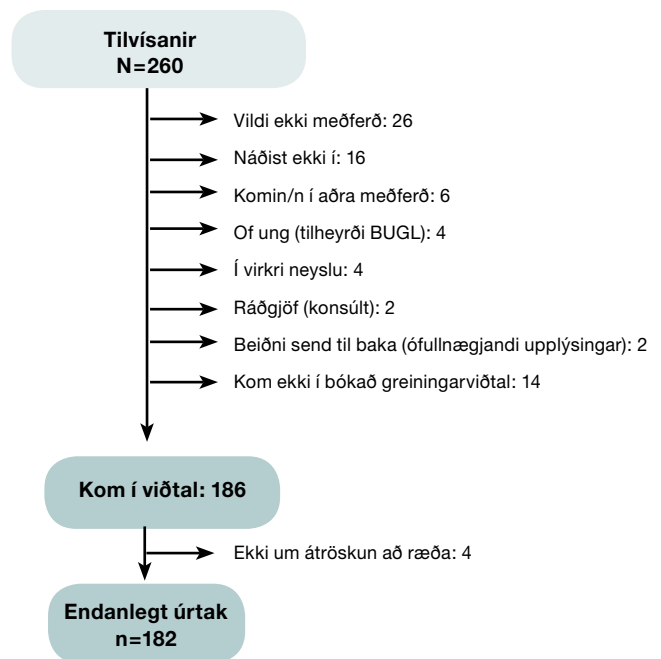
Flestar nýjar rannsóknir í dag birta niðurstöður frá meðferðarsetrum sem binda meðferðartímann strax í upphafi og skilgreina ströng skilyrði fyrir þátttöku í meðferð.<sup>12</sup> Vöntun er á raunlýsandi (*naturalistic*) rannsóknum sem sýna afdrif heildarhóps sjúklinga með átröskun í sérhæfðri meðferð með opnu aðgengi án inntöku-skilyrða.

Markmið þessarar íslensku rannsóknar var að varpa ljósi á þennan ákveðna sjúklingahóp með því að skoða meðferðarheldni, sjúkdómsmynd og áhrifaþætti á brottfall hjá þeim sem fengu tilvísun til átröskunarteymis Landspítalans. Leitað var að áhrifaþáttum fyrir meðferðarheldni sjúklinga með tilliti til lýðfræðilegra og klínískra þátta sem komu fram í greiningarviðtali og á meðferðartímabilinu. Safnað var ítarlegum upplýsingum um sjúklingahópin, þar með talið tíðni og gerð samhliða geð- og fíknisjúkdóma.

### Efni og aðferðir

Rannsóknin er raunlýsing (*naturalistic*) og afturskyggn og byggist á sjúkraskrá allra þeirra sem fengu tilvísun á átröskunarteymi geðdeildar Landspítala á tímabilinu 1. september 2008 til 1. janúar 2012. Teymið sinnir fullorðnum einstaklingum 18 ára og eldri með átraskanir. Eftirfylgnitími rannsóknar var út aprílmánuð 2012. Farið var yfir sjúkraskrár allra sem vísað hafði verið til teymisins á rannsóknartímabilinu, alls 260 einstaklinga. Skilyrði fyrir þátttöku í rannsókninni var að sjúklingar hefðu mætt í greiningarviðtal og greinst með átröskun samkvæmt ICD 10 (F50.0, F50.1, F50.2, F50.3, F50.9). Lystarstol (F50.0) og ódæmigert lystarstol (F50.1) var skráð saman í einn undirflokk. Einnig voru lotugræðgi (F50.2) og ódæmigerð lotugræðgi (F50.3) skráð saman. ÁENS (F50.9) voru skráðar einar í flokk enda víðtækur hópur sem fellur undir þá greiningu. Afdrif einstaklinga sem fengu tilvísun má sjá á mynd 1. Fjöldi tilvísana á milli ára var svipaður en að meðaltali kom 51 einstaklingur í greiningarviðtal á ári. Hlutfall þeirra sem bókðu greiningarviðtal en mættu svo ekki var 7% (14/200).

Alls uppfylltu 182 sjúklingar rannsóknarskilyrði, mættu í greiningarviðtal og afdrifum þeirra í göngudeild var fylgt eftir. Safnað var lýðfræðilegum og klínískum upplýsingum og meðferðarinngríp skoðað. Geðgreiningar eru byggðar á gögnum í sjúkraskrá og athugaðar yfir allt rannsóknartímabilið. Einnig voru skoðaðar niðurstöður úr sjálfsmatskvörðum sem lagðir eru fyrir í greiningarviðtali en það eru eftirfarandi listar: Depression Anxi-

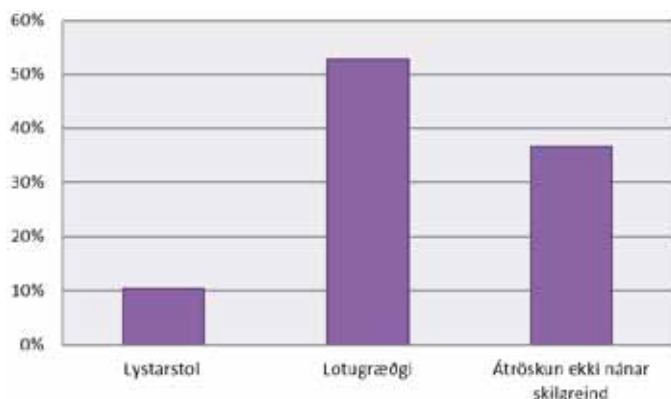


Mynd 1. Upplýsingar um tilvísanir (N=260) sem sendar voru á átröskunarteymi geðdeildar Landspítala á rannsóknartímabilinu.

ety Stress Scales (DASS), Obsessive-Compulsive Inventory–Revised (OCI-R), The Clinical Impairment Assessment Questionnaire (CIA), The Body Shape Questionnaire (BSQ), Bulimia Test-Revised (Bulit-R) and Eating Attitudes Test (EAT-26) (17-19). Skalarnir mæla kvíða, streitu og þunglyndiseinkenni (DASS), einnig árátta- og þráhyggjueinkenni (OCI-R), auk átröskunareinkenna (EAT-26, Bulit-R), sálfélagslegra áhrifa átröskunar (CIA) og röskunar á líkamsmynd (BSQ). Flestum sem koma í meðferð til átröskunarteymis er boðin samtalsmeðferð hjá sálfræðingi eða listmeðferðarfræðingi. Samhliða er boðið upp á fjölskyldumeðferð, næringarráðgjöf, jóga, hópmeðferðir og lyfjameðferð. Meðferð fer fram í göngudeild eða á dagdeild og hefur sá fagaðili sem hefur sjúkling í einstaklingsmeðferð yfirumsjón með meðferðinni. Í völdum tilfellum er aðalmeðferðaraðili næringarfræðingur eða geðlæknir, en nán samvinna fagfólks er um hvert mál. Sálfræðingar teymisins nota aðallega hugræna atferlismeðferð, en listmeðferðarfræðingur notast við kenningar sállækninga (*psychodynamic psychotherapy*) og sjónræna tjáningu og listsköpun. Sjúklingum býðst jafnframt að nýta sér eftir þörfum aðra sérfræðinga teymisins: geðlækni, næringarfræðing, fjölskylduráðgjafa og hóptíma hjá ráðgjöfum teymisins. Meðferðaraðilar eru valdir í samráði við sjúklinga og ræðst valið af þáttum eins og fyrri reynslu af meðferð, tegund átröskunar og öðrum samhliða sjúkdómum.

Brottfall úr meðferð var skilgreint sem ótímabær stöðvun meðferðar án formlegrar útskriftar meðferðaraðila sem mat bata og átröskunarhegðun. Skráð var hvort brottfall væri tilkomið að frumkvæði sjúklings eða meðferðaraðila.

Niðurstöður voru tvíreiknaðar, fyrst yfir allt tímabil rannsóknar og síðan þar sem ótímabær stöðvun meðferðar taldist einungis til brottfalls ef það varð fyrir 52. viku í meðferð. Eftir árs meðferð er það mat höfunda að langtímameðferð hafi verið veitt. Unnið var úr niðurstöðum í tölvuforritunum SPSS 17.0 og Microsoft Excel.



**Mynd 2.** Dreifing átröskunargreininga sjúklinga (n=182) samkvæmt ICD-10-kerfinu.

Tölur og gróf voru búin til í Microsoft Excel. Marktektarmörk voru  $p=0,05$ . Við tölfraeðlega úrvinnslu voru notuð kí-kuadrat-próf ef breytan var raðbreyta. Öll próf voru einnig reiknuð óstíktuð ef hópar voru smáir. Við skoðun á forspárþáttum var notað við einþátta lifunargreiningu (*univariable survival analysis*) og fjölþátta lifunargreiningu (*multivariable Cox proportional hazards model*). Logrank-próf var reiknað þegar bornar voru saman einstakar Kaplan-Meier-lifunarkúrfur. Brottfall var reiknað sem fjöldi þeirra sem hættu í meðferð á tímabilinu, bæði með og án 52 vikna takmarksins. Þeir sem luku meðferð með bata eða voru enn í virkri meðferð þegar eftirfylgnitíma rannsóknar lauk voru bornir saman við þá sem duttu úr meðferð þegar forspárþættir voru skoðaðir. Reiknaður var áhættutími hvers einstaklings á rannsóknartímabilinu (*person time at risk*) og þannig tekið tillit til mismunandi meðferðartíma hvers einstaklings við útreikninga.

Leyfi fyrir rannsókninni var samþykkt af siðanefnd Landspítalans. Einnig fékkst leyfi hjá Persónuvernd. Leyfi til aðgangs að sjúkraskrá var fengið hjá skráarhaldaranum, Birni Zoëga, lækningaforstjóra Landspítala.

**Niðurstöður**

*Lýðfræðilegar upplýsingar um rannsóknarhóp*

Konur voru í miklum meirihluta og voru á aldrinum 17-53 ára en karlar á aldrinum 20-33 ára. Meðalaldur hópsins var 26,3 ár ( $\pm 8,6$ ). Meðalaldur kvenna var 26,2 ár en meðalaldur karla var 26,7 ár. Allir sjúklingar voru á lífi þegar rannsóknargögnum var safnað. Víðtækum lýðfræðilegum upplýsingum var safnað um sjúklingahóp en þær má finna í töflu I. Það sem einkennir hópinn er að þetta eru ungir einstaklingar, flestir með grunnskólapróf, búa með fjölskyldum og hafa háa tíðni fyrri áfalla (79,6%) og sjálfsvígstílauna (23,6%).

*Átröskun og samsláttur geðraskana (comorbidity)*

Lotugræðgi var algengasta greiningin en hún greindist hjá 52,7%. Næst algengust var ÁENS, hjá 36,8% sjúklinga. Sjúklingar greindir með lystarstol voru 10,4%, sjá mynd 2.

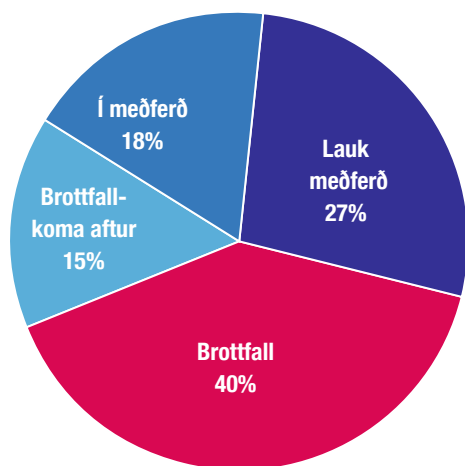
Við mat á tímalengd sjúkdóms var miðað við hvenær sjúklingur sjálfur taldi að átröskunin hefði byrjað samkvæmt greiningarviðtali. Stysti tími sjúkdóms var tæplega hálf ár en lengsti tíminn var rúmlega 35 ár. Meðaltímalengd sjúkdóms var 8,1 ár ( $\pm 7,1$ ). Fjöldi sjúklinga sem var í fyrsta skipti að leita meðferðar

**Tafla I.** Lýðfræðilegar og klínískar upplýsingar um sjúklingahóp sem fylgt var eftir (n= 182).

	N	%
<b>Kyn</b>		
Konur	176	(96,7)
Karlar	6	(3,3)
<b>Líkamsþyngdarstuðull</b>		
<18,5	28	(15,6)
18,5-24,9	114	(63,3)
25,0-29,9	24	(13,3)
>30,0	14	(7,8)
<b>Menntun</b>		
Grunnskólapróf	112	(61,9)
Stúdentspróf	44	(24,3)
Háskólapróf	25	(13,8)
<b>Heimilisaðstæður</b>		
Býr hjá foreldrum	69	(37,9)
Býr ein/einn	27	(14,8)
Býr með maka/vini	27	(14,8)
Býr með fjölskyldu (barn á heimili)	59	(32,4)
<b>Þjóðerni</b>		
Íslendingar	176	(96,7)
Útlendingar	6	(3,3)
<b>Atvinna</b>		
Atvinnulaus/á opinberri framfærslu	57	(31,3)
Í vinnu	51	(28,0)
Í skóla	74	(40,7)
<b>Tegund átröskunar</b>		
Lystarstol (F50.0/ F50.1)	19	(10,4)
Lotugræðgi (F50.2/ F50.3)	96	(52,7)
Átröskun ekki nánar skilgreind (F50.9)	67	(36,8)
<b>Samhliða sjúkdómsgreiningar</b>		
Einhver samhliða sjúkdómsgreining	136	(74,7)
Kviða- eða þunglyndisröskun (F30.-/F40.-)	132	(72,5)
Ovirkni og/eða athyglisbrestur (F90.-)	28	(15,4)
Persónuleikaröskun (F60.-)	15	(8,2)
<b>Fíknigreiningar</b>		
Fíknigreining einhvern tímann á lífsleið	56	(30,8)
Skaðleg notkun alkóhóls (F10.1)	4	2,2)
Fíkniheilkenni af völdum alkóhóls (F10.2)	23	(12,6)
Fíkniheilkenni af völdum kannabisefna (F12.2)	1	(0,5)
Misnotkun lyfja (F19.1)	3	(1,6)
Lyfjafíkn (F19.2)	25	(13,7)
Áföll á lífsleiðinni	144	(79,6)
Saga um sjálfsvígstílaun/-tilraunir	43	(23,6)

vegna átröskunar var 127 (69,8%) en 55 (30,2%) sjúklingar höfðu áður leitað aðstoðar vegna þess.

Helstu samhliða geðraskanir voru skráðar og þeim skipt í flokka. Einungis var skoðað algengi greininga sem gerðar voru á meðferðartímabilinu þar sem verið var að kanna áhrif þeirra á meðferðarhæðni og því þurftu einkenni að vera virk.



**Mynd 3.** Meðferðarhaldni sjúklinga (N=182) yfir allt rannsóknartímabilið. Einnig er sýnt það hlutfall sjúklinga sem kom aftur í meðferð til átröskunarteymis eftir brottfall á tímabilinu.

Af heildarúrtakinu, 182 sjúklingum, greindust 74,7% með aðra samhliða geðröskun. Hluti þeirra var með fleiri en eina samhliða greiningu en 17% fengu tvær samhliða greiningar og 2,2% þrjár. Kvíða- eða þunglyndisröskun var langalgengust og greindist hjá 132 sjúklingum (72,5%). Við nánari skoðun á sambandi þunglyndis- og kvíðaeinkenna með því að nota DASS-skor á undirkvörðum fyrir kvíða og þunglyndi í byrjun meðferðar, kom í ljós að 84% hópsins höfðu meðalalvarleg eða alvarleg þunglyndis- og kvíðaeinkenni. Kvíði og þunglyndi reyndust nátengd (kí-kvaðrat = 46,65; p=0,000). Þó reyndust 16% einstaklinga einungis hafa hreina kvíðaröskun en ekki þunglyndi. Ofvirkni og/eða athyglisbrestur voru greind hjá 28 sjúklingum (15,4%) og persónuleikaröskun var greind hjá 15 sjúklingum (8,2%).

Fíknigreiningar voru skráðar sérstaklega, og skoðað lífsalgengi (life time prevalence). Reyndust 56 (30,8%) sjúklingar hafa fengið

fíknigreiningu einhvern tíma á ævinni, mislangt var liðið frá virkum neysluvanda. Nokkrar tegundir fíknigreininga voru skráðar en þær má sjá í töflu I.

#### Meðferðarhaldni

Í heildina voru 200 sjúklingar bókaðir í greiningarviðtal en 14 mættu ekki, eða 7%. Þegar meðferðarhaldni er skoðuð hjá þeim 182 sjúklingum sem mættu, voru 99 (54,4%) sjúklingar sem luku ekki meðferðarlotunni sem hófst á rannsóknartímabilinu. Af þessum sjúklingum hættu 83 (45,6%) að eigin frumkvæði en 16 (8,8%) hættu að frumkvæði meðferðaraðila sem mat að meðferðarlota gengi ekki sem skyldi og mælti með meðferðarhléi. Sjúklingar sem luku meðferð og útskrifuðust frá átröskunarteyminu voru 50 (27,5%). Sjúklingar sem voru enn í virkri meðferð þegar eftirfylgni-tíma lauk voru 33 (18,1%) talsins en þeir höfðu þá þegar lokið að minnsta kosti 120 daga meðferð. Heildarbrottfall var því 99 sjúklingar, en 27 þeirra (27,3%) komu aftur í meðferð á tímabilinu, 15 innan árs en 12 eftir meira en ár (mynd 3).

Meðaldagafjöldi meðferðar hjá öllum hópnum (N=182) mældist 178 (±213) dagar en dreifingin var frá einum degi upp í þrjú ár sem var hámarkstími rannsóknar. Tuttugu og átta (15,4%) sjúklingar mættu ekki aftur eftir greiningarviðtal og hófu því ekki meðferð. Voru þetta 14 (50,0%) sjúklingar greindir með lotugræðgi og 14 (50,0%) með ÁENS. Allir sjúklingar með lystarstol hófu meðferð hjá teyminu eftir greiningu.

Þegar rannsakaður var tími í meðferð kom í ljós að sjúklingar með lystarstol sýndu tilhneigingu til betri meðferðarhaldni (p=0,086) yfir allt tímabilið. Miðgildi á meðferðalengd hjá lystarstolshópnum var 55,6 vikur miðað við 28,6 vikur hjá lotugræðgis-hópnum og 17,3 vikur hjá ÁENS-hópnum (sjá mynd 4).

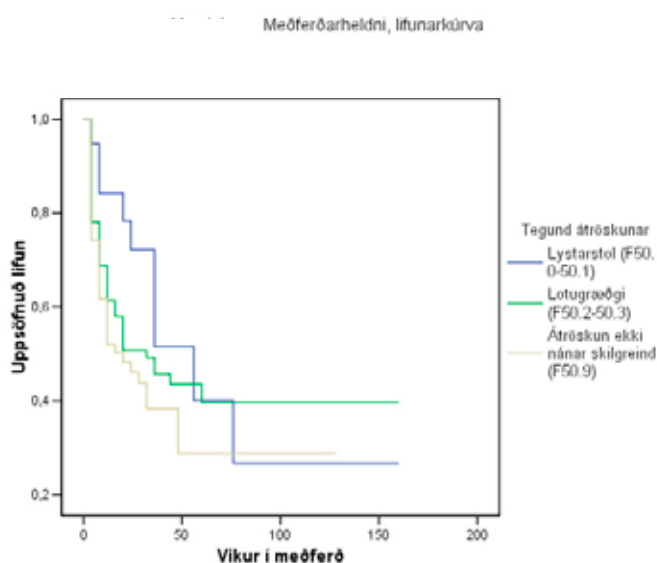
#### Áhrifaþættir fyrir meðferðarhaldni

Ýmsir þættir voru skoðaðir með tilliti til brottfalls, bæði klínískir og félagslegir (sjá töflu I og sjálfsmatskvarða í Efni og aðferðir). Þegar gerð var einþáttagreining voru þeir þættir sem höfðu jákvæð áhrif á meðferðarhaldni: háskólagráða, eigið frumkvæði sjúklings að komu í meðferð, aukin kvíðaeinkenni samkvæmt DASS skala og aukin þráhyggju- og áráttueinkenni samkvæmt OCI-R skala (tafla II). Sjúklingar með lotugræðgi voru ekki með tölfraðilega marktækt verri meðferðarhaldni en aðrar átraskanir (p= 0,082).

Við fjölþáttagreiningu sýndi sig að eigið frumkvæði að komu var eini sjálfstæði áhrifaþátturinn sem hafði jákvæð áhrif á meðferðarhaldni yfir allt tímabilið, og var hann mjög sterkur (HR = 3,02, 95%CI 1,51-6,07; p=0,021). Aðrir þættir sem náðu ekki marktækni voru fíkn (p=0,074), áföll á lífsleiðinni (p=0,075) og lágt menntunarstig (p=0,086) en þeir höfðu allir neikvæð áhrif á meðferðarhaldni.

Allir áhrifaþættir voru endurreiknaðir í fjölþáttagreiningu þar sem miðað var við brottfall innan 52 vikna í útreikningum en það hafði lítil áhrif á niðurstöðurnar. Fíkn varð þá sjálfstæður marktækur áhrifaþáttur samhliða breytunni „eigið frumkvæði að komu“ (HR=0,596, 95%CI 0,36-0,97; p=0,039).

Þeir þættir, bæði félagslegir og klínískir, sem sýndu ekki forspárgildi fyrir brottfall sjúklinga voru eftirfarandi: aldur, líkamsþyngdarstuðull, tímalengd sjúkdóms, kyn, heimilisaðstæður, þjóðerni, atvinna, aðrar samhliða sjúkdómsgreiningar að fíkn



**Mynd 4.** Myndin lýsir meðferðarhaldni eftir undirflokkum átraskananna. Lystarstols-sjúklingar eru á mörkum þess að hafa betri meðferðarhaldni (lífun) yfir allt eftirskoðunartímabilið (p=0,054) í samburði við lotugræðgi eða ÁENS-sjúklinga. Meðferðarhaldni er hins vegar augljóslega betri hjá lystarstolssjúklingum fyrstu 50 vikur meðferðar. Miðgildislífunartími lystarstols var 53,6 vikur en einungis 24,7 vikur fyrir lotugræði og 16,2 fyrir ÁENS.



**Tafla II.** Marktækir áhrifaþættir á meðferðarheldni átröskunarsjúklinga, einþátta lifunargreining.

	Allir	Fjöldi sem lauk eða er enn í meðferð	Fjöldi brottfallinna	P-gildi	HR	95% öryggis bil	
	N	n=83 (%)	n=99 (%)				
<b>Menntun</b>							
Grunnskólapróf	112	46 (41,1)	66 (58,9)		1		
Stúdentspróf	44	19 (43,2)	25 (56,8)	0,085	2,63	0,87	7,90
Háskólapróf	25	18 (72,0)	7 (28,0)	0,040	2,98	1,05	8,48
<b>Frumkvæði að komu</b>							
Foreldri/Maki	18	2(11,1)	16 (88,9)	1			
Læknir/Fagaðili	83	38 (45,8)	45 (54,2)	0,085	1,70	0,93	3,10
Sjúklingur sjálfur	81	43 (53,2)	38 (46,9)	0,021	2,99	1,18	7,57
<b>DASS-kvarði</b>							
Stig kvíði ≥ 8	128	63(49,0)	65(51,0)	0,015	2,40	1,18	4,85
Stig kvíði ≤ 7	41	16(39,0)	25(61,0)		1		
OCI-R kvarði				0,029	1,02	1,00	1,04

OCI-R (Obsessive Compulsive Inventory Revised): Mælir þráhyggju og áráttueinkenni. HR (Hazard ratio): Mælir hættuhlutfall. DASS (Depression Anxiety Stress Scales): Kvíði á móti ekki kvíði.

undanskilinni, áföll á lífsleiðinni, sjálfsvígstilraun/ir og fyrri meðferð við átröskun. Niðurstöður úr spurningalistunum sem lagðir eru fyrir sjúklinga í greiningarviðtali og mæla einkenni og alvarleika átraskana (CIA, BSQ, Bulit-R og EAT-26) sýndu engin marktæk tengsl við brottfall. Listarnir mæla röskun á líkamsmynd, sálfélagslegar afleiðingar átraskana, auk lotugræðgis og lystarstolseinkenna.

**Umræða**

Niðurstöður þessarar íslensku rannsóknar sýndu að rúmlega helmingur sjúklinga sem býðst meðferð eftir greiningarviðtal hjá átröskunarteymi Landspítala hættir í meðferð áður en klínískum bata er náð samkvæmt mati meðferðaraðila. Þriðjungur þeirra sem hættir kemur hins vegar aftur í meðferð á rannsóknartímabilinu. Þetta er í samræmi við niðurstöður erlendra rannsókna sem lýsa því að allt frá 30-70% átröskunarsjúklinga hætta ótímabært í göngudeildarmeðferð.<sup>10,11,20,21</sup> Sjúklingar með lystarstol héldust best í meðferð. Munur náði ekki marktækni og skýrist líklegast af því að stærsti hluti rannsóknarhóps (89,6%) greindist með lotugræðgi og blandaðar átraskanir (ÁENS). Hærra menntunarstig, eigið frumkvæði að meðferð og meiri kvíða- og þráhyggjueinkenni mældust sem verndandi þættir gegn brottfalli en fíknigreining jók brottfall. Mjög fáir sjúklingar mættu ekki í bókað greiningarviðtal, hlutfall þeirra var 7% sem er um fjórfalt lægra hlutfall en lýst var í stórri norrænni rannsókn sem skoðaði þetta. Þetta hefur ekki áður verið skoðað á Íslandi. Lág hlutfall *no-shows* gæti stafað af vinnulagsreglum átröskunarteymisins hérlendis en lagt var upp úr því að hringja beint í sjúklinginn til að mynda meðferðartengsl og kanna áhuga fyrir meðferð áður en tími var bókaður.

Lystarstol greindist hjá hlutfallslega færri sjúklingum sem vísað var í meðferð hérlendis en til sambærilegra meðferðarstofnana í öðrum vestrænum löndum. Þar hefur hlutfalli sjúklinga með lystarstol verið lýst að sé allt að 23-40%.<sup>9,20</sup> Hlutfallslega greindust mun fleiri með lotugræðgi á Íslandi en ÁENS virðist svipað og

erlendis.<sup>22</sup> Þetta vekur upp þá spurningu hvort lystarstol hafi lægri tíðni í almennu íslensku þjóðarþýði eða hvort sá sjúklingahópur sé einfaldlega að skila sér verr í meðferð hérlendis. Einnig gæti þetta skýrst af því að sjúklingar með lotugræðgi leiti sér frekar aðstoðar á Íslandi og aðgengi að þjónustu fyrir þann hóp sé betra en víða erlendis. Þá vitum við heldur ekki hve stór hluti sjúklinga með átröskun leitar sér aðstoðar á einkastofum sálfræðinga eða geðlækna, eða til annarra heilbrigðisstétta. Þetta væri áhugavert að skoða betur.

Annað áhugavert var að stór hluti sjúklinga var með samhliða geðgreiningu (74,7%). Flestar rannsóknir sýna mjög hátt hlutfall kvíða- og þunglyndisraskana hjá sjúklingum með átraskanir<sup>23</sup> en hlutfall í þessari rannsókn var jafnvel enn hærra en í öðrum vestrænum löndum. Sterk fylgni reyndist vera milli kvíða- og þunglyndiseinkenna í okkar rannsóknarhópi, enda fara þessar raskanir oft saman. Meiriháttar kvíði án þunglyndis samkvæmt DASS reyndist vera í 16% tilvika. Persónuleikaraskanir greindust sjaldnar en búist var við miðað við erlendar rannsóknir<sup>24</sup> og hafa trúlega verið vangreindar. Almenn er þó forðast að greina persónuleikaraskanir þegar átröskunareinkenni eru virk þar sem svelt/vannæring getur valdið persónuleikabreytingum og litað samskipti sjúklings við umhverfi sitt.<sup>25</sup> Teymið leggur ekki upp úr að skima fyrir persónuleikaröskunum sérstaklega og má áætla að greiningin hafi aðeins verið sett ef enginn vafi lék á að greiningarskilmerki væru uppfyllt og einkenni alvarleg. Þessar niðurstöður renna stoðum undir að teymið sé að sinna flóknari málum sem séu líkleg til að krefjast þriðja þjónustustigs og aðkomu þverfaglegs teymis.

Sá þáttur sem skipti mestu máli um meðferðarheldni var eigið frumkvæði sjúklings að komu í meðferð. Það er í samræmi við erlendar rannsóknir sem hafa sýnt að vilji til að breyta átröskunarhegðun og ná bata er mikilvægur þáttur í meðferðarheldni átröskunarsjúklinga.<sup>4,12</sup> Hærra menntunarstig skilaði sér einnig í betri meðferðarheldni, en sýnt hefur verið fram á það í almennri geðmeðferð<sup>10</sup> en ekki áður hjá átröskunarsjúklingum. Einnig leiddi

Þessi rannsókn í ljós að meiri kvíða- og þráhyggjueinkenni samkvæmt sjálfsmatsskölum höfðu jákvæð áhrif á meðferðarhaldni en ekki fundust neinar birtar rannsóknir sem höfðu skoðað þessa þætti áður. Það gæti bent til að undirliggjandi fullkomunarárátta og samvirkusemi hvetji sjúklinga til að sinna meðferð og sé að því leyti hjálpleg. Þetta þyrfti þó að skoða nánar.

Sjúklingar með fíknigreiningu sýndu tilhneigingu til aukins brottfalls, einkum ef þeir voru með virka fíkn innan mánaðar frá greiningarviðtali. Þetta er í takt við aðrar rannsóknir.<sup>15</sup> Lífsalgengi fíknisjúkdóms í rannsóknarhóp var hátt (30,8%), algengust var áfengisfíkn og fjöllyfjafíkn. Það er því mikil skörun á þessum sjúkdómum. Það þarf að huga sérstaklega að þessum áhættuhóp og þróa samþætta meðferð fyrir slíka einstaklinga sem mögulega gæti komið í veg fyrir einkennaflökt (*symptomatic shifting*) þar sem vísbendingar eru um að horfur sjúklinga séu verri ef báðir sjúkdómar eru virkir samtímis. Bæði upplifa sjúklingar oft versnun á átröskunareinkennum þegar þeir eru í fíknimeðferð og mögulega gæti átröskunarmeðferð ýtt undir fall í neyslu.<sup>16</sup>

Tegund átröskunar hefur oft verið nefnd sem áhrifaþáttur á meðferðarhaldni. Þó hefur aðallega verið staðfest meira brottfall hjá sjúklingum með losunarhegðun, bæði lotugræðgi og lystarstol, ofáts- og hreinsunargerð (*binge purging type*).<sup>20</sup> Á spurningalista sem mælir losunarhegðun (Bulit-R) kom ekki fram marktækur munur á brottfalli eftir skori á þeim lista, sem bendir ekki til sterkra tengsla við ofáts-hreinsunarhegðun og brottfalls í okkar rannsókn. ICD-10 greinir ekki á milli tegunda lystarstols (aðhaldsgerð/ofáts-hreinsunargerð) og við gerðum það ekki í okkar rannsókn. Við sjáum hins vegar að lystarstolshópurinn í heild helst betur í meðferð en meðferðartíminn er mun lengri en hjá sjúklingum með lotugræðgi (miðgildi 55,6 vikur á móti 28,6 vikum).

Styrkur þessarar rannsóknar er að hún er raunlýsing á meðferðaradrifum allra fullorðinna sjúklinga með átröskun sem leita sér meðferðar án útilokunarskilyrða. Erlendar rannsóknir binda oftast meðferðartíma fyrirfram, eru með stöðluð meðferðarþrógrömm og velja sjúklinga í meðferð eftir ákveðnum inntökuskilyrðum, oft með sömu greiningarnar.<sup>11,26</sup> Slíkar rannsóknir ná því ekki að lýsa hinum klíniska raunveruleika.

Veikleiki rannsóknarinnar er að hún er afturskyggn og ekki var skráð hvernig meðferðarsamband var milli sjúklings og meðferðaraðila, en það hefur verið talinn sterkur áhrifavaldur á meðferðarhaldni í erlendum rannsóknnum. Batavilji var ekki metinn sérstaklega í greiningarviðtali og var ekkert skráð um það í sjúkraskrá. Þá eru ástæður brottfalls líka ókunnar, en mögulegt er að aðrir ytri þættir, til dæmis kostnaður, áföll eða önnur veikindi, hafi stuðlað að brottfalli. Ekki er hægt að gefa sér að „ónógum meðferðarárangri“ hafi í öllum tilvikum verið um að kenna. Rannsóknarhópurinn má telja stóran miðað við margar erlendar rannsóknir sem

skoða átröskun, en þrátt fyrir það var erfitt að ná tölfræðilegum styrk í sumum breytum, sérstaklega ef þær voru fjölþátta.

Annað vandamál var að skilgreina brottfall. Erfitt er að finna sameiginlega skilgreiningu á brottfalli í erlendum rannsóknnum, sem gerir allan samanburð erfiðan. Stundum er talað um „ótímabæra stöðvun í meðferð“ (brottfall-A), ef sjúklingur hættir einhliða að mæta í meðferðartíma, hvort sem það er strax eftir greiningarviðtal eða þegar meðferð er vel á veg komin. Aðrir telja að meðferð sé lokið þegar sjúklingar hafa mætt í 75% af áætlaðri meðferð. Aðrir skilgreina það sem brottfall ef sjúklingi hefur ekki tekist að ná meðferðarmarkmiðum sínum, til dæmis að verða >19 í líkamsþyngdarstuðul. Sumir aðgreina jafnvel „snemm-brottfall“ ef sjúklingar hætta að mæta innan mánaðar og „síð-brottfall“ hætti sjúklingar eftir meira en mánuð í meðferð.<sup>10</sup> Í þessari rannsókn var ákveðið að skoða „lifun“ sjúklinga yfir langan tíma. Eftirfylgdartími var óvenju langur miðað við aðrar rannsóknir og var ákveðið að reikna brottfallið bæði yfir allt rannsóknartímabilið (nálægt þremur árum), og einnig hjá þeim sem héldust í meðferð yfir 52 vikur. Við sjáum skyndilega verri meðferðarhaldni eftir tæplega ársmeðferð hjá lystarstolssjúklingum en lotugræðgissjúklingar hafa slæma meðferðarhaldni strax í upphafi meðferðar (mynd 4). Þegar eftirfylgdartíminn var skoðaður í einungis eitt ár, reyndust bæði frumkvæði að því að leita í meðferð og fíkniröskun sjálfstæðir áhrifaþættir brottfalls.

Áhugavert framhaldsverkefni væri að skoða afdrif hópsins alls, bæði hjá þeim sem luku meðferð og hvernig þeim vegnaði sem hættu í meðferð án samráðs við meðferðaraðila. Mögulegt er að brottfallshópurinn hafi haft gagn af þeim viðtölum sem hann fékk og getað nýtt sér þau til áframhaldandi bata, eða fundið önnur úrræði sem hafi hentað þeim betur. Átröskunarteymi Landspítala hefur í framhaldi af þessari rannsókn hvatt einstaklinga til að leita sér aðstoðar að eigin frumkvæði með því að senda til dæmis tölvupóst og ekki er krafist tilvísana í meðferð lengur.

## Lokaorð

Átröskun er alvarlegt lýðheilsuvandamál sem mikilvægt er að sinna með gagnreyndum starfsháttum. Þessi rannsókn veitir inn-sýn í það hve tvístígandi sjúklingar eru gagnvart meðferð og hve fjölþættur vandi þeirra er. Mikilvægt er fyrir heilbrigðisstarfsmenn að átta sig á hárrí tíðni brottfalls úr meðferð og vera meðvitaðir um mikilvægi meðferðarsambandsins. Viðkvæmasti hópurinn sem hættir í meðferð eru einstaklingar með fíknisjúkdóma en augljóst er að aðrar geðraskanir skipta líka miklu máli og nauðsynlegt er að vinna heildstætt með vanda sjúklinga.

Þakkir fá lækningaritarar geðdeildar Landspítala fyrir aðstoð við skráarleit.

## Heimildir

- Shiina A, Nakazato M, Mitsumori M, Koizumi H, Shimizu E, Fujisaki M, et al. An open trial of outpatient group therapy for bulimic disorders: combination program of cognitive behavioral therapy with assertive training and self-esteem enhancement. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 59: 690-6.
- Attia E, Becker AE, Bryant-Waugh R, Hoek HW, Kreipe RE, Marcus MD, et al. Feeding and eating disorders in DSM-5. *Ame J Ppsychiatry* 2013; 170: 1237-9.
- Steinhausen HC, Weber S. The outcome of bulimia nervosa: findings from one-quarter century of research. *Am J Psychiatry* 2009; 166: 1331-41.
- Keel PK. MLD, assessment, and treatment planning for anorexia nervosa. In: *The Treatment of Eating Disorders: A Clinical Handbook*, Grilo CM, Mitchell JE (Eds), The Guilford Press, New York 2010: 3.
- Bewell CV, Carter JC. Readiness to change mediates the impact of eating disorder symptomatology on treatment outcome in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2008; 41: 368-71.
- The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research (DCR-10). World Health Organisation, Genf 1993.
- Thomas JJ, Vartanian LR, Brownell KD. The relationship between eating disorder not otherwise specified (EDNOS) and officially recognized eating disorders: meta-analysis and implications for DSM. *Psychol Bull* 2009; 135: 407-33.
- Thorsteinsdóttir G, Ulfarsdóttir L. Eating Disorders in College Students in Iceland. *Eur J Psychiatry* 2008; 22: 107-15.
- Arcelus J, Button E. Clinical and socio-demographic characteristics of university students referred to an eating disorders service. *Eur Eat Disord Rev* 2007; 15: 146-51.
- Fenger M, Mortensen EL, Poulsen S, Lau M. No-shows, drop-outs and completers in psychotherapeutic treatment: demographic and clinical predictors in a large sample of non-psychotic patients. *Nord J Psychiatry* 2011; 65: 183-91.
- Fassino S, Piero A, Tomba E, Abbate-Daga G. Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review. *BMC psychiatry* 2009; 9: 67.
- Masson PC, Sheeshka JD. Clinicians' perspectives on the premature termination of treatment in patients with eating disorders. *Eating Disord* 2009; 17: 109-25.
- Sly R, Morgan JF, Mountford VA, Lacey JH. Predicting premature termination of hospitalised treatment for anorexia nervosa: the roles of therapeutic alliance, motivation, and behaviour change. *Eat Behav* 2013; 14: 119-23.
- Krug I, Treasure J, Anderlueh M, Bellodi L, Cellini E, di Bernardo M, et al. Present and lifetime comorbidity of tobacco, alcohol and drug use in eating disorders: a European multicenter study. *Drug Alcohol Depend* 2008; 97: 169-79.
- Cohen LR, Greenfield SF, Gordon S, Killeen T, Jiang H, Zhang Y, et al. Survey of eating disorder symptoms among women in treatment for substance abuse. *Am J Addict* 2010; 19: 245-51.
- Bonfa F, Cabrini S, Avanzi M, Bettinardi O, Spotti R, Über E. Treatment dropout in drug-addicted women: are eating disorders implicated? *Eat Weight Disord* 2008; 3: 81-6.
- SM Jónsdóttir, Thorsteinsdóttir G, Smári J. Próffræðilegir eiginleikar íslenskrar gerðar Bulimia Test-Revised (BULIT-R) prófsins. *Læknablaðið* 2005; 91: 923-8.
- Sigurdsson B. Comparison between two standardised psychiatric interviews and two self-report measures: MINI, CIDI, PHQ and DASS (Cand Psych). University of Iceland, Reykjavík 2008.
- Ólafsdóttir SM. Próffræðilegir eiginleikar íslenskrar þýðingar Eating Disorder Evaluation-Questionnaire (EDE-Q) og Clinical Impairment Assessment (CIA). University of Iceland, Reykjavík 2011.
- Bandini S, Antonelli G, Moretti P, Pampanelli S, Quartesan R, Perriello G. Factors affecting dropout in outpatient eating disorder treatment *Eat Weight Disord* 2006; 11: 179-84.
- Halmi KA, Agras WS, Crow S, Mitchell J, Wilson GT, Bryson SW, et al. Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa: implications for future study designs. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 776-81.
- Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet* 2003; 361: 407-16.
- Kaye WH, Bulik CM, Thornton L, Barbarich N, Masters K. Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 2215-21.
- Bottin J, Salbach-Andrae H, Schneider N, Pfeiffer E, Lenz K, Lehmkühl U. [Personality disorders in adolescent patients with anorexia and bulimia nervosa]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2010; 38: 341-50.
- von Lojewski A, Fisher A, Abraham S. Have personality disorders been overdiagnosed among eating disorder patients? *Psychopathol* 2013; 46: 421-6.
- Wallier J, Vibert S, Berthoz S, Huas C, Hubert T, Godart N. Dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa: critical review of the literature. *Int J Eat Disord* 2009; 42: 636-47.

## ENGLISH SUMMARY

## Eating Disorder Treatment in Iceland – Treatment adherence, psychiatric co-morbidities and factors influencing drop-out

Guðrun Mist Gunnarsdóttir<sup>1</sup>, Sigurdur Páll Pálsson<sup>2</sup>, Guðlaug Thorsteinsdóttir<sup>2,3</sup>

**Objective:** Treatment adherence in patients with eating disorders (ED) in Iceland is unknown. The aim of the study was to investigate treatment drop-out and explore factors that influence premature termination of treatment in a specialized ED treatment unit, at the University Hospital of Iceland, during the period of September 1, 2008 - May 1, 2012.

**Material and Methods:** The study is retrospective and naturalistic. Hospital records of referred patients were examined. Those meeting the ICD 10 criteria of anorexia nervosa (AN) (F50.0, F50.1), bulimia nervosa (BN) (F50.2, F50.3) and eating disorder not otherwise specified (EDNOS) (F50.9) were included. The total sample was 260 and 182 patients met inclusion criteria. No-shows were 7%. Drop-out was defined as premature termination of treatment without formal discharge.

**Results:** The sample consisted of 176 women and 6 men, mean age 26.3 years. BN was diagnosed in 52.7% of patients, EDNOS in 36.8% AN in 10.4%. 74.7% had one or more co-morbid psychiatric diagnosis.

Anxiety- and/or depression were diagnosed in 72.5%, Attention hyperactivity deficiency disorder in 15.4% and personality disorders in 8.2%. Lifetime prevalence of substance use disorders (SUDs) was 30.8%. Drop-out from treatment occurred in 54.4% of cases (with approximately 1/3 returning to treatment), 27.5% finished treatment and 18.1% were still in treatment at the end of the follow up period. Treatment adherence was significantly higher in patients who had a university degree, in those who had themselves taken the initiative to seek ED treatment and in those with higher anxiety scores at assessment. AN patients did better than other ED patients while patients with SUDs showed a tendency for higher drop-out ( $p=0.079$ ).

**Conclusion:** The drop-out rates were similar to what has been reported from other western countries. Follow-up time was longer and AN patient did better than expected. Higher education, initiative in seeking treatment and higher anxiety scores on questionnaires were protective.

<sup>1</sup>Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Iceland, Reykjavík, <sup>2</sup>Division of Psychiatry, <sup>3</sup>Eating Disorder Unit, Landspítali – The National University Hospital of Iceland

**Key words:** eating disorders, treatment adherence, drop-out, naturalistic study.

**Correspondence:** Guðlaug Þorsteinsdóttir, [gudlthor@landspitali.is](mailto:gudlthor@landspitali.is)