

RAPPORT

2025

PARAPLYOVERSIKT

Behandling for spiseforstyrrelser

Utgitt av	Folkehelseinstituttet Område for helsetjenester
Tittel	Behandling for spiseforstyrrelser: en paraplyoversikt
English title	Treatment of eating disorders: an umbrella review
Ansvarlig	Guri Rørtveit, direktør
Forfattere	Gunn Elisabeth Vist, prosjektleder, Maria Fossli, Jose Francisco Meneses-Echavez, Gisle Berg Helland, Anne Martina Kraus.
ISBN	978-82-8406-538-0
Publikasjonstype	Paraplyoversikt
Antall sider	100 (150 inklusiv vedlegg)
Oppdragsgiver	Helsedirektoratet
Emneord(MeSH)	Feeding and Eating Disorders; Therapeutics; Systematic Review
Sitering	Vist GE, Fossli M, Meneses-Echavez JF, Helland GB, Kraus AM. Behandling for spiseforstyrrelser: en paraplyoversikt. [Treatment of eating disorders: an umbrella review] –2025. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2025.

Innhold

INNHold	3
HOVEDBUDSKAP	6
SAMMENDRAG	7
KEY MESSAGES	10
EXECUTIVE SUMMARY (ENGLISH)	11
FORORD	14
INNLEDNING	15
Spiseforstyrrelser	15
Bakgrunn om behandling av spiseforstyrrelser	16
Hvorfor det er viktig å utføre denne kunnskapsoppsummeringen	16
Mål og problemstilling	17
METODE	18
Prosjektplan og endringer fra prosjektplanen	18
Inklusjonskriterier	19
Litteratursøk	21
Utvelging av systematiske oversikter	22
Sortering av oversiktene	23
Vurdering av metodisk kvalitet i de systematiske oversiktene	24
Uthenting av og presentasjon av data	25
Vurdering av tillit til resultatene	26
Andre vurderinger	28
RESULTATER	29
Resultater av litteratursøket og utvelgelse av studier	29
Systematisering og prioritering av de inkluderte systematiske oversiktene	30
Metodisk kvalitet i de inkluderte systematiske oversiktene	34
Presentasjon av resultater	36
Aksept- og forpliktelsesterapi (ACT)	37
Dialektisk atferdsterapi for spiseforstyrrelser (RO DBT)	37
e-helse/Nettbaserte tiltak	38
Emosjonsfokuset foreldreveiledning (EFST)	41
Ernæringsbehandling, ernæringsstøtte	43
Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR)	45

Involvering av likepersoner	45
Kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser (KAT-S), kognitiv terapi for bulimi	46
Kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser (KAT-S), kognitiv terapi for overspisningslidelser	47
Kognitiv atferdsterapi for barn og unge med anoreksi	48
Kognitiv remedierende terapi	49
MANTRA, behandlingsmodell for voksne med anoreksi	50
Maudsleymodellen, familiebasert tilnærming for spiseforstyrrelser, familiebasert terapi for spiseforstyrrelser (FBT)	51
Medfølelsesfokusert terapi (CFT-E)	51
Fysioterapi for spiseforstyrrelser, fysiske terapiformer og treningsterapi	54
Spesialisert støttende klinisk behandling (SSCM) for alvorlig og vedvarende anoreksi	55
Tvangsbehandling	56
Tverrfaglig behandling/tilnærming/team	57
Virtuell virkelighet (VR)	57
Legemiddelbehandling	57
Annen psykofarmakologisk behandling for BN	58
Annen psykofarmakologisk behandling for overspisningslidelse	61
Behandling med antidepressiva for spiseforstyrrelser	63
Behandling med antidepressiva for anorexia nervosa (AN)	63
Behandling med antidepressiva for bulimi	67
Antidepressa for overspisningslidelse	73
Antipsykotika (feks Olanzapin, Quetiapin, Risperidon, Haloperidol)	79
Antipsykotika for anoreksi	79
Antipsykotika behandling for bulimi	84
Antipsykotika behandling for overspisningslidelse	85
Sentralstimulerende legemidler for spiseforstyrrelser	85
Cannabisbaserte behandlinger	87
DISKUSJON	90
Hovedfunn	90
Er kunnskapsgrunnlaget dekkende og anvendelige?	92
Kan vi stole på kunnskapsgrunnlaget?	93
Styrker og svakheter ved denne systematiske oversikten	94
Overensstemmelse med andre litteraturoversikter og studier	95
Resultatenes betydning for praksis	96
Kunnskapshull	96
KONKLUSJON	98
REFERANSER	99
VEDLEGG 1: SØKESTRATEGI	101
VEDLEGG 2: INKLUDERTE SYSTEMATISKE OVERSIKTER	110
Inkluderte systematiske oversikter som har undersøkt forskjellige behandlinger	122
VEDLEGG 3: AMSTAR-2 VURDERINGER	130

VEDLEGG 4: EKSKLUDERTE OVERSIKTER LEST I FULLTEKST	134
Ekskludert Søk for 2020	134
Ekskludert Ikke systematisk oversikt	136
Ekskludert Ikke spiseforstyrrelser	144
Ekskludert Ingen behandling for spiseforstyrrelse	145
Ekskludert Land ekskluderer Norden	148
Ekskludert Annet språk	148
Ekskludert Thesis/konferanseabstrakt	149
Ekskludert Paraplyoversikter	149
Ekskludert Protokoller	150

Hovedbudskap

Det har vært en økende forekomst av spiseforstyrrelser de senere årene. Mange utvikler spiseforstyrrelser allerede i barne- og ungdomstiden. De vanligste spiseforstyrrelsene er anoreksi, bulimi, overspisingsslidelser og annen spesifisert/uspesifisert spiseforstyrrelse (OSFED/USFED).

Vi har utarbeidet en paraplyoversikt (oversikt over systematiske oversikter) om effekten av behandling for spiseforstyrrelser. Vi har søkt i sju databaser og inkluderer systematiske oversikter med et litteratursøk utført i 2020 eller senere og som omhandler effekten av behandling for spiseforstyrrelser. To forskere leste uavhengig av hverandre tittel og sammendrag, og deretter relevante systematiske oversikter i fulltekst.

Vi fant 165 systematiske oversikter som omhandler behandling for spiseforstyrrelser

Vi vurderte den metodiske kvaliteten på de inkluderte oversiktene med AMSTAR-2 og baserte oss på de nyeste oversiktene av høy/moderat metodisk kvalitet. Vi vurderte tillit til resultatene ved hjelp av GRADE tilnærmingen (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation).

Kun fire behandlingsutfall ble vurdert til å ha moderat tillit til resultatene, alle var om behandling for overspisingsslidelse. To av utfallene var om kognitiv atferdsterapi og to utfall om lisdexamfetamin.

Vår hovedkonklusjon er at det er mangel på god dokumentasjon på grunn av mangel på større godt utførte randomiserte kontrollerte studier. For hvert tiltak som vurderes for behandling er det behov for flere gode studier (om den samme behandlingen og med samme sammenligning) for å kunne konkludere med god tillit til resultatene.

Tittel:

Behandling for
spiseforstyrrelser: en
paraplyoversikt

**Hvem står bak denne
publikasjonen?**

Folkehelseinstituttet
(FHI), på oppdrag fra
Helsedirektoratet

**Når ble litteratursøket
avsluttet?**

Mai 2025

Fagfellevurdering:

Lillebeth Larun, forsker,
FHI (intern fagfelle)

Øyvind Rø,
professor II, Institutt for
klinisk medisin,
Universitetet i Oslo

Sammendrag

Innledning

Det har vært en økende forekomst av spiseforstyrrelser de senere årene. Mange utvikler spiseforstyrrelser allerede i barne- og ungdomstiden. De vanligste spiseforstyrrelsene er annen spesifisert/uspesifisert spiseforstyrrelse (OSFED/USFED), overspisingsslidelser, bulimi og anoreksi.

Hensikt

Hensikten var å utarbeide en paraplyoversikt om effekten av behandling for spiseforstyrrelser til Helsedirektoratet som skal levere en kunnskapsoppsummering til Helse- og omsorgsdepartementet som delleveranse på deres oppdrag: Forebygging og behandling spiseforstyrrelser' TB2023-36, gitt i Prop 1 S (2022-23). Dette oppdraget er også forankret i Opptappingsplan for psykisk helse (2023-2033).

Metode

Vi søkte i sju databaser og inkluderer systematiske oversikter med et litteratursøk utført i 2020 eller senere. Vi inkluderte oversikter som omhandler effekten av behandling for spiseforstyrrelser. To forskere leste uavhengig av hverandre tittel og sammendrag, og deretter relevante systematiske oversikter i fulltekst. Vi identifiserte så mange systematiske oversikter at det ikke var mulig for oss å vurdere og gradere og viderefremde fra alle sammen i løpet av tilgjengelig tid. Helsedirektoratet har prioritert hvilke behandlingsformer vi gikk videre med. Vi vurderte den metodiske kvaliteten på de prioriterte oversiktene med AMSTAR-2 og har for hver behandlingsform baserte oss på de nyeste oversiktene av høy/moderat metodisk kvalitet. Én medarbeider hentet ut resultater og en annen medarbeider kontrollerte uthentingene. Vi vurderte tillit til resultatene ved hjelp av GRADE tilnærmingen (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) for alle unntatt to av de systematiske oversiktene der det allerede var utført gradering.

Resultater

Vi inkluderte 165 systematiske oversikter i denne paraplyoversikten. De 22 behandlingsformene som ble prioritert omfatter 53 behandlingssammenligninger, de aller fleste behandlingene ble sammenlignet med placebo. Flertallet av behandlingssammenligningene (39 av 53) var kun undersøkt i én studie. Av disse primærstudiene var det 25 som hadde færre enn 50 deltakere og kun tre av studiene hadde flere enn 100 deltakere (105, 108 og 154 deltakere). Når noe kun er undersøkt på få personer er muligheten for at resultatene kan være tilfeldige så stor at resultater bør tolkes forsiktig.

Kun for to behandlingsformer var det direkte sammenligning med flere bra utførte studier (med lav risiko for systematisk skjevhet) som inkluderer mange nok personer, og som har samsvarende resultater (lav eller ingen heterogenitet) uten for brede konfidensintervaller, der vi har moderat tillit til resultatene.

Vi har moderat tillit til fire utfall for personer med **overspisingsslidelse**:

- det er sannsynlig at kognitiv atferdsterapi gir bedring i spiseforstyrrelsessymptomer målt som depresjon og sannsynlig liten eller ingen endring i KMI sammenlignet med venteliste eller annen 'standard behandling' for voksne personer med overspisingsslidelse
- det er sannsynlig at lisdexamfetamin i 11-12 uker reduserer antall dager med overspising og reduserer tvangssymptomer hos voksne personer med overspisingsslidelse sammenlignet med placebo. Vi nevner at amfetamin og relaterte substanser er kjent for å ha problematiske langtidseffekter, og gitt den korte oppfølgingstiden bør resultatene tolkes med forsiktighet

Vi har lav tillit til flere resultater for personer med **overspisingsslidelse**:

- det er mulig at kognitiv atferdsterapi reduserer antall overspisingsepisoder, bekymring for utseende, vekt og spising sammenlignet med venteliste eller annen 'standard behandling' for voksne personer med overspisingsslidelse
- det er mulig at kognitiv atferdsterapi har liten eller ingen påvirkning på, restriktiv spiseatferd, livskvalitet og selvtillit sammenlignet med venteliste, vanlig behandling eller annen behandling for voksne personer med overspisingsslidelse
- det er mulig at lisdexamfetamine i 11 til 12 uker reduserer frekvensen av overspisingsepisoder, reduserer spiseforstyrrelsessymptomer, øker vekttap og reduserer depresjonssymptomer sammenlignet med placebo. Vi nevner at amfetamin og relaterte substanser er kjent for å ha problematiske langtidseffekter, og gitt den korte oppfølgingstiden bør resultatene tolkes med forsiktighet
- det er mulig at 14 til 16 uker med topiramate fører til redusert frekvens av overspisingsepisoder, økt andel personer i remisjon, vektreduksjon og forbedring i spiseforstyrrelsessymptomer sammenlignet med placebo for personer med overspisingsslidelse

Vi har lav tillit til flere resultater for personer med **spiseforstyrrelser** (der pasienter med forskjellige spiseforstyrrelsesdiagnoser var i samme behandlingsgrupper):

- det er mulig trening og kropp-sinn-øvelser reduserer skadelige treningsvaner og frekvens og alvorlighet av forstyrret spiseatferd sammenlignet med venteliste, «vanlig behandling» eller «annen behandling» for personer med spiseforstyrrelser.

Vi har lav tillit til flere resultater for personer med **bulimi**:

- det er mulig at kognitiv atferdsterapi reduserer antall overspisningsepisoder, kompenserende atferd, og oppkast sammenlignet med venteliste, eller annen 'standard behandling' for bulimi hos voksne.
- det er mulig at fluoxitine reduserer frekvensen av overspisningsepisoder og det er muligens liten eller ingen endring i vekt sammenlignet med placebo hos voksne kvinner med bulimi

Vi har lav tillit til flere resultater for personer med **anoreksi**:

- det er mulig at kognitiv adferdsterapi sammen med familieterapi reduserer spiseforstyrrelsessymptomer og øker vekt hos barn og unge med anoreksi sammenlignet med venteliste eller annen standard behandling
- det er mulig at 7 til 52 uker med fluoxitine reduserer alvorlighetsgrad av depresjon og grad av tvangssymptomer sammenlignet med placebo hos voksne kvinner med anoreksi
- det er mulig at olanzapine øker vekten og det er muligens liten eller ingen endring i tvangssymptomer hos voksne personer med anoreksi

Det var 13 av de forhåndsutvalgte behandlingene for spiseforstyrrelser som ikke er oppsummert og vurdert i en oppdatert systematisk oversikt, det betyr at vi ikke vet om de er effektive for behandling av spiseforstyrrelser. Vi vet ikke om det finnes studier som har vurdert de behandlingene. Det vi kan si er at det er behov for systematiske oversikter om disse behandlingene.

For seks av de 22 prioriterte behandlingene, fant vi at de tilgjengelige systematiske oversiktene var av lav eller kritisk lav metodisk kvalitet som vurdert med AMSTAR-2. Det er behov for systematiske oversikter av bedre (høy eller moderat) metodisk kvalitet som omhandler disse behandlingene.

Diskusjon

Vi har systematisk oppsummert systematiske oversikter som undersøker effekten av behandling for spiseforstyrrelser. Vi inkluderte 165 systematiske oversikter, og vurderte 22 behandlingsformer i detalj. Vi baserte oss på de nyeste systematiske oversiktene av høy/moderat metodisk kvalitet. Vi minner om at selv den beste systematiske oversikten ikke kan gi sikrere konklusjoner enn hva de tilgjengelige inkluderte studiene gir dokumentasjon om. En systematisk oversikt av høy metodisk kvalitet kan inneholde primærstudier med lav kvalitet (høy risiko for systematiske skjevheter), og omvendt så en oversikt av lav/kritisk lav kvalitet kan inneholde primærstudier av god kvalitet (lav risiko for systematiske skjevheter).

Konklusjon

Vår hovedkonklusjon er at det er generell mangel på god dokumentasjon på grunn av mangel på større godt utførte kontrollerte studier (gjerne randomiserte). Kognitiv atferdsterapi var den mest undersøkte behandlingen.

Key messages

There has been an increasing incidence of eating disorders in recent years. Many develop eating disorders already during childhood and adolescence. The most common eating disorders are anorexia, bulimia, binge eating disorder, and other specified/unspecified feeding or eating disorders (OSFED/USFED).

We conducted an umbrella review (a review of systematic reviews) on the effect of treatments for eating disorders. We searched seven databases and included systematic reviews with a literature search conducted in 2020 or later that examine the effect of treatments for eating disorders. Two researchers independently screened titles and abstracts, and then read relevant systematic reviews in full text.

We included 165 systematic reviews on treatment for eating disorders.

We assessed the methodological quality of the included reviews using AMSTAR-2 and based our conclusions on the most recent reviews with high or moderate methodological quality. We evaluated the certainty of the evidence using the GRADE approach (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation).

Only four treatment outcomes were assessed as having moderate certainty in the results, all related to treatment for binge eating disorder. Two of the outcomes concerned cognitive behavioral therapy, and two concerned lisdexamfetamine.

Our main conclusion is that there is a lack of strong evidence due to a shortage of large, well-conducted controlled trials. For each intervention considered for treatment, more high-quality studies (on the same treatment and with the same comparison) are needed to draw conclusions with good confidence in the results.

Title: Treatment of eating disorders: an umbrella review

Publisher:
The Norwegian Institute of Public Health (NIPH) conducted the review on commission from Norwegian Directorate of Health

Updated:
Last search for studies:
May 2025.

Peer reviewers:
Lillebeth Larun,
researcher, NIPH

Øyvind Rø, Professor
II, Institute of Clinical
Medicine, University of
Oslo

Executive summary (English)

Introduction

There has been an increasing prevalence of eating disorders in recent years. Many people develop eating disorders already during childhood and adolescence. The most common eating disorders are Other Specified/Unspecified Feeding or Eating Disorders (OSFED/USFED), binge eating disorder, bulimia, and anorexia.

Objective

To conduct an umbrella review on the effect of treatments for eating disorders. The Norwegian Directorate of Health will provide an evidence synthesis on the prevention and treatment of eating disorders to the Ministry of Health and Care Services. This deliverable forms part of the assignment 'Prevention and Treatment of Eating Disorders' (TB2023-36), as outlined in Proposition 1 S (2022–2023). The assignment is further anchored in the Escalation Plan for Mental Health (2023–2033).

Method

We searched seven databases and included systematic reviews with a literature search conducted in 2020 or later. We included reviews addressing the effect of treatment for eating disorders. Two researchers independently screened titles and abstracts, and then relevant systematic reviews in full text.

We identified so many systematic reviews that it was not possible for us to assess, grade, and summarize all within the available time. The Directorate of Health prioritized which reviews we proceeded with. We assessed the methodological quality of the prioritized reviews using AMSTAR-2 and, for each treatment form, based our work on the most recent reviews of high or moderate methodological quality. One researcher extracted results, and another checked the extraction.

We assessed our certainty in the results using the GRADE approach (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) for all except two systematic reviews, where grading had already been performed.

Results

We included 165 systematic reviews in this umbrella review. The 22 prioritized treatment forms covered 53 treatment comparisons, most of which were compared with placebo. The majority of comparisons (39 of 53) were examined in only one study.

Among these primary studies, 25 had fewer than 50 participants, and only three had more than 100 participants (105, 108, and 154 participants). When something is studied in such small samples, the possibility that the results are due to chance is high, and findings should therefore be interpreted with caution.

Our main conclusion is that there is a lack of solid evidence due to a lack of large, well-conducted randomized controlled trials. For each treatment considered, more high-quality studies (on the same treatment and comparator) are needed before conclusions can be made with high confidence.

Only two treatment forms had direct comparisons based on multiple well-conducted studies (low risk of bias), with sufficiently large sample sizes, consistent results (low or no heterogeneity), and narrow confidence intervals — providing moderate confidence in the results.

We have moderate certainty in four outcomes for adults with **binge eating disorder**:

- It is likely that cognitive behavioral therapy (CBT) improves eating disorder symptoms measured as depression, and probably results in little or no change in BMI compared to a waiting list or “standard treatment” in adults with binge eating disorder.
- It is likely that lisdexamfetamine for 11–12 weeks reduces the number of binge eating days and compulsive symptoms compared with placebo in adults with binge eating disorder. However, amphetamines and related substances are known to have problematic long-term effects, so these results should be interpreted with caution given the short follow-up time.

We have low certainty in several outcomes for people with **binge eating disorder**:

- CBT may reduce the number of binge episodes, body image concerns, weight concerns, and eating concerns compared with a waiting list or standard treatment.
- CBT may have little or no effect on restrictive eating behaviors, quality of life, or self-esteem compared with waiting list, usual care, or other treatments.
- Lisdexamfetamine for 11–12 weeks may reduce binge frequency, eating disorder symptoms, increase weight loss, and reduce depressive symptoms compared with placebo. Again, these results should be interpreted with caution.
- Topiramate for 14–16 weeks may reduce binge frequency, increase remission rates, promote weight loss, and improve eating disorder symptoms compared with placebo.

We have low certainty in several outcomes for people with **mixed eating disorders** (where people with different eating disorder diagnoses were included in the same treatment groups):

- Exercise and mind-body practices may reduce harmful exercise habits and the frequency and severity of disordered eating behaviors compared with waiting list, usual care, or other treatments.

We have low confidence in several outcomes for adults with **bulimia**:

- CBT may reduce the number of binge episodes, compensatory behaviors, and vomiting compared with waiting list or standard treatment in adults.
- Fluoxetine may reduce binge frequency and have little or no effect on weight compared with placebo in adult women with bulimia.

We have low certainty in several outcomes for people with **anorexia**:

- CBT combined with family therapy may reduce eating disorder symptoms and increase weight in children and adolescents with anorexia compared with waiting list or standard treatment.
- Fluoxetine for 7–52 weeks may reduce the severity of depression and obsessive-compulsive symptoms compared with placebo in adult women with anorexia.
- Olanzapine may increase weight and have little or no effect on obsessive-compulsive symptoms in adults with anorexia.

Thirteen of the preselected treatments for eating disorders were not summarized or assessed in any recent systematic review, meaning that we do not know whether they are effective treatments. It is also unclear whether any studies have evaluated them. There is a clear need for systematic reviews on these treatments.

For six of the 22 prioritized treatments, the available systematic reviews were rated as low or critically low in methodological quality using AMSTAR-2. Thus, there is a need for systematic reviews of higher (high or moderate) methodological quality for these treatments.

Discussion

Our umbrella review examines the effect of treatments for eating disorders. A total of 165 systematic reviews were included, and 22 treatment types were assessed in detail. We based our synthesis on the most recent high- or moderate-quality reviews. It should be emphasized that even the best systematic review cannot provide stronger conclusions than the quality of the included primary studies allows. A high-quality systematic review can include low-quality studies (with high risk of bias), and conversely, a low-quality review can include high-quality primary studies.

Conclusion

Our main conclusion is that there is a general lack of strong evidence due to a shortage of large, well-conducted randomized controlled trials. Cognitive behavioral therapy was the most frequently studied treatment.

Forord

Folkehelseinstituttet (FHI) fikk i april 2025 i oppdrag av Helsedirektoratet å utarbeide en paraplyoversikt (systematisk oversikt over systematiske oversikter) om effekter av behandling for spiseforstyrrelser. I arbeidet med prosjektplanen har medarbeidere fra FHI samarbeidet med kliniske fageksperter.

Hensikten var å utarbeide en paraplyoversikt om effekten av behandling for spiseforstyrrelser til Helsedirektoratet som skal levere en kunnskapsoppsummering til Helse- og omsorgsdepartementet som delleveranse på deres oppdrag: Forebygging og behandling spiseforstyrrelser' TB2023-36, gitt i Prop 1 S (2022-23). Dette oppdraget er også forankret i Opptappingsplan for psykisk helse (2023-2033).

Område for helsetjenester, FHI, følger en felles framgangsmåte i arbeidet med kunnskapsoppsummeringer, dokumentert i håndboka «Slik oppsummerer vi forskning». Det innebærer blant annet at vi kan bruke standardformuleringer når vi beskriver metode, resultater og i diskusjon av funnene.

Bidragstyttere

Prosjektleder: Gunn Elisabeth Vist

Interne prosjektmedarbeidere ved FHI: Maria Fossli, Jose Francisco Meneses-Echavez, Gisle Berg Helland, Anne Martina Kraus.

Takk til Ingvild Kirkehei som utarbeidet søkestrategiene og utførte litteratursøkene. Takk til ekstern fagfelle Øyvind Rø, professor II, Institutt for klinisk medisin, UiO og intern fagfelle Lillebeth Larun, førsteamanuensis, forsker som har gjennomgått og gitt innspill til paraplyoversikten.

Oppgitte interessekonflikter

Alle forfattere og fagfeller har fylt ut et skjema som kartlegger mulige interessekonflikter. Ingen oppgir interessekonflikter.

Dette arbeidet er finansiert over rammebevilgningen. Folkehelseinstituttet tar det fulle ansvaret for innholdet i rapporten.

Hilde Risstad
Fungerende fagdirektør

Hege Berg Henriksen
*Fungerende
avdelingsdirektør*

Gunn Elisabeth Vist
prosjektleder

Innledning

Spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser (anoreksi, bulimi, overspisingslidelse, unnvikende/restriktiv spiseforstyrrelse (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder, (ARFID)) og andre spesifiserte/uspesifiserte spiseforstyrrelser (OSFED/USFED) etter DSM-5 kategorier) er en undergruppe av psykiske lidelser som omhandler psykiske vansker i forholdet til mat, kropp og vekt. Folkehelse rapporten 2024 (1) rapporterer at spiseforstyrrelser hos barn og voksne er vanligere hos kvinner (0 til 4 %) enn hos menn (0,3 til 0,7 %). Spiseforstyrrelser forekommer sjeldnere hos barn, men er vanligere hos ungdom, og høyest blant unge jenter. Den meste vanlige spiseforstyrrelsen er annen spesifisert spiseforstyrrelse (Other Specified Feed or Eating Disorder (OSFED)), etterfulgt av overspisningslidelser, bulimi og anoreksi (2). Spiseforstyrrelsene anoreksi og bulimi er mer vanlig hos jenter, mens kjønnsforskjellene er mindre for overspisningslidelser (1).

Forekomsten av spiseforstyrrelser har økt de senere årene, og økte enda mer under covid-19-pandemien (3). Selv om tallene falt igjen etterpå, er det fortsatt betydelig flere unge som får diagnosen spiseforstyrrelse i årene etter enn før pandemien (4).

Vi vil i denne rapporten inkludere spiseforstyrrelser diagnostisert med både ICD-10 og DSM-5 kriteriene samt de nye ICD-11 kriteriene. Helsedirektoratet arbeider for tiden med å oversette ICD-11 til norsk. Diagnosekriteriene har endret seg over tid, noe som kan påvirke tolkning av resultater avhengig av hvilke diagnosesystem som er brukt i studiene.

Vår korte beskrivelse av de mest vanlige spiseforstyrrelsene tar utgangspunkt i ICD-11 siden det er det diagnose rammeverket som skal brukes i Norge i fremtiden (5). Overspisningslidelser (Binge Eating Disorder, BED) defineres med gjentatte episoder med overspisning, ledsaget av tap av kontroll og negative følelser. Bulimi (Bulimia Nervosa) defineres med hyppige episoder med overspisning etterfulgt av kompenserende atferd som oppkast, bruk av avføringsmidler eller intens trening for å unngå vektøkning. Anoreksi (Anorexia Nervosa) kjennetegnes av svært lav kroppsvekt i forhold til høyde og alder, som ikke skyldes annen helsetilstand eller mangel på tilgang til mat. Det finnes også atypiske varianter av overspisningslidelser, bulimi og anoreksi, hvor noen, men ikke alle diagnosekriteriene er oppfylt, disse klassifiseres som annen spesifisert spiseforstyrrelse (OSFED).

En spiseforstyrrelse som ikke var med i ICD-10 er nå inkludert i ICD-11, unnnv-kende/restrikativ spiseforstyrrelse (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder, ARFID) kjennetegnes ved et selektivt spisemønster som fører til betydelig vekttap, ernæringsmangel og svekket psykososial funksjonsevne. Denne atferden er ikke motivert ut fra bekymring for kroppsvekt eller form.

Bakgrunn om behandling av spiseforstyrrelser

Behandling av spiseforstyrrelser er komplekst og involverer flere sentrale faktorer slik som behandlingstilnærming eller hvordan og hvor tiltaket tilbys. Behandlingen kan foregå poliklinisk, i dagbehandling, ambulant eller døgnbehandling. Poliklinisk behandling er vanligvis tilstrekkelig for pasienter med stabil somatisk tilstand. Ambulant og døgnbehandling vurderes ved mer alvorlige tilfeller.

Spiseforstyrrelser er en psykisk lidelse og har ofte både fysisk og psykisk symptomer og i mange tilfeller kreves tverrfaglig behandling (1). I tillegg til psykologisk behandling inkluderes ofte kliniske ernæringsfysiologer, som sikrer tilpasset ernæringsbehandling, og fysioterapeuter som bistår med kroppslig bevissthet om muskel- og skjelettproblemer, samt leger som håndterer somatiske følgetilstander og vurderer behov for medikamentell behandling.

I den nasjonale faglige retningslinjen fra 2017 ([Spiseforstyrrelser - Helsedirektoratet](#)) anbefales familiebasert behandling som førstevalg for barn og unge i Norge. Den vanligste familieterapeutiske tilnærmingen, er basert på «Maudsley-modellen» for familieterapi ved spiseforstyrrelser, der det er utviklet manualer for anoreksi og bulimi. Denne metoden involverer foreldrene aktivt i behandlingen, hvor de får opplæring og støtte til å hjelpe barnet og normalisere vekten og få en normal spiseatferd. For voksne anbefales individuell psykoterapi rettet mot spiseforstyrrelser, inkludert kognitiv atferdsterapi og psykodynamisk terapi.

Samlet sett krever effektiv behandling av spiseforstyrrelser en helhetlig tilnærming som kombinerer tverrfaglig samarbeid og tilpasset psykoterapeutisk metode.

Hvorfor det er viktig å utføre denne kunnskapsoppsummeringen

Antall personer som har fått diagnostisert spiseforstyrrelser har økt de siste årene både i Europa og Norge og mange utvikler spiseforstyrrelser allerede som ungdom. Det har i tillegg kommet nye diagnoser slik som ARFID. En meta-analyse som undersøkte behandlingsresultater med alle typer behandlinger og alle spiseforstyrrelser rapporterte behandlingsresultater som indikerer at bare cirka halvparten blir friske (6).

Helsedirektoratet skal levere en kunnskapsoppsummering til Helse- og omsorgsdepartementet som delleranse på deres oppdrag: Forebygging og behandling spiseforstyrrelser' TB2023-36, gitt i Prop 1 S (2022-23). Dette oppdraget er også forankret i Opptrappingsplan for psykisk helse (2023-2033). Derfor har Helsedirektoratet etterspurt

en oversikt over tilgjengelige systematiske oversikter som har vurdert effekten av forskjellige behandlinger for spiseforstyrrelser.

Mål og problemstilling

Målet er å utarbeide en paraplyoversikt (systematisk oversikt over systematiske oversikter) om effekter av forskjellige behandlingsmetoder for spiseforstyrrelser. Denne paraplyoversikten skal gi en oppdatert oversikt over hvilken effekt ulike behandlinger har for hvilke spiseforstyrrelser.

Metode

Vi har utarbeidet en paraplyoversikt om effekter av behandling for spiseforstyrrelser. Vi har fulgt anbefalinger fra Folkehelseinstituttets metodehåndbok «Slik oppsummerer vi forskning» som er tilgjengelig fra metodeboka vår «Slik oppsummerer vi forskning» (7) og Cochrane Handbook (8).

Paraplyoversikten er et uavhengig arbeid av forskergruppen ved FHI og vi har fulgt internasjonale metodeanbefalinger (8). For å sikre at paraplyoversikten tilfredsstiller oppdragsgivers kunnskapsbehov, har vi konsultert med Helsedirektoratet (oppdragsgiver) og fagekspert under arbeidet. Gjennom samtaler med fageeksperter og representanter for Helsedirektoratet oppnådde vi en god samforent forståelse for oppdragsgivers kunnskapsbehov, ønsker om delleveranser, oppdateringer om fremdrift.

Prosjektplan og endringer fra prosjektplanen

Paraplyoversikten er hovedsakelig gjennomført i tråd med prosjektplanen (9) som også er registrert i PROSPERO (CRD420251152990).

Endring fra prosjektplanen

Vi har fått ny medarbeider i teamet, Gisle Berg Helland da Anne Martina Kraus er i permisjon. Denne personellendringen medførte at vi har redusert antall språk vi har inkludert i denne paraplyoversikten, vi har nå ikke oversikter på italiensk, portugisisk eller tysk. Én person (JFME) med spansk som morsmål vurderte én systematisk oversikt på spansk, og utførte AMSTAR-2 vurdering på denne (Valdez Aguilar og medarbeidere 2022) (10).

Fordi vi identifiserte og inkluderte svært mange (165) systematiske oversikter som omhandler behandling for spiseforstyrrelser, og som har utført litteratursøk i 2020 eller senere, utløste vi tiltak som nevnt i prosjektplanen for å redusere arbeidsmengden. Vi diskuterte med Helsedirektoratet som har hjulpet oss med å utarbeide en prioritert rekkefølge av spiseforstyrrelsesdiagnoser og behandlinger som vi har vurdert og beskrevet i denne rapporten.

Som følge av denne prioriteringen blir ikke alle relevante systematiske oversikter om behandling for spiseforstyrrelser omtalt i denne paraplyoversikten. Dette er en svakhet som vi ønsker å redusere, derfor har vi listet referansene for alle relevante systematiske oversiktene (både de prioriterte og ikke-prioriterte) som har vurdert effekten av behandling for spiseforstyrrelser i vedlegg 2.

Vi planla å vurdere overlapp av primærstudier mellom de relevante systematiske oversiktene ved bruk av corrected covered area formelen (CCA) (11) slik som forklart i prosjektplanen vår (PROSPERO (CRD420251152990)). Da denne paraplyoversikten ble mye mer omfattende enn vi hadde forespeilet oss, har vi endt opp med å utelate denne delen.

Inklusjonskriterier

Vi benyttet følgende inklusjonskriterier:

Populasjon	Personer med følgende spiseforstyrrelsesdiagnoser (diagnoseverktøy som er brukt for å gi diagnosen (ICD-10, ICD-11, DSM-4 eller DSM-5): Anoreksi (anorexia nervosa, AN) Bulimi (bulimia nervosa, BN) Overspisingslidelse (binge eating disorder, BED) Unnvikende/restriktiv spiseforstyrrelse (avoidant/restrictive food intake disorder, ARFID) Annen spesifisert spiseforstyrrelse (other specified/unspecified feeding or eating disorder, OSFED/UFED) Atypisk anoreksi og atypisk bulimi Spiseforstyrrelser i barndommen Vi inkluderte alle personer som har en eller flere av disse diagnosene uavhengig av alder, kjønn, identitet, etnisitet eller sosio-økonomiske faktorer.
Behandling	Behandlinger for spiseforstyrrelser generelt: Kognitiv adferdsterapi for spiseforstyrrelser (KAT-S), kognitiv terapi for spiseforstyrrelser, kognitiv terapi Interpersonal psychotherapy (IPT) Maudsleymodellen, familiebasert tilnærming for spiseforstyrrelser, familiebasert terapi for spiseforstyrrelser, FBT Medfølelsesfokusert terapi (CFT-E) Dialektisk atferdsterapi for spiseforstyrrelser (RO DBT) Mentaliseringsbasert terapi (MBT ED) Temperamentbasert terapi med støttepersoner Emosjonsfokusert foreldreveiledning (EFFV) Emosjonsfokusert familieterapi for spiseforstyrrelser (EFT) Tverrfaglig behandling/tilnærming/team Acceptance and commitment therapy (ACT) Adolescent- focused Therapy (AFT) Spesialisert støttende klinisk behandling (SSCM) Ernæringsbehandling, ernæringsstøtte

	Physiotherapy in eating disorders, physical therapy interventions, exercise therapy Focal- dynamic psychotherapy Body project behandling Utendørsterapi Hesteassistert terapi Diagnosespesifikk behandling for AN: Maudsley modell for voksne med anoreksi, Mantra Familieterapi mot Anorexia Nervosa (FT / AN, FT-AN) Exposure and response prevention for anorexia nervosa (AN-EXRP) Temperamentsbasert terapi med støtte (TBT-S) Diagnosespesifikk behandling for BED og BN: Ped-t, Trenings- og kostholdsterapi Familieterapi mot bulimi (FBT-BN) Terapiformer ikke spesielt tilpasset spiseforstyrrelser: Metakognitiv terapi Psykodynamisk terapi Motivasjonsterapi Interpersonlig terapi Eksponeringsterapi Emosjonsfokusert terapi Kunst og uttrykksterapi Medikamentell behandling Psykomotorisk Legemiddelbehandling generelt: GLP-1 Agonister SSRI (f.eks. Fluoxetin) Metformin Ketamin Antipsykotika (f.eks. Olanzapin, Quetiapin) Sentralstimulerende midler (f.eks. Lisdexamfetamin) Behandlingen kan gis som familieterapi, flerfamilieterapi, gruppeterapi, individuelt eller som kombinasjon av forskjellige behandlinger (tilpasset de unike behovene til den enkelte pasient) Behandlingen kan gis som dagbehandling, ved innleggelse, hjemmebehandling. Helsedirektoratet var også interessert i å vite om andre behandlingsformer for spiseforstyrrelser er undersøkt, så vi inkluderte andre behandlinger som vi fant.
--	---

Sammenligning	Annen behandling eller ingen behandling (inklusive venteliste og placebo)
Utfall	Spiseforstyrrelsesatferd og spiseforstyrrelsessymptomer som listet i ICD og/eller DSM, samt eventuelle uønskede hendelser, angst, depresjon, livskvalitet, og frafall/ikke-fullført behandling.
Studiedesign	Systematiske oversikter som tilfredsstillende følgende kriterier: systematisk søk i to eller flere databaser, vurdering av risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte studiene og klare inklusjonskriterier.
Søkedato	2020 og frem til 9. mai 2025 (søkedatoen)
Land	Søk uten begrensninger, men kun systematiske oversikter med inklusjonskriterier som tilsier at en studie utført i Norden og som også oppfyller de andre inklusjonskriteriene - ville ha blitt inkludert.
Språk	Dansk, engelsk, norsk, spansk, og svensk.

Eksklusjonskriterier

Vi ekskluderer andre typer kunnskapsoppsummeringer (dvs. alle andre enn systematiske oversikter) og systematiske oversikter som vi vurderer til å ha lav eller kritisk lav metodisk kvalitet som vurdert med AMSTAR-2 sjekklisen (12). Oversikter med et litteratursøk utført før 2020 ekskluderes fordi disse oversiktene sannsynligvis ikke inkluderer den nyeste forskningen. Vi ekskluderer oversikter med et geografisk perspektiv som tilsier at en studie utført i Norden ikke ville ha blitt inkludert, for eksempel oversikter med søkelys på lav- og middelinntektsland. Det er fordi i slike tilfeller vil også oversikter med et nasjonalt perspektiv som kun inkluderer studier som er utført i eget land (ikke et Nordisk) bli ekskludert.

Litteratursøk

Søk i databaser

Bibliotekar Ingvild Kirkehei utarbeidet en søkestrategi i samarbeid med prosjektgruppen og utførte søkene 9. mai 2025. Vi søkte i følgende databaser:

- MEDLINE (OVID)
- PsycINFO (OVID)
- EMBASE (OVID)
- Epistemonikos
- CINAHL

- Scopus
- Cochrane Database of Systematic Reviews

Søket inneholdt kontrollerte emneord (for eksempel Medical Subject Headings) og tekstord (ord i tittel og sammendrag) for spiseforstyrrelser generelt og for alle de inkluderte diagnosene. Disse ble kombinert med søkeord for behandling generelt (for eksempel treatment, therapy, care) og for spesielle behandlingsformer (for eksempel psychotherapy, CBT, mentalization eller family therapy). Søket ble avgrenset til systematiske oversikter og oversikter over oversikter publisert fra og med 2020. Alle søkestrategiene vises i vedlegg 1.

Andre kilder

I tillegg til databasesøk sjekket en av oss (GEV) referanselistene i de inkluderte oversiktene, og i de paraplyoversiktene vi fant i søket.

Grunnet tidspress og stort tilfang har vi ikke søkt etter pågående systematiske oversikter i PROSPERO, av samme grunn har vi heller ikke utført OpenAlex søk etter andre systematiske oversikter som vi kan ha gått glipp av.

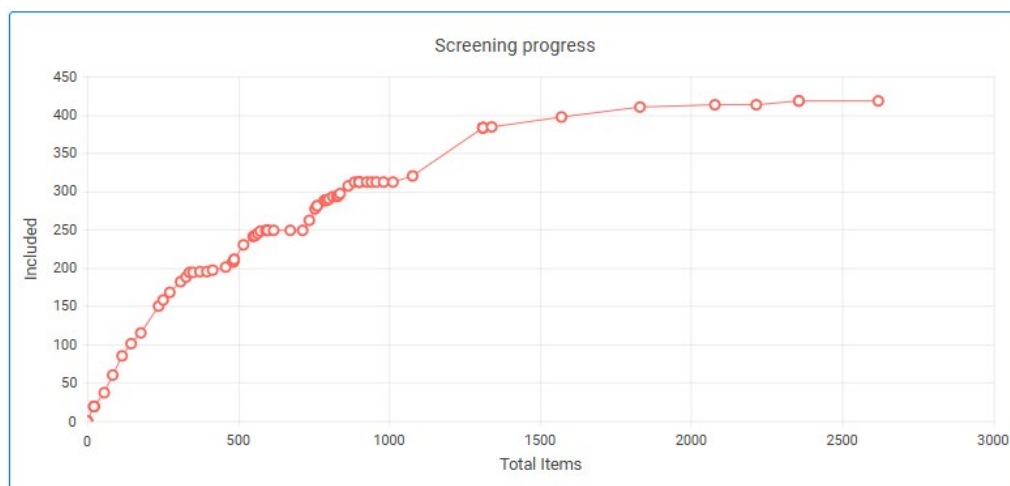
Utvelging av systematiske oversikter

To prosjektmedarbeidere (av AMK, JFME, MF og GEV) utførte uavhengige vurderinger («screening») av titler og sammendrag fra litteratursøket opp mot inklusjonskriteriene. Vi piloterer screeningen på 50 titler og sammendrag for å sikre at prosjektmedarbeiderne hadde en felles forståelse av inklusjonskriteriene. Publikasjonene som vi var enige om at var potensielt relevante innhentet vi i fulltekst. To av de samme prosjektmedarbeidere gjorde deretter uavhengige vurderinger av fulltekstene opp mot inklusjonskriteriene.

For at en oversikt skal vurderes som en systematisk oversikt må den ha tydelige inklusjonskriterier, ha søkt i to eller flere databaser og ha inkludert vurdering av risiko for skjevheter av sine inkluderte studier (7). Uenighet om vurderingene av titler og sammendrag og av fulltekster løste vi ved diskusjon eller ved å konferere med en tredje prosjektmedarbeider. Vi brukte det elektroniske verktøyet EPPI-Reviewer (13) i utvelgesprosessen.

I arbeidet med å vurdere titler og sammendrag benyttet vi EPPI-Reviewer's «Systematic Review (SR) classifier» og «priority screening». SR classifier er en modell som er bygget, trent og validert på et stort antall helsefaglige referanser fra Universitetet i Yorks «Database of Abstracts of Systematic Reviews of Effect», som gjør at programmet klarer å skille mellom systematiske oversikter og andre studiedesign (13). Priority screening er en rangeringsalgoritme i programvaren EPPI-Reviewer (13). Algoritmen trenes av våre avgjørelser om inklusjon og eksklusjon av referanser på tittel- og sammendragsnivå. Referanser som algoritmen regner som mer relevante blir skjøvet frem i «køen». På denne måten kan vi få et raskere overblikk over hvor mange referanser som muligens treffer inklusjonskriteriene enn om vi leser referansene i

tilfeldig rekkefølge. Vi hadde planlagt at ved en tydelig utflating av inklusjonskurven (200 titler og sammendrag uten noen inkluderte) i programvaren så kunne vi endre til at kun én prosjektmedarbeider vurderte de gjenstående referansene alene, det ble ikke relevant for denne paraplyoversikten (figur 1).



Figur 1. Inklusjonskurven for vurdering av tittel og sammendrag.

Sortering av oversiktene

Vi sorterte de inkluderte systematiske oversiktene i kategorier etter spiseforstyrrelsesdiagnose og hvilken behandling som ble gitt. Vi sorterer de inkluderte systematiske oversiktene slik at innen hver kategori presenteres den nyeste systematiske oversikten (den med det nyeste litteratursøket) først.

Dersom vi hadde funnet systematiske oversikter med nettverks-meta-analyse (NMA) ville vi ha prioritert disse. Dette fordi en NMA kan sammenligne mange behandlinger opp mot hverandre i samme analyse.

Vi inkluderte 165 systematiske oversikter som omhandler behandling for spiseforstyrrelser, og som har utført litteratursøk i 2020 eller senere. Det vurderte vi som svært mange for tiden vi hadde til rådighet. Helsedirektoratet har utarbeidet en prioritert rekkefølge av spiseforstyrrelsesdiagnoser og behandlinger som vi har vurdert og beskrevet i denne rapporten. Videre i denne rapporten har vi kun vurdert og viderefremidlet fra de systematiske oversiktene som ble prioritert for denne rapporten.

Vi vurderte den metodiske kvaliteten i den nyeste systematisk oversikt for hver kombinasjon av behandling og diagnose først. Dersom den nyeste har Høy/Moderat metodisk kvalitet etter AMSTAR-2-vurdering blir den med videre til formidling av resultatene. Vi vurderer at systematiske oversikter med Høy/Moderat metodisk kvalitet har inkludert alle relevante studier og ser da ikke videre på de eldre oversiktene (med samme behandling og diagnose). Dersom den systematiske oversikten blir vurdert til Lav eller Kritisk lav metodisk kvalitet vurderer vi neste i listen sortert etter søkedato.

Vurdering av metodisk kvalitet i de systematiske oversiktene

Vi vurderte metodisk kvalitet av de inkluderte oversiktene ved å bruke A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews version 2 (AMSTAR-2) (12). For at de forskjellige systematiske oversiktene ble vurdert likeverdig måtte vi sikre at medarbeidergruppen hadde samsvarende tolkninger og vurderinger. Vi trente på bruk av AMSTAR-2-sjekklisten og sammenlignet og diskuterte våre individuelle vurderinger før vi fordelte resten på to og to av oss (JFME, MF, GBH og GEV). Uenighet om vurderingene løste vi ved diskusjon eller ved å konferere med en tredje medarbeider. Én systematisk oversikt på spansk ble det gjort unntak for, den ble vurdert av én medarbeider (JFME). Våre tolkninger av AMSTAR-2 spørsmålene er forklart i tabell 1 sammen med AMSTAR-2-spørsmålene.

Tabell 1. Spørsmålene som brukes i AMSTAR-2 sjekklisten

AMSTAR 2 sjekklisten, kritiske spørsmål
1. Inkluderte forskningsspørsmål og inklusjonskriterier PICO-komponentene? (Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?) - ble tolket slik at det fikk ja dersom vi mente at PICO (Populasjon, Intervensjon, sammenligning (Comparison) og utfall (Outcome)) var beskrevet godt nok til at vi tror vi selv kunne ha gjennomført det.
2. Ble oversiktens metoder fastsatt på forhånd i en protokoll, og ble endringer fra planen forklart? (Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?) - vi svarte ja/delvis ja kun der prosjektplanen var tilgjengelige for oss.
3. Forklarte forfatterne valget av studiedesign for inkludering i oversikten? (Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?) - tolket vi slik at dersom inkluderte studiedesign passer med spørsmålet, svarte vi ja.
4. Var litteratursøket tilstrekkelig omfattende? (Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?) - vi svarte ja/delvis ja etter instruksene i sjekklisten.
5. Gjorde forfatterne av oversikten utvelgelse av studier basert på tittel og sammendrag og basert på fulltekst i duplikat? (Did the review authors perform study selection in duplicate?) - fikk ja kun der det var eksplisitt skrevet at to personer screenet uavhengig av hverandre. Tilfeller som beskrev at en person screenet og en annen sjekket, fikk nei.
6. Gjorde forfatterne av oversikten dataauthenting i duplikat? (Did the review authors perform data extraction in duplicate?) - behandlet vi på samme måte som spørsmål 5.
7. Ble det gitt en liste over ekskluderte studier og begrunnelse for ekskludering? (Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?) - tolket vi litt generøst og svarte delvis ja selv om de ikke hadde oppgitt eksklusjonsgrunn for hver enkelt studie, men hadde en liste av hvor mange som var ekskludert av hvilken årsak, slik vi fant i mange PRISMA-flow figurer.
8. Ble de inkluderte studiene beskrevet med nok detaljer? (Did the review authors describe the included studies in adequate detail?) - er et undervurdert viktig spørsmål fordi en god beskrivelse av hvordan studiene ble utført, hvor lenge de varte, informasjon om deltagere, alder og hvilke og hvor lenge de hadde hatt diagnosen samt faktiske resultater er avgjørende for å kunne forstå, tolke og videreformidle informasjonen fra disse systematiske oversiktene.
9. Benyttet forfatterne et tilfredsstillende metodisk verktøy for å vurdere risiko for systematiske skjevheter (RoB) i de inkluderte studiene? (Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?) - her svarte vi ja kun der resultatet av vurderingene var tilgjengelige for oss, vi godtok ikke vurderinger som var utført ved sjekkliste for rapportering; de oversiktene er å finne blant dem som er ekskludert ikke systematiske oversikter.
10. Ble kilder til finansiering for de inkluderte studiene rapportert? (Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?) - finansiering (eller at de ikke var finansiert av noen) måtte være nevnt i artikkelen eller i risiko for skjevhetsvurderingene for å få et ja-svar. Dette er et viktig spørsmål da personer som er/har vært involvert i å utarbeide/selge en intervensjon/et tiltak kan ha forventninger som påvirker utførelse av studier/oversikter og på tolkning av resultater.

11. Hvis meta-analyse ble utført, brukte forfatterne passende metoder for statistisk kombinasjon av resultater? (If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?) - her svarte vi kun til de sammenligningene og utfallene som vi inkluderte. Selv om de hadde utført flere meta-analyser for andre sammenligninger og utfall så svarte vi ikke-utført-meta-analyse dersom de ikke var utført for 'våre' sammenligninger og utfall. Det var tilfelle flere ganger.
12. Hvis meta-analyse ble utført, vurderte forfatterne den potensielle effekten av RoB i individuelle studier på resultatene av analysene? (If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?) - vi så på hvordan/dersom flere studiedesign var inkludert i samme analyse, i tillegg tolket vi I^2 (et statistisk mål på heterogenitet som indikerer om resultatene trekker i samme retning eller spriker; en verdi på 25 %, 60 % og 85 % indikerer henholdsvis lav, moderat og høy heterogenitet).
13. Tok forfatterne hensyn til RoB i inkluderte studier da de tolket og diskuterte resultatene av oversikten? (Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/discussing the results of the review?) - om eventuelle forskjeller i risiko for systematiske skjevheter (RoB) mellom studiene ble tolket og diskutert var det nok for oss at det var nevnt.
14. Ble det gitt en tilfredsstillende forklaring på og diskusjon av heterogenitet? (Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?) -heterogenitet måtte være omtalt.
15. Dersom det var utført meta-analyse, undersøkte forfatterne tilstedeværelse og sannsynlige effekten av publikasjonsskjevhet? (If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?) - test for publikasjonsskjevhet var for de mange inkluderte systematiske oversiktene ikke relevant da de kun presenterte resultatene narrativt. Der det er færre enn 10 studier i en meta-analyse, er resultater av funnel plot så usikre at det ikke er meningsfullt å utføre, derfor har vi ikke svart nei i de tilfellene.
16. Rapporterte forfatterne om potensielle kilder til interessekonflikter, inkludert eventuell finansiering de mottok for å utføre oversikten? (Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review - forfatterens mulige interessekonflikter måtte være nevnt for å få svar ja.

For å vurderes som høy eller moderat kvalitet kan det ikke være noen kritiske svakheter (ingen nei-svar på noen av de kritiske spørsmålene). Dersom vi hadde funnet og inkludert en systematisk oversikt med nettverksmetaanalyse så ville vi vurdert dens metodiske kvalitet i henhold til vår modifiserte plan, som presentert i prosjektplanen (9).

Uthenting av og presentasjon av data

Én medarbeider (av MF, GBH eller GEV) hentet ut data fra de inkluderte oversiktene og en annen (av MF, GBH eller GEV) kontrollerte dataene opp mot de aktuelle publikasjonene. Ved uenighet konfererte vi med en tredje prosjektmedarbeider.

Vi hentet ut følgende data fra de inkluderte systematiske oversiktene: full referanse, søkedato, land, antall inkluderte studier relevant for våre problemstillinger, studiedesign, informasjon om populasjonen inklusive antall deltakere/pasienter og beskrivelse av diagnoser, beskrivelse av behandlingen slik som type behandling, intensitet og varighet, beskrivelse av kontrolltiltak og informasjon om utfallsmålene (hva som er målt hvordan, av hvem og selve effektestimat med variasjon), og oppfølgingstid. Der resultatene er presentert separat for forskjellige subgruppene i den systematiske oversikten, innhenter og presenterer vi også denne informasjonen.

Vi hentet ut resultater slik de er presentert i de inkluderte oversiktene. Vi utfører ikke egne analyser i en paraplyoversikt.

Fra de identifiserte paraplyoversiktene så vi om de har relevante systematiske oversikter som ikke vi har fanget opp.

Vurdering av tillit til resultatene

Der forfatterne av de systematiske oversiktene hadde vurdert tilliten til resultatene baserte vi oss på deres vurderinger. Der de inkluderte systematiske oversiktene ikke hadde gradert tilliten til resultatene i effekt/risikoestimatene, har vi vurdert tilliten ved bruk av GRADE-tilnærmingen (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) (14) og det digitale verktøyet GRADEpro (15). Siden vi kun inkluderer systematiske oversikter av høy/moderat metodisk kvalitet, så vil risiko for skjevheter i primærstudiene allerede være vurdert og beskrevet i oversiktene.

Med vurdering av tillit til resultatene, mener vi en bedømmelse av i hvor stor grad vi kan stole på at forskningsresultatene viser 'sannheten' eller den 'virkelige' effekten av tiltakene vi undersøker. En annen måte å uttrykke det på er hvor godt dokumentert forskningsresultatene er. Grad av tillit er en kontinuerlig størrelse, men er av praktiske hensyn delt inn i fire kategorier: høy, moderat, lav, svært lav. Kategoriene defineres slik:

Høy tillit	⊕⊕⊕⊕	Vi har stor tillit til at effektestimatet ligger nær den sanne effekten
Moderat tillit	⊕⊕⊕○	Vi har moderat tillit til effektestimatet: effektestimatet ligger sannsynligvis (trolig) nær den sanne effekten, men effektestimatet kan også være vesentlig ulik den sanne effekten. Vi bruker ofte uttrykket <i>trolig</i> for å uttrykke vår tillit til resultatet.
Lav tillit	⊕⊕○○	Vi har begrenset tillit til effektestimatet: den sanne effekten kan være vesentlig ulik effektestimatet. Vi bruker ofte uttrykket <i>muligens</i> for å uttrykke vår tillit til resultatet.
Svært lav tillit	⊕○○○	Vi har svært liten tillit til at effektestimatet ligger nær den sanne effekten. Vi bruker ofte uttrykket <i>uklart/usikkert</i> for å uttrykke vår tillit til resultatet.

Når man vurderer tilliten til effektestimatene/resultatene med GRADE-metoden så vurderer man for hvert utfall. Ofte brukes studiedesign som utgangspunkt og så vurderes åtte kriterier for å komme frem til grad av tillit. Da randomisering er den beste måten vi har til å tilfeldig fordele personer til ulike behandlingsgrupper, den eneste som kan tilfeldig fordele for eventuelle konfunderende faktorer som vi enda ikke er oppmerksomme på, så starter randomiserte kontrollerte studier på høy kvalitet. Observasjonsstudier starter på lav kvalitet (eller dersom man bruker et verktøy som gir høy risiko

for systematiske skjevheter ved mangel på randomisering så kan man starte høy og utføre 'automatisk' nedgradering på grunn av manglende randomisering. Man skal altså ende opp på samme nivå uansett hvor man begynner).

Risiko for systematiske skjevheter vurderes for hver enkelt studie, og for hvert utfall i studien. Dette skal allerede være vurdert i en oversikt for at den kan kalles en systematisk oversikt. For paraplyoversikter slik som denne, er dette da allerede utført av forfatterne av de systematiske oversiktene som vi inkluderer, og vi videreformidler deres vurderinger.

Heterogenitet/samsvar mellom studier, om de forskjellige studiene som har målt samme utfall har liknende konklusjon. Der det er utført metaanalyser er det vanligvis også oppgitt et mål for heterogenitet, I^2 er vanlig. Uforklarlig heterogenitet som har $I^2 > 65\%$ vurderes som moderat heterogenitet og man nedgraderer ett nivå, $I^2 > 85\%$ vurderes som høy heterogenitet og man nedgraderer to nivåer. Der det kun er en studie som har rapportert på utfallet så går det naturligvis ikke an å beregne et heterogenitetsmål.

Presisjon handler om hvor presise resultatene er, og om hvor mye data som er tilgjengelig. Dersom det er metaanalyse av flere store studier med mange hendelser vil det være mer presise effektestimater enn der det for eksempel kun er en liten studie med få hendelser. Små studier har ofte brede konfidensintervaller som kan inkludere vesentlige forskjeller i effekt som viser stor usikkerhet, og vi nedgraderer. Når det er én studie for hvert utfall, og det er relativt få hendelser/utfallsmålinger (færre enn 400), vurderer vi oftest å nedgradere vår tillit til estimatene på grunn av lite datagrunnlag (Guyatt 2011). Når det kun er én studie som har målt utfallet så er det alltid usikkerhet knyttet til resultatene da de ikke er bekreftet av andre studier.

Direkthet handler om sammenlignbarhet, overføringsverdi eller generaliserbarhet, altså hvor like personene, tiltakene, sammenligningene (andre tiltak eller kontroll) og utfall er i studiene sammenlignet med den settingen som man ønsker å vurdere tiltaket for.

Rapporteringsskjevheter omhandler både publiseringsskjevhet og selektiv utfallsrapportering. Dette er en kombinasjon av flere faktorer hvor det blant annet er mer sannsynlig at studier som viser en positiv effekt blir publisert (og raskere) enn at studier som ikke viser noen forskjeller blir publisert. Der det er utført metaanalyser er det mulig å utføre en beregning av sannsynlighet for publiseringsskjevhet. Når det kun er én studie eller få studier så blir det umulig å vurdere om studier på temaet kan være påvirket av publiseringsskjevheter, man trenger 8-10 studier for å kunne utføre analyse for publikasjonsskjevhet som kan tolkes.

De tre kriteriene som vurderes for oppgradering benyttes kun der det er flere samsvarende studier som ikke er nedgradert:

Sterke assosiasjoner, sterke eller veldig /sammenhenger mellom intervensjon og utfall. Det vil si at den beregnede effekten er så stor at det er usannsynlig at den skyldes tilfeldigheter.

Dose-responseeffekter, store eller veldig store dose-responseeffekter.

Forvekslingsfaktorer, der alle sannsynlige konfunderende/forvekslingsfaktorer (confounders) ville ha bidratt til å redusere effektestimatet (alle tenkte forklaringer hadde gitt motsatt effekt).

Vi vurderte tilliten til resultatene for maksimum syv utfall per sammenligning.

Tre prosjektmedarbeidere (MF, GBH og GEV) utførte de første vurderingene sammen, deretter enten to og to, eller en som henter ut og en som sjekker (MF og GEV eller GBH og GEV). Uenighet om vurderingene ble løst ved diskusjon eller ved å konferere med en annen prosjektmedarbeider.

Dersom vi hadde funnet og inkludert systematisk oversikt med nettverksmetaanalyse så ville vi ha vurdert vår tillit til resultatene av NMAen i henhold til vår modifiserte plan slik som presentert i prosjektpånen (9).

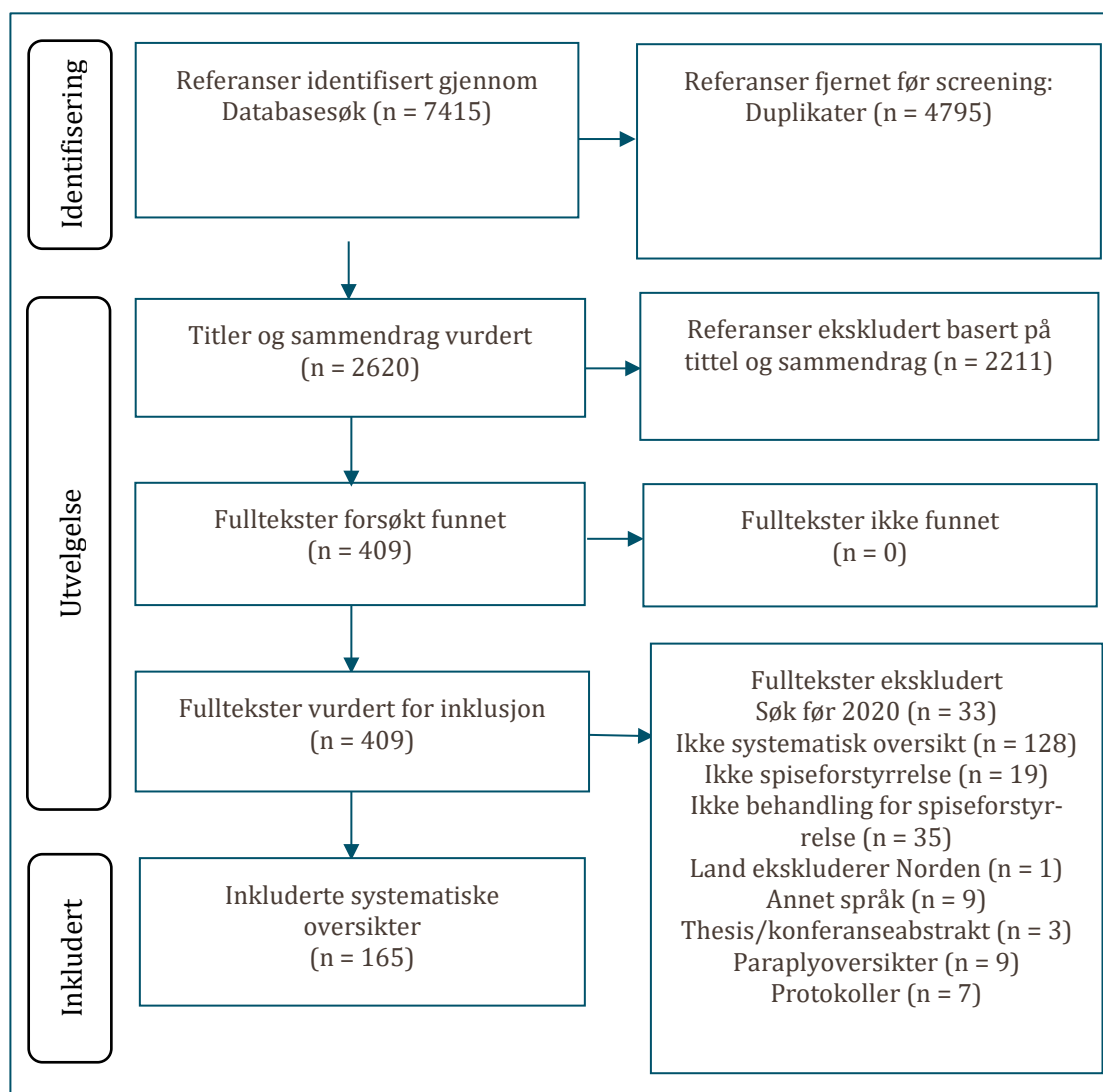
Andre vurderinger

Problemstillingen angår behandling av spiseforstyrrelser. Siden det ikke er en del av oppdraget og følgelig heller ikke problemstillingen, vurderer vi ikke etiske, juridiske eller økonomiske konsekvenser ved tiltakene som er studert. Vi vurderer heller ikke aspekter som aksept, likeverd, organisatoriske følger eller andre konsekvenser av tiltakene. I en fremtidig beslutningsprosess for behandling for spiseforstyrrelser vil det være viktig å vurdere slike aspekter og konsekvenser samlet.

Resultater

Resultater av litteratursøket og utvalgelse av studier

Databasesøkene ga 7415 treff før fjerning av dubletter (figur 2). Etter fjerning av dubletter satt vi igjen med 2620 referanser. Av disse ekskluderte vi 2209 referanser basert på tittel og sammendrag da de åpenbart ikke oppfylte inklusjonskriteriene våre.



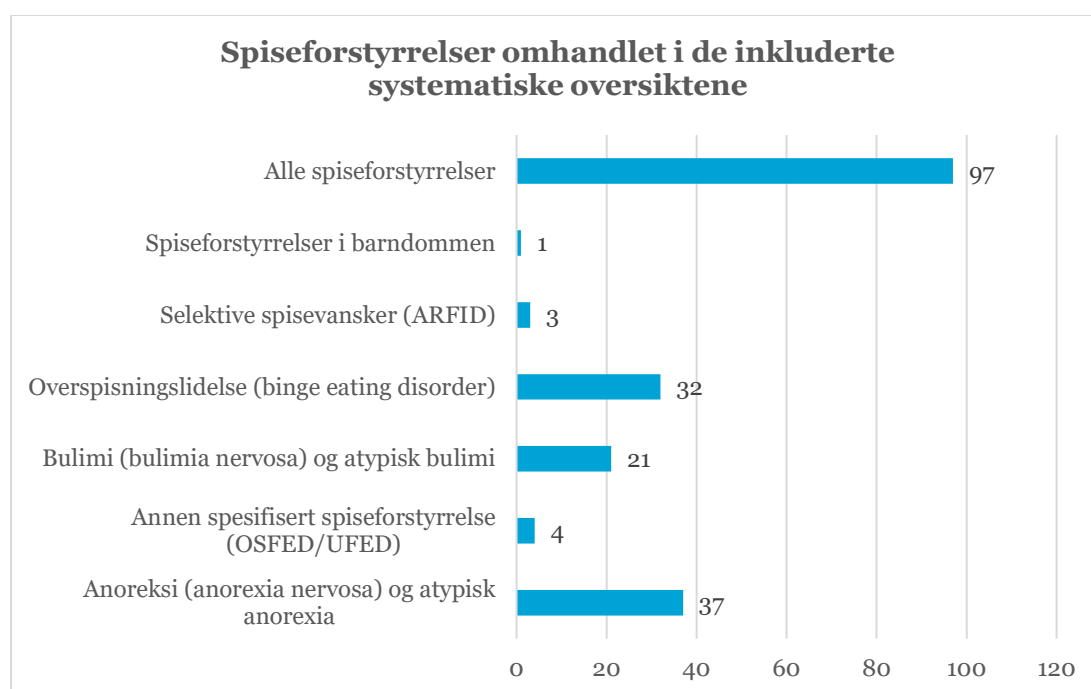
Figur 2: PRISMA flytdiagram over utvalgelse av studier

Vi innhentet og vurderte 409 publikasjoner i fulltekst, hvorav vi inkluderte 165 systematiske oversikter, de er listet i vedlegg 2. Vi ekskluderte 244 publikasjoner, vedlegg 3

lister publikasjonene som ble ekskludert, etter eksklusjonsgrunn. Flere av publikasjonene oppfylte flere eksklusjonsgrunner, men de er bare listet opp med én eksklusjonsgrunn hver for å unngå dobbelttelling.

De systematiske oversiktene hadde utført sine litteratursøk i 2020 (n=37), 2021 (n=29), 2022 (n=25), 2023 (n=39), 2024 (n=29), 2025 (n=1 (mars 2025)) og i tillegg var det noen som ikke hadde oppgitt søkedato (n=5). Vi noterer at det kan være andre oversiktsforfattere som har utført sine søk i 2024 og 2025 som ikke hadde rukket å publisere sine systematiske oversikter før vårt litteratursøk i mai 2025.

Figur 3 viser at de fleste systematiske oversiktene hadde søkt etter og ønsket å oppsummere behandling av alle spiseforstyrrelser, etterfulgt av anoreksi, overspisingsslidelse og bulimi.



Figur 3: Oversikt over hvilke spiseforstyrrelsesdiagnoser som var omhandlet i de identifiserte systematiske oversiktene.

Systematisering og prioritering av de inkluderte systematiske oversiktene

Tabell 2 viser det totale antall systematiske oversiktene i kategorier etter spiseforstyrrelsesdiagnose og hvilken behandling som ble gitt, disse er alle referert i vedlegg 2.

Tabell 2. Oversikt over hvor mange systematiske oversikter vi har funnet som har undersøkt forskjellige behandlinger for forskjellige spiseforstyrrelsesdiagnoser. En variant av denne tabellen med referansene oppgitt er å finne i vedlegg 2.

	Anoreksi (anorexia nervosa) og atypisk anorexia	Annen spesifisert spise-forstyrrelse (OSFED/UFED)	Bulimi (bulimia nervosa) og atypisk bulimi	Overspisningslidelse (binge eating disorder)	Unnvikende/restriktiv spiseforstyrrelse (ARFID)	Spiseforstyrrelser i barndommen	Annen	Alle spiseforstyrrelser
Aksept- og forpliktelsesterapi (ACT)	-	-	-	1	-	-	-	6
Adolescent-focused therapy (FT)	-	-	-	-	-	-	-	-
Behandling mot ruminering	-	-	-	-	-	-	1	-
Body project behandling	-	-	-	-	-	-	-	-
Dyp hjernestimulering	5	-	-	-	-	-	-	1
Dialektisk atferdsterapi for spiseforstyrrelser (RO DBT)	-	-	-	2	-	-	-	9
Dyreassistert terapi	-	-	-	-	-	-	-	1
e-helse/Nettbaserte tiltak	-	1	2	3	-	-	-	13
Eksponeringsterapi	-	-	-	-	-	-	-	-
Emosjonsfokuset foreldre-veiledning (EFFV) EFST	-	-	-	-	-	-	-	1
Emosjonsfokuset familiet-erapi for spiseforstyrrelser (EFT)	-	-	-	-	-	-	-	-
Emosjonsfokuset terapi	-	-	-	-	-	-	-	-
Ernæringsbehandling, ernæringsstøtte	7	1	4	3	3	-	-	8
Eksponerings med responpre-vensjon (ERP) for anoreksi	-	-	-	-	-	-	-	-
Eye movement desensitisa-tion and reprocessing (EMDR)	-	-	-	-	-	-	-	2
Familieterapi	1	-	-	-	-	-	-	3
Fedmekirurgi (bariatric sur-gery)	-	-	1	-	-	-	-	-
Focal- dynamic psychot-herapy	-	-	-	-	-	-	-	-
Interpersonlig terapi	-	-	-	-	-	-	-	6
Ikke-invasiv nevrostimule-ring	3	1	4	5	-	-	-	4
Involvering av likepersoner	-	-	-	-	-	-	-	1

Kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser (KAT-S), kognitiv terapi for spiseforstyrrelser	3	1	3	5	-	-	-	27
Kognitiv dissonansterapi	-	-	-	-	-	-	-	-
Kognitiv remedierende terapi	2	-	-	-	-	-	-	1
Komplementær/ alternativ behandling	2	-	-	-	-	-	-	-
Kunst- og uttrykksterapi	-	-	-	-	-	-	-	5
Maudsley modell for voksne med anoreksi, mantra	-	-	-	-	-	-	-	1
Maudsleymodellen, familiebasert tilnærming for spiseforstyrrelser, familiebasert terapi for spiseforstyrrelser (FBT)	1	-	-	-	-	-	-	7
Medfølelsesfokustert terapi (CFT-E)	-	-	-	-	-	-	-	3
Mentaliseringsbasert terapi (MBT ED)	-	-	-	-	-	-	-	1
Metakognitiv terapi	-	-	-	-	-	-	-	-
Mindfulnessbasert terapi	-	-	-	2	-	-	-	-
Motivasjonsbasert terapi	-	-	-	-	-	-	-	2
Narrativ terapi	-	-	-	-	-	-	-	1
Overgang fra barn til voksenbehandling	-	-	-	-	-	-	-	1
Ped-t, trenings- og kostholds-terapi	-	-	-	-	-	-	-	-
Fysioterapi for spiseforstyrrelser, fysiske terapiformer og treningsterapi	4	-	1	2	-	-	-	3
Psykologisk behandling/ psykologiske intervensjoner	1	-	-	-	-	-	-	3
Psykodynamisk terapi	1	-	-	-	-	-	-	5
Psykoedukasjon	-	-	-	-	-	-	-	6
Psykoterapi	-	-	-	1	-	1	-	4
Psykomotorisk terapi	-	-	-	-	-	-	-	1
Selvhjelp / Selvstyrt	-	-	-	1	-	-	-	5
Selvmedfølelsetiltak	-	-	-	-	-	-	-	1
Sosiale tiltak	-	-	-	-	-	-	-	2
Spesialisert støttende klinisk behandling (SSCM)	1	-	-	-	-	-	-	-
Temperamentsbasert terapi med støtte (TBT-S)	-	-	-	-	-	-	-	-
Tilrettelegging rundt måltid	-	-	-	-	-	-	-	1
Tvangsbehandling	-	-	-	-	-	-	-	1
Tverrfaglig behandling/tilnærming/team	-	-	-	-	-	-	-	3
Utendørsterapi	-	-	-	-	-	-	-	-
Vektintervensjoner	-	-	-	1	-	-	-	-
Virtuell virkelighet (VR)	3	1	3	3	-	-	-	4
Legemiddelbehandling	2	-	6	4	-	-	-	4

Antidepressiva inkl. SSRI (feks Fluoxetin)	1	-	3	5	-	-	-	1
Antipsykotika (feks Olanzapin, Quetiapin, Risperidon, Haloperidol)	2	-	1	1	-	-	-	-
Cannabisbaserte behandlinger	2	-	-	-	-	-	-	3
GLP-1 agonister	-	-	-	2	-	-	-	-
Ketamin	-	-	-	-	-	-	-	5
Metformin	-	-	-	-	-	-	-	-
Psykedelika (LSD)	-	-	-	-	-	-	-	1
Sentralstimulerende midler (feks Lisdexamfetamin)	1	-	2	2	-	-	-	2
Vektreduserende legemidler	-	-	-	1	-	-	-	-
Annet	3	-	-	-	-	-	-	3

Tabell 2 viser tydelig at det er flere av de relevante behandlingene for spiseforstyrrelser som ikke er oppsummert og vurdert i en oppdatert systematisk oversikt, det betyr at for disse tiltakene så vet vi ikke om de er effektive for behandling av spiseforstyrrelser, vi vet ikke engang om det finnes studier som har vurdert de behandlingene:

- Adolescent focused therapy (FT)
- Body project behandling
- Eksponeringsterapi
- Emosjonsfokusert familieterapi for spiseforstyrrelser (EFT)
- Emosjonsfokusert terapi
- Exposure and response prevention for AN (AN-EXRP)
- Focal- dynamic psychotherapy
- Kognitiv dissonansterapi
- Metakognitiv terapi
- Ped-t, trenings- og kostholdsterapi
- Temperamentsbasert terapi med støtte (TBT-S)
- Utendørsterapi
- Metformin

Det var flere behandlinger vi fant (og som er listet i tabell 2) som ikke sto på den forhåndsbestemte listen (inklusionskriteriene), men som vi inkluderte allikevel for det var uttrykt interesse for å få et helhetsbilde av hva som er tilgjengelig behandling generelt for personer med spiseforstyrrelser. De behandlingene som ikke sto på listen:

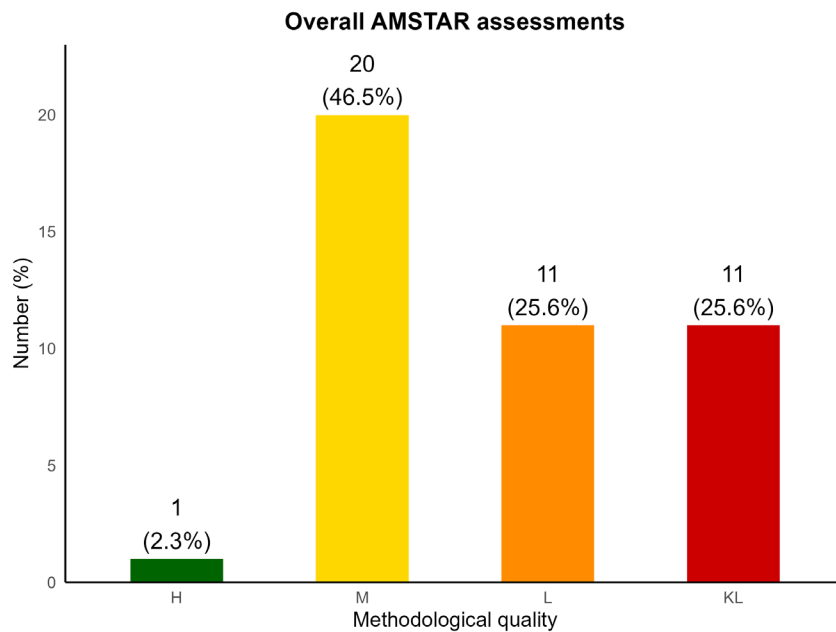
- Behandling mot ruminering
- Dyp hjernestimulering
- Nettbaserte tiltak/e-helse
- Eksponering og responsprevensjon (ERP) for anoreksi
- Eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR)
- Fedmekirurgi (bariatric surgery)
- Ikke-invasiv nevrostimulering
- Involvering av likepersoner
- Kognitiv dissonansterapi
- Kognitiv remedierende terapi

- Komplementær/ alternativ behandling
- Mindfulnessbasert terapi
- Narrativ terapi
- Overgang fra barn til voksenbehandling
- Psykologisk behandling/psykologiske tiltak
- Psykoedukasjon
- Psykoterapi
- Selvhjelp / Selvstyrt
- Selvmedfølelsetiltak
- Sosiale tiltak
- Tilrettelegging rundt måltid
- Tvangsbehandling
- Vektintervensjoner
- Virtuell virkelighet (VR)
- Cannabisbaserte behandlinger
- Psykedelika (LSD)
- Vektreduserende legemidler
- Annet

Metodisk kvalitet i de inkluderte systematiske oversiktene

Vi vurderte den metodiske kvaliteten på de prioriterte systematiske oversiktene. Vi benyttet AMSTAR-2 slik beskrevet i tabell 1, og videreformidler resultatene fra oversiktene som skåret høy eller moderat metodisk kvalitet. Våre AMSTAR-2 vurderinger er presentert i vedlegg 2.

Blant de 43 systematiske oversiktene som vi vurderte, var det 1 av høy, 20 av moderat, 11 av lav og 11 av kritisk lav metodisk kvalitet (Figur 4). Mange systematiske oversikter ble ikke kvalitetsvurdert fordi behandlingene allerede var dekket av en nyere systematisk oversikt av høy eller moderat metodisk kvalitet. Alle de inkluderte systematiske oversiktene er listet i vedlegg 2, og de som ble prioritert og som er kvalitetsvurdert (og hvilken kvalitetskategori de ble vurdert til) er i vedlegg 4.

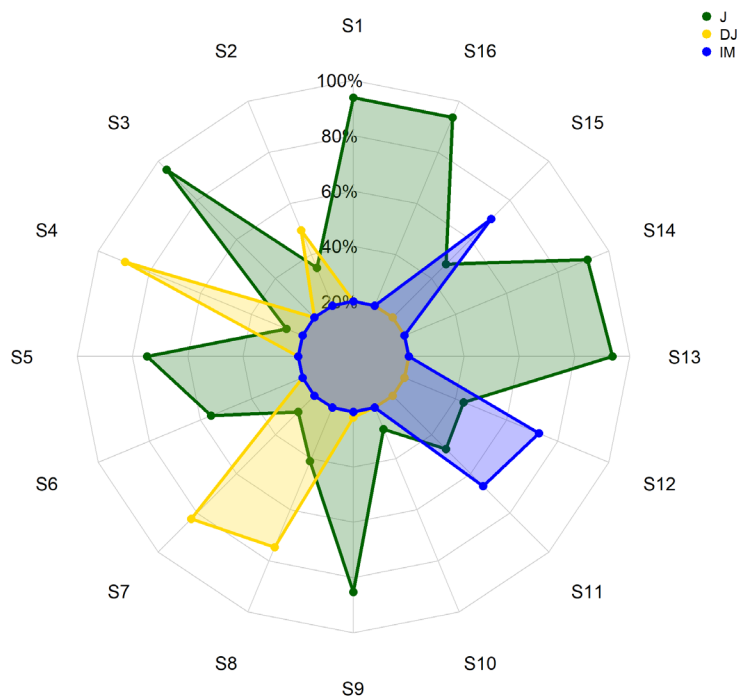


Figur 4. Oversikt over den metodiske kvaliteten ved de systematiske oversiktene ($k = 43$)

Søylediagrammet (Bar-grafen) viser fordelingen av den metodiske kvaliteten i de 43 prioriterte systematiske oversiktene, der: H = Høy (grønn); M = Moderat (gul/gull); L = Lav (oransje); KL = Kritisk lav (rød).

De prioriterte oversiktene skåret lavt på AMSTAR-spørsmålene om rapportering av prosjektplan (sp. 2) og rapportering av finansieringskilder for de inkluderte studiene (sp.10). Få systematiske oversikter oppnådde en komplett rapportering av kritiske domener som litteratursøk (sp. 4), beskrivelse av de ekskluderte studiene (sp. 7), og vurderinger av rapporteringsskjevheter (small study effects; sp. 15). Vesentlige metodiske svakheter ble observert i de systematiske oversiktene som utførte metaanalyser (sp. 11 og 12). Tabell 1 ovenfor viser alle spørsmålene i AMSTAR-2-sjekklisten.

Metodologisk kvalitet ved de prioriterte systematiske oversiktene (AN, AnS, BN)



Figur 5. Radar plot for AMSTAR ved alle de prioriterte oversiktene ($k = 43$). Prosentandelen av systematiske oversikter som ble vurdert som 'Ja' (grønt = Høy kvalitet/oppfylt) og 'Delvis Ja' (gult/gull = delvis oppfyllelse) i hvert spørsmål i AMSTAR 2-sjekklisten er vist i figur 5. I tillegg viser figuren prosentandelen oversikter hvor forfatterne anså en metaanalyse som ikke fornuftig (dvs. ingen metaanalyse, IM, blå). En "ideell" systematisk oversikt vil ha en stor, sirkulær og grønn form i diagrammet. En liten grønn linje betyr at få systematiske oversikter skåret positivt i ett AMSTAR-spørsmål (f.eks., skåret mindre enn 40 % av de inkluderte systematiske oversiktene positivt i spørsmål 2, som handler om hvorvidt oversiktens metoder ble fastsatt på forhånd i en protokoll).

Presentasjon av resultater

Når vi presenterer resultatene videre i denne rapporten så har vi måttet ta noen pragmatiske grep. Behandlingsformene er presentert i alfabetisk rekkefølge. Ofte er to eller flere behandlinger sammenlignet i den samme systematiske oversikten, og da er det ikke enkelt å plassere informasjonen. Vi har valgt å presentere resultatene under overskriften til den behandlingsformen som er presentert som intervensjon/tiltak i den systematiske oversikten som vi henter informasjonen fra, og så bare nevne under den andre behandlingsgruppen at det finns og hvor (referere til uten å gjenta resultatene flere steder), det medfører at én systematisk oversikt nevnes flere steder.

Aksept- og forpliktelsesterapi (ACT)

Aksept- og forpliktelsesterapi (ACT) fokuserer på prosessen med å godta uønskede tanker og følelser, og å delta aktivt i sitt eget liv på tross av disse. Målet er ikke å fjerne ubehagelige opplevelser, men øke ens psykologiske fleksibilitet slik at man kan leve i tråd med egne verdier.

De to prioriterte systematiske oversiktene, Onnink 2022 (søk januar 2022) omhandler ACT behandling for alle spiseforstyrrelser, men ble vurdert til lav metodisk kvalitet. Den andre, Harris 2020 (søkedato ikke oppgitt) omhandler mental helse spesielt hos barn og ungdom, men ble vurdert til kritisk lav metodisk kvalitet (vedlegg 4).

Selv om vi ikke oppsummerer og videreformidler resultater fra oversikter med lav/kritisk lav kvalitet så nevner vi at de (Onnink og Harris) identifiserte og inkluderte studier. En av de inkluderte studiene i begge artikler omhandler barn og ungdom. Oversikten av Onnink beskrev i tillegg flere RCTer.

Vi har ikke identifisert systematiske oversikter av høy/moderat metodisk kvalitet som svarer direkte på vårt forskningsspørsmål og er derfor usikre på effekten av ACT til behandling for spiseforstyrrelser.

Dialektisk atferdsterapi for spiseforstyrrelser (RO DBT)

Dialektisk atferdsterapi (DBT) ble utviklet for personer med emosjonell underkontroll, som strever med å regulere følelser og impulser. Senere ble radikal åpen dialektisk atferdsterapi (RO-DBT) etablert for lidelser preget av overdreven selvkontroll, hvor man legger vekt på å fremme åpenhet, fleksibilitet og sosial tilknytning. To av de fire prioriterte systematiske oversiktene ble vurdert til moderat metodisk kvalitet.

Radikal åpen dialektisk atferdsterapi til behandling for spiseforstyrrelser

Den nyeste systematiske oversikten med litteratursøk i januar 2024, Hatoum og medarbeidere 2024, er av moderat metodisk kvalitet og omhandler all behandling av diagnostiserte psykologiske tilstander og symptomatologi med radikal åpen dialektisk atferdsterapi. Hatoum og medarbeidere 2024 fant ingen studier med kontrollgruppe som hadde undersøkt effekten av behandling med RO DBT for spiseforstyrrelse.

Oppsummert: Det mangler informasjon om radikal åpen dialektisk atferdsterapi er effektiv som behandling for spiseforstyrrelser.

Dialektisk atferdsterapi til behandling for spiseforstyrrelser

Den nest nyeste systematiske oversikten med litteratursøk i mai 2023, Ladron-Arana og medarbeidere 2023, er av moderat metodisk kvalitet. Ladron-Arana og medarbeidere 2023 omhandler undervisningstiltak (educational interventions) gitt til ungdom (12 til 18 år) som behandling for spiseforstyrrelser. Ladron-Arana og medarbeidere 2023 fant ingen studier med kontrollgruppe som hadde undersøkt effekten av dialektisk atferdsterapi som undervisningstiltak ved behandling for spiseforstyrrelse.

Oppsummert: Det mangler informasjon om dialektisk atferdsterapi som undervisningstiltak er effektiv som behandling for spiseforstyrrelser.

e-helse/Nettbaserte tiltak

I denne rapporten forstås nettbaserte tiltak som behandling for spiseforstyrrelse og spiseforstyrrelsessymptomer over internett, enten via PC, mobil eller andre digitale verktøy.

Den nyeste systematiske oversikten som omhandler nettbasert behandling for spiseforstyrrelser, Gentile og medarbeidere 2024 har litteratursøk i mai 2024, og ble vurdert til moderat metodisk kvalitet. Gentile og medarbeidere 2024 omhandler effekten av ikke-veiledet nettbasert selvhjelps-plattformer levert via pc, for å sikre design og funksjonalitet som ikke er tilgjengelig/samme i for eksempel mobiltelefoner. Oversikten omhandler både forebygging, sekundærforebygging og behandling for spiseforstyrrelser. Én RCT hadde sett på behandling for overspisingsslidelse.

Nettbasert kognitiv atferdsterapi (ICBT) og psykoedukasjon sammenlignet med venteliste for overspisingsslidelse

Den ene relevante RCTen inkluderte 154 personer med overspisingsslidelse, gjennomsnittsalder 36 år, 96 % kvinner. Intervensjonen var 12 uker med psykoedukasjon og ICBT, som er en nettbasert kognitiv atferdsterapi gitt via en app som heter Selfapy. Psykoedukasjonen omhandlet spiseatferd, negative tanker, emosjonsregulering, stresshåndtering og selvfølelse samt tilstedeværelse, forebygging av tilbakefall og vektkontroll. Kontrollgruppen var på venteliste (tabell 3).

Tabell 3. Oppsummeringstabell Nettbasert kognitiv atferdsterapi og psykoedukasjon sammenlignet med venteliste (var rapportert uklart i oversikten så vi har hentet noe informasjon direkte fra den gjeldende studien).

Nettbasert kognitiv atferdsterapi og psykoedukasjon sammenlignet med venteliste for behandling av overspisingsslidelse

Populasjon: Voksne deltakere, 96 % kvinner
Setting: Tyskland
Tiltak: Nettbasert kognitiv atferdsterapi og psykoedukasjon
Sammenligning: Venteliste

Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Vente- liste	Nettbasert kognitiv atferdsterapi og psyko-edukasjon	Forskjell SMD (95 % KI)	
Spiseforstyrrelsesatferd målt som antall overspisingsepisoder. 154 (1 RCT)		-	-	-0.79 (-1.17 til -0.42)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsesatferd (eating pathology). 154 (1 RCT)		-	-	-0.71 (-1.07 til -0.35)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Depressive symptomer. 154 (1 RCT)		-	-	-0.49 (-0.86 til -0.12)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Angst symptomer. 154 (1 RCT)		-	-	-0.37 (-0.67 til -0.07)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}

Vansker med emosjonsregulering. 154 (1 RCT)	-	-	-0.36 (-0.65 til -0.07)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Uønskede hendelser	Ikke rapportert			
Livskvalitet målt som velvære 154 (1 RCT)	-	-	0.38 (0.01 - 0.75)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Livskvalitet målt som selvtilitt 154 (1 RCT)	-	-	0.36 (0.13 til 0.59)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Livskvalitet målt som arbeidskapasitet 154 (1 RCT t	Ikke signifikant			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Frafall	Ikke rapportert			

^a Risiko for systematiske skjevheter, ^b Kun en liten studie og selve resultatene sparsommelig rapportert

GRADE Working Group grades of evidence

High certainty: we are very confident that the true effect lies close to that of the estimate of the effect.

Moderate certainty: we are moderately confident in the effect estimate: the true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different.

Low certainty: our confidence in the effect estimate is limited: the true effect may be substantially different from the estimate of the effect.

Very low certainty: we have very little confidence in the effect estimate: the true effect is likely to be substantially different from the estimate of effect.

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til effektestimatene og er derfor usikre på hvordan 12 uker nettbasert kognitiv atferdsterapi og psykoedukasjon påvirker antall overspisningsepisoder, spiseforstyrrelsesatferd, depresjon, angst, emosjonsregulering, velvære, selvtilitt og arbeidskapasitet sammenlignet med venteliste. Det mangler informasjon om nettbasert kognitiv atferdsterapi og psykoedukasjon påvirker uønskede hendelser og frafall sammenlignet med venteliste.

Nettbasert selvhjelp

Selvhjelp innebærer at en person selv tar i bruk bøker eller digitale verktøy for å styrke egen mestring av symptomer og utfordringer, med eller uten støtte fra helsepersonell.

Én systematisk oversikt av moderat metodisk kvalitet omhandler veiledet eller ikke-veiledet selv-hjelps-tiltak til unge mellom 13 og 24 år til forebygging og behandling for spiseforstyrrelser (O'Mara 2023 med litteratursøk i mai 2021). Selv-hjelps-tiltak inkluderer hjelp gitt i bokformat og eller via internett, og de inkluderte også selv-hjelps-tiltak som i tillegg hadde under seks timers veiledning av profesjonell person der hvert møte varte under 30 min. To av studiene i oversikten omhandler behandling for spiseforstyrrelser.

Ukentlig nettbasert veiledet selvhjelpsintervensjon sammenlignet med familieterapi

En studie fra Storbritannia med 85 unge, 98 % kvinner, mellom 13 og 20 år ga et selvhjelpsprogram som de kaller 'Getting better bite by bite' over 10 ukentlige nettbaserte møter sammenlignet med familieterapi (tabell 4). Spiseforstyrrelsessymptomer ble målt ved hjelp av spørreskjemaet EDE-Q. Studien var vurdert til å ha noen bekymringer knyttet til risiko for systematiske skjevheter.

Tabell 4. Oppsummeringstabell Nettbasert veiledet selvhjelpsintervensjon sammenlignet med familieterapi for unge personer med spiseforstyrrelse

Ukentlig nettbasert veiledet selvhjelpsintervensjon sammenlignet med familierapi for behandling av spiseforstyrrelser

Populasjon: Unge personer med spiseforstyrrelser

Setting: Storbritannia

Intervensjon: Ukentlige nettbasert veiledet selvhjelpsintervensjon

Sammenligning: Familierapi

Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Familie- terapi	Ukentlig nettbasert veiledet selvhjelps- intervensjon	Forskjell	
Spiseforstyrrelsesatferd	-	Ikke rapportert			-
Spiseforstyrrelsessymptomer etter 10 ukers tiltak (EDE-Q). 85 (1 RCT)	Rapporterer at nettbasert veiledet selvhjelpsintervensjon førte til færre overspisingsepisoder og liknende reduksjon i oppkast som familierapi			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}	
Spiseforstyrrelsessymptomer ved oppfølging, men oppfølgingstid ikke oppgitt. 85 (1 RCT)	Det ble rapportert færre overspisingsepisoder og oppkast hos de som fikk familierapi enn de som mottok nettbasert veiledet selvhjelpsintervensjon			⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}	
Uønskede hendelser	-	Ikke rapportert			-
Livskvalitet	-	Ikke rapportert			-
Frafall/ikke-fullført behandling	-	Ikke rapportert			-

^aHøy risiko for systematiske skjevheter, ^bKun en liten studie, ^cOppfølgingstid var ikke oppgitt

GRADE Working Group grades of evidence

High certainty: we are very confident that the true effect lies close to that of the estimate of the effect.

Moderate certainty: we are moderately confident in the effect estimate: the true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different.

Low certainty: our confidence in the effect estimate is limited: the true effect may be substantially different from the estimate of the effect.

Very low certainty: we have very little confidence in the effect estimate: the true effect is likely to be substantially different from the estimate of effect.

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til effektestimaterne og er derfor usikre på hvordan 10 uker med ukentlige nettbasert veiledet selvhjelpsintervensjon påvirker spiseforstyrrelsessymptomer sammenlignet med familierapi. Det mangler informasjon om ukentlige nettbasert veiledet selvhjelpsintervensjon sammenlignet med familierapi påvirker spiseforstyrrelsesatferd, uønskede hendelser, livskvalitet og frafall.

Nettbasert kognitiv atferdsterapi sammenlignet med venteliste

En studie fra USA som ble publisert i 2001 involverte 62 unge kvinner mellom 17 og 24 år, 'Student bodies software' ble sammenlignet med venteliste. Spiseforstyrrelsessymptomer ble målt ved hjelp av spørreskjemaet EDE-Q. Studien var vurdert til å ha noen bekymringer knyttet til risiko for systematiske skjevheter. Det var ikke utført separate analyser for forebygging og behandling ved slutten av tiltaket, men alle rapporterte samme konklusjon (tabell 5).

Tabell 5. Oppsummeringstabell Nettbasert kognitiv atferdsterapi sammenlignet med venteliste for unge kvinner med spiseforstyrrelse

Nettbasert kognitiv atferdsterapi sammenlignet med venteliste for behandling av spiseforstyrrelser

Populasjon Unge personer med spiseforstyrrelser
Setting: USA
Intervensjon: Nettbasert kognitiv atferdsterapi
Sammenligning: Venteliste

Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Venteliste	Nettbasert kognitiv at- ferdsterapi	Forskjell	
Spiseforstyrrelsesatferd	-	Ikke rapportert			-
Spiseforstyrrelsessymptomer (EDE-Q). 62 (1 RCT)	Rapporterer en veldig liten reduksjon i spiseforstyrrelsessymptomer etter nettbasert tiltak			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}	
Uønskede hendelser	Ikke rapportert			-	
Livskvalitet	Ikke rapportert			-	
Frafall/ikke-fullført behandling	Ikke rapportert			-	

^aHøy risiko for systematiske skjevheter, ^bKun en liten studie, ^cOppfølgingstid var ikke oppgitt

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til effektestimatene og er derfor usikre på hvordan nettbasert kognitiv atferdsterapi påvirker spiseforstyrrelsessymptomer sammenlignet med venteliste. Det mangler informasjon om ukentlige nettbasert kognitiv atferdsterapi sammenlignet med venteliste påvirker spiseforstyrrelsesatferd, uønskede hendelser, livskvalitet og frafall.

Emosjonsfokuset foreldreveiledning (EFST)

Emosjonsfokuset familierterapi er utviklet for å forbedre kommunikasjon og relasjon mellom foreldre og barn, gjennom arbeid med foreldrenes egne følelsesmessige responser og håndtering av barnets følelser. Terapien har som mål å fremme barnets emosjonelle kompetanse og styrke kvaliteten på foreldre-barn relasjonen. Vi fant ikke noen systematiske oversikter som spesifikt beskriver emosjonsfokuset foreldreveiledning, men oversikten under omhandler psykoedukasjon av pårørende og er klassifisert som beskrivende også for EFST.

Den nyeste systematiske oversikten om som inkluderer foreldreveiledning ble publisert av Di Lorenzo og medforfattere i 2024, med søk utført i 2023. Oversikten omhandler psykoedukasjon av pårørende til tenåringer og unge voksne med mentale lidelser. Oversikten er av moderat kvalitet og fant én RCT med 53 omsorgspersoner og 40 unge personer med spiseforstyrrelse, 91 % kvinner, gjennomsnittlig alder 24 år. Alle omsorgspersoner var familiemedlemmer. I studien ble terapi gitt poliklinisk (outpatient) over 6 måneder, som "skill-based workshop" eller psykoedukasjon. Det rapporteres effekt for pårørende av begge intervensjoner. Det rapporteres ikke om eventuelle forskjeller i effekt for pårørende av de to intervensjoner. For pasienter rapporteres bedring i spiseforstyrrelsesadferd (målt med Eating Attitudes Test-26). Tabell 6a oppsummerer dokumentasjonen om de unge personene med spiseforstyrrelse, og tabell 6b om deres pårørende.

Tabell 6a. Oppsummeringstabell for effekt på pasientene, 'Skill-based workshop' sammenlignet med psykoedukasjon for unge personer med spiseforstyrrelse

“Skill-based workshop” sammenliknet med psykoedukasjon for spiseforstyrrelser, unge personer med spiseforstyrrelse					
Populasjon: 40 pasienter med spiseforstyrrelse (og 53 av deres pårørende)					
Setting: Poliklinisk (Outpatient) i Indonesia					
Tiltak: “Skill-based workshop”					
Sammenligning: Psykoedukasjon					
Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Psyko- edukasjon	Skill-based workshop	Forskjell	
Spiseforstyrrelsessadferd.40 (1 RCT)	-	De rapporterer bedring i spiseforstyrrelsessadferd i gruppen med psykoedukasjon.			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsessymptom	-	Ikke rapportert			
Uønskede hendelser	-	Ikke rapportert			
Livskvalitet	-	Ikke rapportert			
Frafall		Ikke rapportert			
^a Risiko for systematiske skjevheter, ^b Kun en liten studie og selve resultatene sparsommelig rapportert					

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til resultatene og er usikre på hvordan 6 måneder med 'Skill-based workshop' påvirker spiseforstyrrelsessadferd sammenlignet med psykoedukasjon. Det mangler dokumentasjon om hvordan 'Skill-based workshop' sammenlignet med psykoedukasjon påvirker spiseforstyrrelsessymptomer, uønskede hendelser, livskvalitet og frafall.

Tabell 6b. Oppsummeringstabell for effekt på pårørende, 'Skill-based workshop' sammenlignet med psykoedukasjon for unge personer med spiseforstyrrelse

“Skill-based workshop” sammenliknet med psykoedukasjon for spiseforstyrrelser, Pårørende					
Populasjon: 53 pårørende til de 40 unge personene med spiseforstyrrelse					
Setting: Poliklinisk (Outpatient) i Indonesia					
Tiltak: “Skill-based workshop”					
Sammenligning: Psykoedukasjon					
Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Psyko-edu- kasjon	Skill-based workshop	Forskjell	
Spiseforstyrrelsessymptom, negative reaksjoner på sykdom, pårørendes opplevelse målt ved Family Questionnaire. 53 (1 RCT)	-	Rapporterer nedgang i negative reaksjoner på sykdom (illness) i begge grupper			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsessymptom, aksept av pasientens symptomer, pårørendes aksept målt ved Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders. 53 (1 RCT)	-	De rapporterer økt aksept for symptomer i begge grupper			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Uønskede hendelser	-	Ikke rapportert			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Livskvalitet, målt som velvære (General Health Questionnaire). 53 (1 RCT)	-	De rapporterer økt velvære i begge grupper			
Livskvalitet, målt som symptomer på angst og depresjon (HADS). 53 (1 RCT)	-	De rapporterer færre symptomer i begge grupper			
Livskvalitet,		Ikke rapportert			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Frafall		Ikke rapportert			
^a Risiko for systematiske skjevheter, ^b Kun en liten studie og selve resultatene sparsommelig rapportert					

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til resultatene og er usikre på hvordan pårørende reagerer på sykdomsforløpet og spiseforstyrrelsessymptomer hos de unge som de er pårørende til, og livskvalitet etter 6 måneder med 'Skill-based workshop' eller psykoedukasjon. Det mangler dokumentasjon om hvordan 'Skill-based workshop' og psykoedukasjon påvirker pårørendes reaksjoner på spiseforstyrrelsesatferd, eventuelle uønskede hendelser eller frafall fra behandling.

Ernæringsbehandling, ernæringsstøtte

Ernæringsbehandling innebærer å tilpasse ernæring basert på sykdomstilstand og behandlingsfase, med mål om å redusere angst knyttet til mat, normalisering av kostholdet og atferd rundt mat og måltider, samt normalisering av vekt. Ernæringsstøtte innebærer veiledning og støtte til både pasient og pårørende, særlig rundt måltidsituasjoner og den psykososiale konteksten rundt mat.

Den nyeste systematiske oversikten av moderat eller høy kvalitet var av Ellis og medarbeidere 2024 og hadde litteratursøk i januar 2024. Denne oversikten omhandler måltidsstøtte for personer med spiseforstyrrelser i alle aldergrupper. På grunn av sparsom og utydelig rapportering, sjekket vi to primærstudier for å bekrefte at de hadde kontrollgruppe og hvilken behandling både tiltaksgruppen og kontrollgruppen fikk. Den systematiske oversikten til Ellis og medarbeidere 2024 inkluderte to retrospektive studier med kontrollgruppe med totalt 160 pasienter. Begge studiene inkluderte pasienter med anoreksi, uspesifisert spiseforstyrrelse (EDNOS) og noen pasienter under utredning. Den ene studien (52 pasienter) inkluderte barn, ungdom og unge voksne i alderen 9.7 til 21.7 år, mens den andre (108 pasienter) rapporterte gjennomsnittsalderen i tiltaksgruppen til 15 år, og gjennomsnittsalderen til kontrollgruppen som 17 år. I begge studiene var flesteparten kvinner (89 til 96 %). Måltidsstøtten var beskrevet som en modifisering av Maudsley-modellen for familieterapi, gitt av behandlingspersonell.

Ellis og medarbeidere 2024 fant én studie med 108 pasienter som sammenlignet pasienter som mottok måltidsstøtte fra innleggelse til utskrivelse med pasienter som fikk måltidsstøtte ved behov under sykehusoppholdet (tabell 7). Det er ikke rapportert hvor mange ganger pasientene fikk måltidsstøtte, noe som vanskeliggjør tolkning av resultatene.

Tabell 7. Oppsummeringstabell Måltidsstøtte fra innleggelse til utskrivelse sammenlignet med måltidsstøtte gitt ved behov under sykehusoppholdet

Måltidsstøtte fra innleggelse til utskrivelse sammenlignet måltidsstøtte gitt ved behov under innleggelse

Populasjon: Barn, ungdom og unge voksne i alderen 9.7 til 21.7 år med anoreksi, uspesifisert spiseforstyrrelse (EDNOS) eller under utredning, 56 personer i intervensjonsgruppe (89 % kvinnelig kjønn) og 52 personer i sammenligningsgruppen (96 % kvinnelig kjønn)

Setting: Barnesykehus, USA

Tiltak: Måltidsstøtte fra innleggelse til utskrivelse

Sammenligning: Måltidsstøtte gitt ved behov under sykehusoppholdet

Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Måltidsstøtte ved behov under syke- husoppholdet	Måltidsstøtte fra innleggelse til utskrivelse	Forskjell	
Spiseforstyrrelsesatferd	-	Ikke rapportert			⊕○○○ Svært lav ^a
Spiseforstyrrelsessymptomer målt som vektoppgang. 108 (1 studie)	-	De rapporterer ingen signifikante forskjeller			
Spiseforstyrrelsessymptomer målt som elektrolyttnivåer. 108 (1 studie)	-	De rapporterer ingen signifikante forskjeller			
Spiseforstyrrelsessymptomer målt som vitale tegn. 108 (1 studie)	-	De rapporterer ingen signifikante forskjeller			
Spiseforstyrrelsessymptomer målt som liggetid. 108 (1 studie)	-	Rapporterte kortere liggetid på sykehuset for de som mot- tok måltidsstøtte fra innleggelse til utskrivelse			
Uønskede hendelser	-	Ikke rapportert			
Livskvalitet	-	Ikke rapportert			
Frafall	-	Ikke rapportert			

^a Kun en liten studie og selve resultatene sparsommelig rapportert

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til resultatene og er derfor usikre på hvordan måltidsstøtte fra innleggelse til utskrivelse påvirker vektoppgang, elektrolyttnivåer, vitale tegn og liggetid sammenlignet med måltidsstøtte gitt ved behov under sykehusoppholdet. Det mangler informasjon om spiseforstyrrelsesatferd, uønskede hendelser, livskvalitet og frafall.

Ellis og medarbeidere 2024 fant én studie som sammenlignet pasienter som mottok måltidsstøtte minst en gang i løpet av sykehusoppholdet med pasienter som ikke mottok måltidsstøtte (tabell 8). Det er ikke rapport hvor mange ganger pasientene fikk måltidsstøtte, noe som vanskeliggjør tolkning av resultatene.

Tabell 8. Oppsummeringstabell Måltidsstøtte under sykehusoppholdet sammenlignet med ingen måltidsstøtte under sykehusoppholdet

Måltidsstøtte under sykehusoppholdet sammenlignet med ingen måltidsstøtte under sykehusoppholdet					
Populasjon: Pasienter med anoreksi, uspesifisert spiseforstyrrelse (EDNOS) eller under utredning, 96 % kvinnelig kjønn					
Setting: Barnesykehus, USA					
Tiltak: Måltidsstøtte under sykehusoppholdet					
Sammenligning: Ingen måltidsstøtte under sykehusoppholdet					
Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Måltidsstøtte ved behov under syke- husoppholdet	Måltidsstøtte fra innleggelse til utskrivelse	Forskjell	
Spiseforstyrrelsesatferd	-	Ikke rapportert			

Spiseforstyrrelsesatferd målt som vektoppgang. 52 (1 studie)	-	Rapporterte økt vekt blant de som fikk måltidsstøtte	⊕○○○ Svært lav ^a
Spiseforstyrrelsessymptomer målt som bradykardi. 52 (1 studie)	-	Rapporterer redusert bradykardi blant de som fikk måltidsstøtte	⊕○○○ Svært lav ^a
Spiseforstyrrelsessymptomer målt som liggetid. 52 (1 studie)	-	Rapporterte kortere liggetid blant de som fikk måltidsstøtte	⊕○○○ Svært lav ^a
Uønskede hendelser	-	Ikke rapportert	
Livskvalitet	-	Ikke rapportert	
Frafall	-	Ikke rapportert	

^a Kun en liten studie og selve resultatene sparsommelig rapportert

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til resultatene og er derfor usikre på hvordan måltidsstøtte påvirker vektoppgang, bradykardi (langsom hjerterefrekvens) og liggetid sammenlignet ingen måltidsstøtte under sykehusoppholdet. Det mangler informasjon om spiseforstyrrelses atferd, uønskede hendelser, livskvalitet og frafall.

Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR)

Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) er en terapiform som bruker øyebevegelser, eventuelt kombinert med visuell, auditiv eller taktil stimuli, sammen med psykoedukasjon for å bearbeide og redusere ubehaget knyttet til belastende opplevelser eller følelser.

To systematiske oversikter omhandler EMDR, men de ble vurdert til lav og kritisk lav metodisk kvalitet ved AMSTAR-2. Vi nevner at den nyeste av dem med søk i august 2024 fant to studier med kontrollgruppe.

Vi har ikke identifisert systematiske oversikter av høy eller moderat metodisk kvalitet som vurderer effekten av EMDR, vi vet derfor ikke om EMDR er en effektiv behandling for spiseforstyrrelser.

Involvering av likepersoner

Involvering av likeperson innebærer å etablere kontakt mellom pasient og en person med selvløst erfaring med spiseforstyrrelse, enten som tidligere pasient eller som pårørende.

En systematisk oversikt omhandlet involvering av likepersoner, men ble vurdert til kritisk lav metodisk kvalitet ved AMSTAR-2.

Vi har ikke identifisert systematiske oversikter av høy eller moderat metodisk kvalitet som vurderer effekten av å involvere likepersoner i behandling for spiseforstyrrelser, vi vet derfor ikke om det er effektivt å involvere likepersoner i behandling for spiseforstyrrelser.

Kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser (KAT-S), kognitiv terapi for bulimi

Kognitiv terapi for spiseforstyrrelser konsentrer seg om tanker og oppfatninger og hvordan disse påvirker og opprettholder uhensiktsmessig adferd, og arbeidet med å endre disse mønstrene.

Den nyeste oversiktsartikkelen med moderat eller høy kvalitet som vi identifiserte om kognitiv atferdsterapi hos voksne med spiseforstyrrelse var av Cuijpers og medarbeidere 2024 (litteratursøk i januar 2024). De inkluderte 36 RCTer med totalt 2809 voksne personer (flesteparten kvinner), alle de inkluderte studiene var gjennomført i Europa, Australia eller Nord-Amerika. Av disse omhandlet 22 overspisingslidelse, 11 bulimi, 1 anoreksi og 2 blandet spiseforstyrrelse. Kontrollgruppene kunne være venteliste, annen “standard” behandling eller ikke-strukturerte inaktive kontroll-grupper. Cuijpers og medarbeidere 2024 rapporterte ikke om behandlingssammenligninger som kun var undersøkt av tre eller færre studier. Det ble foretatt meta-analyser og rapportert resultater for henholdsvis voksne personer med bulimi og overspisingslidelse.

Det er ikke tydelig rapportert om hvilke av de 11 studiene som omhandler behandling for bulimi hos voksne som har hvor mange sammenligninger eller hvilke utfall de rapporterer på (tabell 9). Kun antall sammenligninger som er inkludert i analyser er oppgitt uten å si hvilke studier de tilhører. Dette medfører at vi er usikre på hvor mange studier og hvor mange personer som er inkludert i vurdering for hvert utfall. Når vi ikke vet hvilke studier som resultatene kommer fra så blir det også umulig å vite hvor stor/liten risiko for skjevheter som resultatene må tolkes i lys av. Dette skaper usikkerhet og påvirker selvfølgelig vår vurdering av tillit til effektestimatene.

Tabell 9. Oppsummeringstabell Kognitiv atferdsterapi sammenlignet med venteliste eller annen ‘standard behandling’ for behandling for bulimi hos voksne

Kognitiv atferdsterapi som behandling for bulimi hos voksne					
Populasjon: Voksne (over 18 år) med Bulimia Nervosa. 90 % av studier fokuserte på aldergruppen yngre enn 30 år. Alle studier hadde mellom 90-100 % kvinneandel. Setting: De fleste studier (73%) rekrutterte fra utenfor sykehus (community), 9 % fra sykehus og 18 % ikke rapportert. Tiltak: Kognitiv adferdsterapi Sammenligning: Kontroll (90% av studier det refereres til her benyttet venteliste som kontroll. Enkelte studier benyttet annen “standard” behandling eller ikke-strukturerte inaktive kontroll-grupper)					
Utfall Antall deltakere (antall studier)	N sammenligninger analysen bygger på	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Venteliste, vanlig behandling eller annen behandling	Kognitiv atferdsterapi	Forskjell SMD (95 % KI)	
Spiseforstyrrelsesatferd (overspisingsepisoder)	8	-	-	0.52 (0.26 til 0.77)	⊕⊕○○ Lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsesatferd, renselse (purging)	5	-	-	0.61 (0.13 til 1.08)	⊕⊕○○ Lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsesadferd, oppkast	8	-	-	0.61 (0.19 til 1.02)	⊕⊕○○ Lav ^{a,b}
Depresjon	7	-	-	0.85 (0.22 til 1.48)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}

Spiseforstyrrelsessymptom, bekymring for utseende	3	-	-	0.87 (-0.03 til 1.77)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsessymptomer, bekymring for vekt	4	-	-	0.65 (0.05 til 1.24)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsessymptomer, restriktiv spiseatferd (restraint)	4			0.67 (-1,01 til 2.35)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}
Uønskede hendelser	-	Ikke rapportert			
Livskvalitet, målt som livskvalitet (quality of life)	3		-	0.24 (-1.3 til 1.77)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}
Livskvalitet, målt som selvtillit	4			0.74 (0.15 til 1.33)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Frafall	-	Ikke rapportert			

^a Usikkerhet omkring risiko for systematiske skjevheter og usikkerhet om direktehet da flere forskjellige kontrollgrupper er/kan være sammenslått, ^b Usikkerhet om presisjon grunnet få studier og sparsom rapportering ^c Heterogenitet $I^2 > 65$.

Oppsummert: Vi har lav tillit til tre av effektestimatenene, det er mulig at kognitiv atferdsterapi reduserer antall overspisingsepisoder, kompenserende atferd, og oppkast sammenlignet med venteliste, vanlig behandling eller annen behandling. Vi har svært lav tillit til effektestimatenene og er derfor usikre på hvordan kognitiv atferdsterapi påvirker bekymring for utseende, vekt og restriktiv spiseatferd, livskvalitet, depresjon og selvtillit sammenlignet med kontroll. Det mangler informasjon om uønskede hendelser og frafall.

Kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser (KAT-S), kognitiv terapi for overspisingsslidelser

Cuijpers og medforfattere 2024 inkluderte 22 studier om behandling for overspisingsslidelse. Kontrollgruppene kunne være venteliste, annen “standard” behandling eller ikke-strukturerte inaktive kontroll-grupper. Det er ikke tydelig rapportert om hvilke av de 22 studiene som omhandler hva. Kun antall sammenligninger som er inkludert i analyser er oppgitt uten å si hvilke studier de tilhører. Dette medfører at vi er usikre på hvor mange studier og hvor mange personer som er inkludert i vurdering for hvert utfall. Når vi ikke vet hvilke studier som resultatene kommer fra så blir det også umulig å vite hvor stor/liten risiko for skjevheter som resultatene må tolkes i lys av. Dette skaper usikkerhet og påvirker selvfølgelig vår vurdering av tillit til effektestimatenene (tabell 10).

Tabell 10. Oppsummeringstabell Kognitiv atferdsterapi sammenlignet med venteliste eller annen ‘standard behandling’ for behandling for overspisingsslidelse hos voksne

Kognitiv atferdsterapi sammenlignet med venteliste, vanlig behandling eller annen behandling for overspisingsslidelse hos voksne				
Populasjon: Voksne (over 18 år) med overspisingsslidelse. 90% av studier fokuserte på aldergruppen yngre enn 30 år. Alle studier hadde mellom 90-100% kvinneandel. Setting: De fleste studier (73%) rekrutterte fra utenfor sykehus (community), 9 % fra sykehus og 18% ikke rapportert. Tiltak: Kognitiv atferdsterapi Sammenligning: Kontroll (90% av studier det refereres til her benyttet venteliste som kontroll. Enkelte studier benyttet annen “standard” behandling eller ikke-strukturerte inaktive kontroll-grupper)				
Utfall Antall deltakere (antall studier)	N sammenligninger	Forventede absolutte effekter (95 % KI)		GRADE
		Venteliste, vanlig	Kognitiv atferdsterapi	Forskjell SMD (95 % KI)

analysen bygger på	behand- ling eller annen behand- ling				
Spiseforstyrrelsesatferd (overspisingsepisode)	25	-	-	0.9 (0.68 til 1.13)	⊕⊕○○ Lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsessymptomer, bekym- ring for utseende	12	-	-	0.57 (0.31 til 0.83)	⊕⊕○○ Lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsessymptomer, bekym- ring for vekt	11	-	-	0.56 (0.28 til 0.85)	⊕⊕○○ Lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsessymptomer, restriktiv spiseatferd (restraint)	18	-	-	0.22 (-0.03 til 0.48)	⊕⊕○○ Lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsessymptomer, bekym- ring om spising (eating concerns)	10	-	-	0.70 (0.31 til 1.1)	⊕⊕○○ Lav ^{a,b}
Depresjon	19	-	-	0.37 (0.26 til 0.48)	⊕⊕⊕○ Moderat ^a
Spiseforstyrrelsessymptomer, KMI	17	-	-	-0.03 (-0.14 til 0.08)	⊕⊕⊕○ Moderat ^a
Uønskede hendelser	-	Ikke rapportert			
Livskvalitet, målt som livskvalitet (quality of life)	4	-	-	0.1 (-0.01 til 0.22)	⊕⊕○○ Lav ^{a,c}
Livskvalitet, målt som selvtillit	12	-	-	0.08 (-0.12 til 0.27)	⊕⊕○○ Lav ^{a,c}
Frafall	-	Ikke rapportert			

^a Usikkerhet omkring risiko for systematiske skjevheter og usikkerhet om direktet da flere forskjellige kontrollgrupper er/kan være sammenslått, ^b Heterogenitet $I^2 > 65$, ^c Usikkerhet om presisjon grunnet få studier og sparsom rapportering

Oppsummert: Vi har moderat tillit til to utfall, det er sannsynlig at kognitiv atferdsterapi gir bedring av depresjon og sannsynlig liten eller ingen endring i KMI sammenlignet med kontroll for voksne med overspisingsslidelse. Vi har lav tillit til sju av effektestimatene, det er mulig at kognitiv atferdsterapi reduserer antall overspisingsepisoder, bekymring for utseende, vekt og spising sammenlignet med kontroll for voksne personer med overspisingsslidelse. Det er mulig at kognitiv atferdsterapi har liten eller ingen påvirkning på, restriktiv spiseatferd, livskvalitet og selvtillit sammenlignet med venteliste, vanlig behandling eller annen behandling for voksne personer med overspisingsslidelse. Det mangler informasjon om uønskede hendelser og frafall.

Kognitiv atferdsterapi for barn og unge med anoreksi

I oversikten av Wergeland og medarbeidere fra 2025, søk desember 2023, om kognitiv atferdsterapi og familieterapi hos barn og unge, er studier uten kontrollgrupper inkludert i meta-analysen og disse tallene videreformidles ikke. Det ble identifisert 15 RCTer og disse inngår i en subanalyse som vi videreformidler (tabell 11) selv om vi er usikre på antall studier og antall personer med anoreksi som inngår i hver sammenligning.

Tabell 11. Oppsummeringstabell Kognitiv atferdsterapi + familieterapi sammenlignet med venteliste eller annen 'standard behandling' for anoreksi

Kognitiv atferdsterapi (KAT) og familieterapi som behandling for anoreksi hos barn og unge voksne

Populasjon: For rapporterte analyse var andelen jenter i originalstudiene omkring 90% både ved behandling for CBT og familieterapi, gjennomsnittlig (mean) alder var mellom 15 og 16 år sammenlignet med studier som omhandlet familieterapi. Øvre aldersgrense for pasienter inkludert i oversikten var 20 år.

Setting: Flere studier om CBT ble i utført i Europa (85%) sammenlignet med studier om familieterapi (36% i Europa).

Tiltak: Kognitiv adferdsterapi og familierapi
Sammenligning: venteliste eller annen behandling

Utfal	N sammenligninger analysen bygger på	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Venteliste, vanlig behandling eller annen behandling	Kognitiv atferdsterapi + familierapi	Forskjell SMD (95 % KI)	
Spiseforstyrrelsesatferd	-	-	-	-	⊕⊕○○ Lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsessymptomer (psykopatologi)	10	-	-	0.56 (0.33 - 0.78)	
Spiseforstyrrelsessymptomer, KMI	5	-	-	1.55 (0.79 - 2.0)	
Uønskede hendelser	-	Ikke rapportert			
Livskvalitet	-	Ikke rapportert			
Frafall	-	Ikke rapportert			
^a Usikkerhet omkring risiko for systematiske skjevheter og usikkerhet om direktet da flere forskjellige kontrollgrupper er/kan være sammenslått, ^b usikkerhet om presisjon grunnet få studier og sparsom rapportering					

Oppsummering: Vi har lav tillit til to av resultatene, det er mulig at kognitiv adferdsterapi og familierapi reduserer spiseforstyrrelsessymptomer og øker vekt hos barn og unge med anoreksi. Det mangler informasjon om spiseforstyrrelsesatferd, uønskede hendelser, livskvalitet og frafall.

Kognitiv atferdsterapi er også omhandlet under Nettbaserte tiltak: Nettbasert kognitiv atferdsterapi sammenlignet med venteliste for unge kvinner med spiseforstyrrelse, resultatene er presentert i tabell 5.

Kognitiv atferdsterapi tilpasset pasienter med anoreksi er omhandlet under SSCM: Spesialisert støttende klinisk behandling sammenlignet med kognitiv atferdsterapi tilpasset AN for voksne kvinner med alvorlig vedvarende AN som er presentert i tabell 17.

Kognitiv remedierende terapi

Der kognitiv adferdsterapi, som nevnt over, handler om hva man tenker og hvordan det påvirker adferd, omhandler kognitiv remedierende terapi (CRT) hvordan man tenker. Ved CRT søker man å trene opp mer fleksible kognitive prosesser.

Den nest nyeste systematiske oversikten ble vurdert til moderat metodisk kvalitet og hadde litteratursøk i mai 2023, Ladron-Arana og medarbeidere 2023, omhandler undervisningstiltak (educational interventions) gitt til ungdom (12 til 18 år) som behandling for spiseforstyrrelser. Ladron-Arana og medarbeidere 2023 fant én RCT som hadde undersøkt effekten av kognitiv remedierende terapi som undervisningstiltak sammenlignet med ikke-spesifisert kognitiv trening som behandling for spiseforstyrrelser. Stu-

dien inkluderer 56 deltakere og er utført på sykehus i Tyskland, tiltakene var gruppebasert og ble gitt i 10 sessions over fem uker, det var ikke oppgitt hvilke spiseforstyrrelsesdiagnoser deltakerne hadde (tabell 12).

Tabell 12. Oppsummeringstabell Kognitiv remedierende terapi sammenlignet med ikke-spesifisert kognitiv trening til behandling for spiseforstyrrelser.

Kognitiv remedierende terapi sammenlignet med ikke-spesifisert kognitiv trening for behandling av spiseforstyrrelser					
Populasjon: Unge kvinner 12 til 18 år Setting: Tyskland Tiltak: Kognitiv remedierende terapi Sammenligning: Ikke-spesifisert kognitiv trening					
Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Ikke-spesifisert kognitiv trening	Kognitiv remedierende terapi	Forskjell	
Spiseforstyrrelsesatferd	-	Ikke rapportert			
Spiseforstyrrelsessymptomer	-	Ikke rapportert			
Uønskede hendelser	-	Ikke rapportert			
Livskvalitet målt som kognitiv fleksibilitet (WSCT). 56 (1 RCT)		2,5 ±1,2	2,3 ±1,1	ns*	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Livskvalitet målt som Kognitiv funksjon (TMT-4). 56 (1 RCT)		11,2 ±0,6	11,8 ±0,5	ns*	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Livskvalitet målt som fleksibilitet i hverdagen (BRIEF-SR). 56 (1 RCT)	-	45,8 ±2,1	44,8 ±2,1	ns*	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Frafall/ikke fullført behandling	-	Ikke rapportert			

^a Risiko for systematiske skjevheter, subjektive utfallsmål uten blinding, ^b Kun en liten studie. *Rapportert ikke signifikant

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til effektestimatene og er derfor usikre på hvordan fem uker med ti undervisningsintervensjoner med kognitiv remedierende terapi påvirker livskvaliteten sammenlignet med ikke-spesifisert kognitiv trening. Det mangler informasjon om spiseforstyrrelsesatferd, spiseforstyrrelsessymptomer, uønskede hendelser og frafall.

MANTRA, behandlingsmodell for voksne med anoreksi

MANTRA (Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults) er en individuell behandlingsmodell med egen manual, spesifikk for personer med anorexi. MANTRA inneholder blant annet en nevrokognitiv forståelse av anoreksi.

Den ene systematiske oversikten som hadde omhandler Maudsley modellen for voksne personer med anoreksi, er av kritisk lav metodisk kvalitet.

Oppsummert: Det mangler systematiske oversikter av høy/moderat metodisk kvalitet som omhandler behandling av voksne personer med anoreksi med Maudsley modellen.

Maudsleymodellen, familiebasert tilnærming for spiseforstyrrelser, familiebasert terapi for spiseforstyrrelser (FBT)

Maudsley-modellen ble utviklet ved Maudsley Hospital i London og fokuserer på å involvere hele familien fremfor kun å behandle personen med spiseforstyrrelse.

I oversikten til Wergeland og medarbeidere (2025, søk 2023) inngikk Maudsley-modellen som en variant av familieterapi. Resultatene fra denne modellen er omtalt under avsnittet om kognitiv atferdsterapi.

Medfølelsesfokusert terapi (CFT-E)

Medfølelsesfokusert terapi konsentrerer seg omkring regulering av følelser og å øke medfølelse ovenfor både seg selv og andre.

Den nyeste systematiske oversikten av moderat kvalitet som vi identifiserte som omhandler behandling av medfølelsesbasert terapi til personer med spiseforstyrrelser, Millard og medarbeidere 2023, har litteratursøk fra januar 2022. Denne oversikten inkluderer fire RCTer om behandling for spiseforstyrrelser, to om overspisingsslidelse, én om anoreksi og én som hadde inkluderte personer med spiseforstyrrelse.

Medfølelsesbasert terapi sammenlignet med venteliste som behandling for anoreksi.

Den ene RCTen var utført i Canada og inkluderte 40 voksne kvinner (blandet etnisitet) med anoreksi. Kvinnene fikk først noe psykoedukasjon om selvmedfølelse som konsept og om brevskrivning som oppgave, de ble fortalt om fordeler med tiltaket og om 'felleskap i frykt' ved medfølelse. Den medfølelsesbaserte terapien besto av 15-20 min brevskrivning hver dag i to uker (tabell 13). Studien var vurdert til høy risiko for systematiske skjevheter.

Tabell 13. Oppsummeringstabell Medfølelsesbasert terapi sammenlignet med venteliste som behandling for anoreksi.

Medfølelsesbasert terapi sammenlignet med venteliste som behandling for anoreksi					
Populasjon: Voksne kvinner					
Setting: Canada					
Tiltak: Medfølelsesbasert terapi					
Sammenligning: Venteliste					
Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Venteliste	Medfølelses- basert terapi	Forskjell SMD (95 % KI)	

Spiseforstyrrelsesatferd	-	Ikke rapportert			
Spiseforstyrrelsessymptomer (EDE-Q). 38 (1 RCT)	-	3,2 ±1,12	3,05 ±1,12	-0,13 (-0,87 til 0,61)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Uønskede hendelser	-	Ikke rapportert			
Livskvalitet målt som selvmedfølelse 40 (1 RCT)		2,48 ±0,72	2,85 ±0,67	0,52 (-0,11 til 1,15)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Livskvalitet målt som redsel for selvmedfølelse. 40 (1 RCT)		1,8 ±0,85	1,38 ±0,85	-0,48 (-1,11 til 0,15)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Frafall/ikke fullført behandling	-	Ikke rapportert			

^a Risiko for systematiske skjevheter, ^b Kun en liten studie og brede konfidensintervaller

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til effektestimatene og er derfor usikre på hvordan 2 uker med medfølelsesbasert terapi påvirker spiseforstyrrelsessymptomer og livskvaliteten sammenlignet med venteliste. Det mangler informasjon om spiseforstyrrelsesatferd, uønskede hendelser og frafall.

Medfølelsesbasert terapi sammenlignet med venteliste som behandling for overspisingsslidelse

To RCTer inkluderte til sammen 73 voksne kvinner med overspisingsslidelse og brukte venteliste eller aktiv kontroll som sammenligning (tabell 14). Den ene studien var utført i Portugal og den andre i USA. I Portugal fikk kvinnene først psykoedukasjon om regulering av spising og konseptet mindfulness samt trening i meditasjon og medfølelsesstankegang. Den første uken var treningen fokusert på mindfulness og de neste tre ukene på selvmedfølelse. Kvinnene i USA fikk en selvhjelpsbok om medfølelsesbasert terapi og psykoedukasjon om selvmedfølelse og overspising. I 3 uker gjennomførte de planlegging av matinntak, øvelser i selvmedfølelse og atferdsstrategier. Studiene var vurdert til høy risiko for systematiske skjevheter.

Tabell 14. Oppsummeringstabell Medfølelsesbasert terapi sammenlignet med venteliste som behandling for overspisingsslidelse

Medfølelsesbasert terapi sammenlignet med venteliste og aktivkontroll som behandling for overspisingsslidelse					
Populasjon: Voksne kvinner					
Setting: Portugal og USA					
Tiltak: Medfølelsesbasert terapi					
Sammenligning: Venteliste og aktiv kontroll					
Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Venteliste	Medfølelsesba- sert terapi	Forskjell SMD (95 % KI)	
Spiseforstyrrelsesatferd	-	Ikke rapportert			

Spiseforstyrrelsessymptomer (EDE-Q). 73 (2 RCT)	-	2,51±0,43 3,17 ±0,57	2,08 ±0,43 1,46 ±0,81	-0,98 (-1,64 til -0,32) -2,37 (-3,32 til -1,45)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Uønskede hendelser	-	Ikke rapportert			
Livskvalitet målt som selvkritikk 33 (1 RCT)		0,8 ±0,53	0,64 ±0,84	-0,22 (-0,92 til 0,48)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Livskvalitet målt som selvmedfølelse. 73 (2 RCT)		2,79 ±0,65 2,94 ±0,45	3,58 ±0,7 3,38±0,72	1,13 (0,32 til 1,94) 0,71 (0,00 til 1,42)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Frafall/ikke fullført behandling	-	Ikke rapportert			

^a Risiko for systematiske skjevheter, ^b Kun to små studier og brede konfidensintervaller

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til effektestimatene og er derfor usikre på hvordan 3 til 4 uker med medfølelsesbasert terapi påvirker spiseforstyrrelsessymptomer og livskvaliteten sammenlignet med venteliste og aktiv kontroll. Det mangler informasjon om spiseforstyrrelsesatferd, uønskede hendelser og frafall.

Medfølelsesbasert terapi og vanlig behandling sammenlignet med vanlig behandling for spiseforstyrrelser.

Den ene RCTen var utført i Canada og inkluderte 22 voksne kvinner med spiseforstyrrelse. Kvinnene fikk først psykoedukasjon om hvordan hjernen har utviklet seg og hvordan den påvirker regulering og selvmedfølelse. De lærte også om hvordan selvmedfølelse kan redusere skamfølelser og selvkritikk, og om barrierer mot selvmedfølelse. Den medfølelsesbaserte terapien besto av 90 minutter gruppesesjoner over 12 uker (tabell 15). Studien var vurdert til høy risiko for systematiske skjevheter.

Tabell 15. Oppsummeringstabell Medfølelsesbasert terapi+ vanlig behandling sammenlignet med vanlig behandling for spiseforstyrrelse.

Medfølelsesbasert terapi og vanlig behandling sammenlignet med vanlig behandling for spiseforstyrrelse					
Populasjon: Voksne kvinner Setting: Canada Tiltak: Medfølelsesbasert terapi + vanlig behandling Sammenligning: Vanlig behandling					
Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Vanlig behandling	Medfølelses- basert terapi + vanlig behandling	Forskjell SMD (95 % KI)	
Spiseforstyrrelsesatferd	-	Ikke rapportert			
Spiseforstyrrelsessymptomer	-	Ikke rapportert			
Uønskede hendelser	-	Ikke rapportert			
Livskvalitet målt som selvmedfølelse 22 (1 RCT)		2,12 ±0,4	2,96 ±0,36	2,12 (1,04 til 3,21)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Livskvalitet målt som redsel for selvmedfølelse. 22 (1 RCT)		2,09 ±0,73	1,25 ±0,7	-1,13 (-2,04 til -0,22)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}

Livskvalitet målt som redsel for å motta medfølelse. 22 (1 RCT)	2,06 ±0,63	1,51 ±0,6	-0,86 (-,74 til -0,02)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Frafall/ikke fullført behandling 22 (1 RCT)	-	De rapporterer at 80 % i personene som fikk medfølelsesbasert terapi + vanlig behandling fullførte behandlingen. Det var ikke nevnt hvor mange av de som fikk vanlig behandling fullførte.		⊕○○○ Svært lav ^{a,b}

^a Risiko for systematiske skjevheter, ^b Kun en liten studie og brede konfidensintervaller

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til effektestimatene og er derfor usikre på hvordan 12 uker med medfølelsesbasert terapi + vanlig behandling påvirker livskvaliteten sammenlignet med vanlig behandling. Det mangler informasjon om spiseforstyrrelsesatferd, spiseforstyrrelsessymptomer, uønskede hendelser og frafall.

Fysioterapi for spiseforstyrrelser, fysiske terapiformer og treningsterapi

Fysioterapi innebærer trening veiledet av helsepersonell, enten i superviserte eller ikke-superviserte økter, ofte gjennom strukturerte treningsprogram.

Den nyeste systematiske oversikten som omhandler trening og kropp-sinn-øvelser for spiseforstyrrelser, Martinez-Calderon og medarbeidere 2025 hadde litteratursøk i september 2023. Elleve RCTer med totalt 690 deltakere var inkludert hvorav fire inkluderer personer diagnostisert med anorexia nervosa, én bulimi og de andre seks spiseforstyrrelser generelt (diagnostisert med DSM). To av studiene omhandler yoga alene mens de andre ni studiene omhandler sammensatt trening eller yoga samt annen ko-intervensjon slik som kognitiv atferdsterapi eller ernæringsbehandling. Sammenligningen/kontrollgruppene var på venteliste (fem studier), fikk vanlig behandling (treatment-as-usual, fem studier) eller annen behandling slik som psykologiske tiltak, trening eller diett-terapi (seks studier). Dette utgjør flere enn 11 sammenligninger av den enkle grunn at flere av studiene hadde flere sammenligningsgrupper.

Martinez-Calderon og medarbeidere 2025 hadde utført metaanalyse med alle spiseforstyrrelsesdiagnosene samlet, og de hadde utført sin egen gradering av tilliten til resultatene med GRADE. Vi har oversatt deres gradering og presenterer i tabell 16.

Tabell 16. Oppsummeringstabell Trening og kropp-sinn-øvelser sammenlignet med venteliste, vanlig behandling eller annen behandling (Martinez-Calderon 2025 sin gradering, vår oversettelse til norsk)

Trening og kropp-sinn-øvelse sammenlignet med venteliste, vanlig behandling eller annen behandling for spiseforstyrrelser			
Populasjon: Ungdom og voksne med spiseforstyrrelse, flesteparten kvinner Setting: Hovedsakelig høy-inntektsland Tiltak: Trening og kropp-sinn-øvelser Sammenligning: Venteliste, vanlig behandling eller annen behandling			
	Relativ	Forventede absolutte effekter (95 % KI)	GRADE

Utfall Antall deltakere (antall studier)	effekt (95 % KI)	Venteliste, vanlig behandling eller annen behandling	Trening og kropp-sinn- øvelser	Forskjell SMD (95 % KI)	
Spiseforstyrrelsesatferd målt som skade- lige treningsvaner. 412 (3 RCT)	-	-	-	0,22 (0,14 til 0,30)	⊕⊕○○ Lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsesatferd målt som frekvens og alvorlighet av spiseatferd (EDE-Q). 316 (4 RCT)	-	-	-	0,09 (-0,31 til 0,49)	⊕⊕○○ Lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsessymptomer målt som emosjonsregulering (DERS). 453 (4 RCT)	-	-	-	0,36 (-1,49 til 2,22)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}
Depresjonssymptomer (BDI-II). 453 (4 RCT)	-	-	-	0,21 (-0,12 til 0,54)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsessymptomer målt som overordnede psykologiske aspekter (EDI og EDI-2). 56 (2 RCT)	-	-	-	0,00 (-12,71 til 12,71)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Uønskede hendelser	-	Ikke rapportert			⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}
Livskvalitet. 13 (1 RCT)	-	Rapporterer ingen signifikant forskjell			
Frafall	-	Ikke rapportert			

^a Risiko for systematiske skjevheter, ^b indirekthet da flere diagnoser og behandlingsgrupper er sammenslått, ^c Upresise estimater grunnet få og små studier som gir brede konfidensintervall

Oppsummert: Vi har lav tillit til to av resultatene, det er mulig trening og kropp-sinn-øvelse reduserer skadelige treningsvaner og frekvens og alvorlighet av spiseatferd sammenlignet med venteliste, vanlig behandling eller annen behandling for personer med spiseforstyrrelser. Vi har svært lav tillit til resultatene og er derfor usikre på hvordan trening og kropp-sinn-øvelse påvirker emosjonsregulering, depresjon, psykologiske aspekter og uønskede hendelser sammenlignet med venteliste, vanlig behandling eller annen behandling for spiseforstyrrelser. Det mangler informasjon om uønskede hendelser og frafall.

Spesialisert støttende klinisk behandling (SSCM) for alvorlig og vedvarende anoreksi

Spesialisert støttende klinisk behandling (SSCM) er en person-sentrert behandling som kombinerer støttende psykoterapi, psykoedukasjon og pasientens egne målsettinger.

Den ene systematiske oversikten som omhandler behandling for alvorlig og vedvarende anoreksi er av høy metodisk kvalitet. Zhu og medarbeidere 2023 hadde litteratursøk i juli 2022 og inkluderte én RCT med 63 voksne kvinner som hadde hatt AN diagnose i sju år eller mer, flere av kvinnene hadde komorbide lidelser. Studien var en multisenter parallell RCT utført i Australia og Storbritannia, med analyse utført i USA. Spesialiserte støttende behandlingen (SSCM) ble modifisert i denne studien for å tilpasses personer med alvorlig vedvarende AN ved at de fjernet fokuset på vektøkning. De kvinnene som fikk tilpasset SSCM fikk omfattende psykoedukasjon, informasjon om

kroppens energibehov og gjenlærte vanlig spisemønster. Kvinnene i sammenligningsgruppen fikk kognitiv atferdsterapi tilpasset AN og som inkluderte psykoedukasjon i den første fasen. Begge behandlingsformene ble gitt som ukentlige møter ansikt-til-ansikt over 8 måneder. Studien var vurdert til høy risiko for skjevheter. Zhu og medarbeidere 2023 hadde utført sin egen gradering av tilliten til resultatene med GRADE. Vi har oversatt deres gradering og presenterer i tabell 17.

Tabell 17. Oppsummeringstabell Spesialisert støttende klinisk behandling sammenlignet med kognitiv atferdsterapi tilpasset AN for voksne kvinner med alvorlig vedvarende AN (Zhu og medarbeidere 2023 sin gradering, vår oversettelse til norsk)

Spesialisert støttende klinisk behandling sammenlignet med kognitiv atferdsterapi tilpasset AN for voksne kvinner med alvorlig vedvarende AN

Populasjon: Voksne kvinner med vedvarende (> 7år) alvorlig anoreksi

Setting: Australia og Storbritannia

Tiltak: Spesialisert støttende klinisk behandling

Sammenligning: Kognitiv atferdsterapi tilpasset anoreksi

Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Kognitiv atferdsterapi tilpasset anoreksi	Spesialisert støttende klinisk behandling	For- skjell	
Spiseforstyrrelsesatferd	-	Ikke rapportert			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsessymptomer målt som vektrestituering til nor- mal kroppsvekt, 12 måneder oppfølging. 63 (1 RCT)	1,42 (0,66 til 3,05)	250 per 1000	150 flere per 1000 (85 færre til 513 flere)	-	
Uønskede hendelser	-	Ikke rapportert			
Livskvalitet.	-	Ikke rapportert			
Frafall målt som hvor mange som ikke fullførte behandling 63 (1 RCT)	1,72 (0,45 til 6,59)	68 per 1000	68 flere per 1000 (52 færre til 524 flere)	-	

^a Risiko for systematiske skjevheter, ^bKun en liten studie som gir brede konfidensintervall

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til resultatene og er derfor usikre på hvordan spesialisert støttende behandling påvirker restituering til normal kroppsvekt og frafall sammenlignet med kognitiv atferdsbehandling tilpasset AN for spiseforstyrrelser. Det mangler informasjon om spiseforstyrrelsesatferd, uønskede hendelser og livskvalitet.

Tvangsbehandling

All behandling skal som hovedregel være frivillig. I svært alvorlige tilfeller, regulert ved lov, kan behandling gis uten pasientens samtykke.

Den systematiske oversikten som omhandler tvangsbehandling er vurdert til lav metodisk kvalitet. Vi har ikke identifisert systematiske oversikter av høy/moderat metodisk kvalitet som omhandler tvangsbehandling av personer med spiseforstyrrelser.

Tverrfaglig behandling/tilnærming/team

Ved tverrfaglig behandling kombinerer man ulike helseprofesjoners kompetanse for å sikre et helhetlig behandlingsforløp.

Den nyeste systematiske oversikten var utført av Massau og medarbeidere 2025, den er vurdert til moderat metodisk kvalitet, med litteratursøk gjennomført i juli 2024. Oversikten inkluderte én primærstudie fra Australia fra slutten av 1990-tallet som undersøkte effekten av tverrfaglig behandling i sekundærhelsetjenesten for barn og unge med spiseforstyrrelser. Massau og medarbeidere 2025 påpeker at det mangler en tydelig konseptuell definisjon av «integrated care» (tverrfaglig tilnærming) noe som kan ha påvirket screeningprosessen deres og ført til at relevant dokumentasjon ble utelatt.

Primærstudien var en kohortstudie som sammenlignet en 39-måneders periode før og etter oppstarten av tverrfaglig behandlingstilbud for barn og unge med spiseforstyrrelser på et sykehus i Australia. På grunn av uklarheter hentet vi informasjon fra primærstudien. Intervensjonsgruppen besto av 240 barn og unge som ble vurdert ved det tverrfaglige behandlingstilbudet. Sammenligningsgruppen inkluderte 71 barn og unge med anoreksi som var innlagt på sykehus i løpet av de 39 månedene før oppstart av det tverrfaglige behandlingstilbudet. Deltakerne var i alderen 8 til 18 år. Primærstudien hadde høy risiko for skjevheter. Det fremgår ikke hvorvidt de 240 barna i intervensjonsgruppen faktisk hadde en diagnostisert spiseforstyrrelse. Sammenligningsgruppen besto derimot av barn og unge med anoreksi som var innlagt på sykehus, noe som kan indikere en pasientgruppe som er alvorlig syke. På grunn av denne forskjellen i pasientsammensetningen er det vanskelig å vurdere om eventuelle forskjeller i utfall skyldes selve behandlingen eller ulikheter i populasjonene. Usikkerheten rundt sammenligningsgrunnlaget gjør at vi har valgt å ikke formidle resultatene fra sammenligningen.

Virtuell virkelighet (VR)

Behandling med virtuell virkelighet (virtual reality) innebærer bruk av digitalt utstyr som lar pasienten tre inn i en virtuell virkelighet, hvor ulike intervensjoner mot spiseforstyrrelser kan gjennomføres.

De to prioriterte oversiktene som omhandler bruk av VR-briller er begge vurdert til kritisk lav metodisk kvalitet. Vi har ikke identifisert systematiske oversikter av høy/moderat metodisk kvalitet som omhandler bruk av VR-briller i behandling for spiseforstyrrelser.

Legemiddelbehandling

De to nyeste oversiktene om legemiddelbehandling for spiseforstyrrelser var av lav og kritisk lav metodisk kvalitet. Den tredje nyeste systematiske oversikten var utført av Fornaro og medarbeidere 2023 og ble vurdert til moderat metodisk kvalitet, de hadde

litteratursøk i august 2022. Fornaro og medarbeidere 2023 hadde søkt etter alle typer psykofarmakologisk behandling for anoreksi, bulimi og overspisingsslidelse. Behandling med antidepressiva, antipsykotika og sentralstimulerende legemidler er beskrevet nedenfor med de titlene. Her presenterer vi de andre psykofarmakologiske legemidlene.

Fornaro og medarbeidere 2023 med litteratursøk i august 2022 fant ingen studier som omhandler annen psykofarmakologisk behandling for AN.

Annen psykofarmakologisk behandling for BN

Fornaro og medarbeidere 2023 med litteratursøk i august 2022 fant fire RCTer som bruker andre psykofarmakologiske legemidler til behandling for bulimi: topiramate, ondasetron, D-fenfluramine og naltrexone.

Topiramate sammenlignet med placebo til behandling for bulimi

Topiramate er et antiepileptisk legemiddel hvor nøyaktig virkningsmekanisme er ukjent.

En RCT med 60 voksne kvinner (gjennomsnittsalder 21 år) som sammenlignet 10 uker topiramate (25-200 mg/dag) med placebo (tabell 19).

Tabell 19. Oppsummeringstabell Topiramate sammenlignet med placebo til behandling for bulimi

Topiramate sammenlignet med placebo					
Populasjon: Voksne kvinner Setting: Ikke rapportert Tiltak: Topiramate Sammenligning: Placebo					
Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Placebo	Topiramate	Forskjell	
Spiseforstyrrelsesatferd målt som frekvens av overspisingsepisoder. 60 (1 RCT)	-	Rapporterer lavere frekvens av overspisingsepisoder med topiramate			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsesatferd målt som frekvens av episoder med kompenserende atferd. 60 (1 RCT)	-	Rapporterer lavere frekvens av episoder med kompenserende atferd med topiramate			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsessymptomer målt som vekt. 60 (1RCT)	-	Rapporterer større vektøstap med topiramate			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Uønskede hendelser. 60 (1 RCT)	-	Rapporterer at topiramate var godt tolerert			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Livskvalitet (HRQoL). 60 (1 RCT)	-	Rapporterer forbedring i livskvalitet med topiramate			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Frafall		Ikke rapportert			
^a Kun en liten studie og selve resultatene sparsommelig rapportert					

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til resultatene og er derfor usikre på hvordan 10 uker med topiramate påvirker frekvensen av overspisningsepisoder, episoder med kompenserende atferd, vektreduksjon, uønskede hendelser og livskvalitet sammenlignet med placebo. Det mangler informasjon om frafall.

Topiramate er også undersøkt for behandling av overspisningslidelse (tabell 23).

Ondansetron sammenlignet med placebo for BN

Ondansetron er et kvalmestillende legemiddel som er mye brukt i Norge, hvor hovedvirkning trolig er gjennom det serotonerge system. Fornaro og medarbeidere 2023 hadde litteratursøk i august 2022. De fant én RCT med 26 voksne kvinner (gjennomsnittsalder 29 år) som sammenlignet 5 uker ondansetron (24 mg/dag) med placebo (tabell 20).

Tabell 20. Oppsummeringstabell Ondansetron sammenlignet med placebo til behandling for bulimi hos voksne kvinner

Ondansetron sammenlignet med placebo som behandling for bulimi					
Populasjon: Voksne kvinner					
Setting: Ikke rapportert					
Tiltak: Ondansetron					
Sammenligning: Placebo					
Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Placebo	Ondansetron	Forskjell	
Spiseforstyrrelsesatferd målt som tid brukt på bulemisk atferd. 26 (1 RCT)	-	De rapporterer redusert tid brukt på bulemisk atferd med ondansetron			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsesatferd målt som frekvens av overspisningsepisoder. 26 (1 RCT)	-	De rapporterer redusert frekvens av overspisningsepisoder med ondansetron			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsesatferd målt som frekvens av episoder med kompenserende atferd. 26 (1 RCT)	-	De rapporterer redusert frekvens av episoder med kompenserende atferd med ondansetron			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsessymptomer	-	Ikke rapportert			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Uønskede hendelser	-	Ikke rapportert			
Livskvalitet	-	Ikke rapportert			
Frafall		Ikke rapportert			

^a Kun en liten studie og selve resultatene sparsommelig rapportert

^a Kun en liten studie og selve resultatene sparsommelig rapportert

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til resultatene og er derfor usikre på hvordan 5 uker med ondansetron påvirker tid brukt på bulimisk atferd, frekvensen av overspisningsepisoder og episoder med kompenserende atferd, sammenlignet med placebo. Det mangler informasjon om spiseforstyrrelsessymptomer, uønskede hendelser, livskvalitet og frafall.

D-fenfluramine + kognitive atferdsterapi (KAT) sammenlignet med placebo + KAT for BN

Fenfluramine selges i Norge under merkenavnet Fintepla og brukes her som et anti-epileptisk legemiddel. Virkningsmekanisme via påvirkning av det serotonerge system. Fornaro og medarbeidere 2023 hadde litteratursøk i august 2022. De fant én RCT med 43 voksne kvinner (gjennomsnittsalder 26 år) som sammenlignet 8 uker d-fenfluramine (45 mg/dag) + KAT med placebo + KAT.

Tabell 21. Oppsummeringstabell D-fenfluramine + KAT sammenlignet med placebo + KAT til behandling for BN hos voksne kvinner

D-fenfluramine + KAT sammenlignet med placebo + KAT til behandling for BN					
Populasjon: Voksne kvinner					
Setting: Ikke rapportert					
Tiltak: D-fenfluramine + KAT					
Sammenligning: Placebo + KAT					
Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Placebo + KAT	D-fenfluramine + KAT	Forskjell	
Spiseforstyrrelsesatferd målt som frekvens av overspisingsepisoder. 43 (1 RCT)	-	De rapporterer ingen signifikant forskjell			⊕○○○ Svært lav ^a
Spiseforstyrrelsesatferd målt som frekvens av episoder med kompenserende atferd. 43 (1 RCT)	-	De rapporterer ingen signifikant forskjell			⊕○○○ Svært lav ^a
Spiseforstyrrelsessymptomer målt som depresjon (MADRS). 43 (1RCT)	-	De rapporterer ingen signifikant forskjell			⊕○○○ Svært lav ^a
Spiseforstyrrelsessymptomer målt psykopatologi (EAT, BITE). 43 (1RCT)	-	De rapporterer ingen signifikant forskjell			⊕○○○ Svært lav ^a
Uønskede hendelser	-	Ikke rapportert			
Livskvalitet (HRQoL)	-	Ikke rapportert			
Frafall		Ikke rapportert			
a Kun en liten studie og selve resultatene sparsommelig rapportert					

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til resultatene og er derfor usikre på hvordan 8 uker med d-fenfluramine + KAT påvirker frekvensen av overspisingsepisoder, episoder med kompenserende atferd og spiseforstyrrelsessymptomer sammenlignet med placebo +KAT. Det mangler informasjon om uønskede hendelser, livskvalitet og frafall.

Naltrexone sammenlignet med placebo for BN

Naltrexone er en opiodantagonist som i Norge er godkjent som behandling ved alkohol- og opioidavhengighet. Fornaro og medarbeidere 2023 hadde litteratursøk i august 2022. De fant én RCT med 15 voksne kvinner (gjennomsnittsalder 28 år) som sammenlignet 8 uker naltrexone (100 til 150 mg/dag) med placebo som behandling for bulimi (tabell 22).

Tabell 22. Oppsummeringstabell Naltrexone sammenlignet med placebo til behandling for bulimi hos voksne kvinner

Naltrexone sammenlignet med placebo

Populasjon: Voksne kvinner

Setting: Ikke rapportert

Tiltak: Naltrexone

Sammenligning: Placebo

Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Placebo	Naltrexone	Forskjell	
Spiseforstyrrelsesatferd målt som frekvens av overspisnings-episoder. 15 (1 RCT)	-	De rapporterer ingen signifikante forskjeller			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsesatferd målt som tid brukt på overspising. 15 (1 RCT)	-	De rapporterer mindre tid brukt på overspising med naltrexone			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsessymptomer målt som depresjonssymptomer (BDI). 15 (1RCT)	-	De rapporterer reduksjon av depresjons-symptom-skåre med naltrexone			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Uønskede hendelser	-	Ikke rapportert			
Livskvalitet (HRQoL)	-	Ikke rapportert			
Frafall		Ikke rapportert			

^a Risiko for systematiske skjevheter. ^b Kun en liten studie og selve resultatene sparsommelig rapportert

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til resultatene og er derfor usikre på hvordan 8 uker med naltrexone påvirker frekvensen av overspisningsepisoder, tid brukt på overspising, og depresjonssymptomer sammenlignet med placebo. Det mangler informasjon om uønskede hendelser, livskvalitet og frafall.

Annen psykofarmakologisk behandling for overspisningslidelse

Fornaro og medarbeidere 2023 med litteratursøk i august 2022 fant tre RCTer som bruker andre psykofarmakologiske legemidler til behandling for overspisningslidelse: to RCTer om topiramate og én om lamotrigine.

Topiramate sammenlignet med placebo for overspisningslidelse

To RCTer med totalt 468 voksne personer (84 til 87 % kvinner, gjennomsnittsalder 41 og 44 år) som sammenlignet 14 til 16 uker topiramate (212 til 300 mg/dag) med placebo som behandling for overspisningslidelse (tabell 23).

Tabell 23. Oppsummeringstabell Topiramate sammenlignet med placebo til behandling for overspisningslidelse

Topiramate sammenlignet med placebo til behandling for overspisningslidelse

Populasjon: Voksne kvinner med overspisningslidelse

Setting: Ikke rapportert

Tiltak: Topiramate

Sammenligning: Placebo

Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Placebo	Topiramate	Forskjell	

Spiseforstyrrelsesatferd målt som frekvens av overspisningsepisoder. 468 (2 RCT)	-	De rapporterer redusert frekvens av overspisningsepisoder med topiramate	⊕⊕○○ Lav ^a
Spiseforstyrrelsesatferd målt som remisjon av overspisning. 407 (1 RCT)	-	De rapporterer større andel personer i remisjon med topiramate	⊕⊕○○ Lav ^a
Spiseforstyrrelsessymptomer målt som vekt. 468 (2 RCT)	-	De rapporterer redusert vekt med topiramate	⊕⊕○○ Lav ^a
Spiseforstyrrelsessymptomer målt som (CGI, Y-BOCS). 468 (2 RCT)	-	De rapporterer forbedret spiseforstyrrelsessymptomer med topiramate	⊕⊕○○ Lav ^a
Uønskede hendelser 61 (1 RCT)	-	Rapporterer ingen alvorlige hendelser, men flere uønskede hendelser med topiramate	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Livskvalitet	-	Ikke rapportert	
Frafall		Ikke rapportert	

^a Relativt få hendelser, ^bKun en liten studie og selve resultatene sparsommelig rapportert

Oppsummert: Vi har lav tillit til fire av resultatene, det er mulig at 14 til 16 uker med topiramate fører til redusert frekvens av overspisningsepisoder, økt andel personer i remisjon, vektreduksjon og forbedring i spiseforstyrrelsessymptomer sammenlignet med placebo. Vi har svært lav tillit til resultatet og er derfor usikre på hvordan 14 til 16 uker med topiramate påvirker uønskede hendelser sammenlignet med placebo. Det mangler informasjon om livskvalitet og frafall.

Lamotrigine sammenlignet med placebo for overspisningslidelse

Lamotrigine er et mye brukt antiepileptika og anbefales gjerne både i Norge og internasjonalt som et av førstevalgene til behandling av fokale anfall. Fornaro og medarbeidere 2023 med litteratursøk i august 2022 fant én RCT med 51 voksne personer (77 % kvinner, gjennomsnittsalder 44 år) som sammenlignet 16 uker lamotrigine (236 mg/dag) med placebo (tabell 24).

Tabell 24. Oppsummeringstabell Lamotrigine sammenlignet med placebo til behandling for overspisningslidelse

Lamotrigine sammenlignet med placebo til behandling for overspisningslidelse					
Populasjon: Voksne personer Setting: Ikke rapportert Tiltak: Lamotrigine Sammenligning: Placebo					
Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Placebo	Lamotrigine	Forskjell	
Spiseforstyrrelsesatferd målt som frekvens av overspisnings-episoder. 51 (1 RCT)	-	De rapporterer ingen signifikante forskjeller			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsesatferd målt som dager med overspisning. 51 (1 RCT)	-	De rapporterer ingen signifikante forskjeller			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsessymptomer målt som vekt (BMI). 51 (1 RCT)	-	Rapporterer større vektreduksjon med lamotrigine			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Uønskede hendelser	-	Ikke rapportert			

Livskvalitet	-	Ikke rapportert
Frafall		Ikke rapportert

^a Risiko for systematiske skjevheter. ^b Kun en liten studie og selve resultatene sparsommelig rapportert

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til resultatene og er derfor usikre på hvordan 16 uker med lamotrigine påvirker frekvensen av overspisningsepisoder, dager med overspising og vektreduksjon sammenlignet med placebo. Det mangler informasjon om uønskede hendelser, livskvalitet og frafall.

Behandling med antidepressiva for spiseforstyrrelser

Antidepressiva er en legemiddelklasse med ulike virkningsmekanismer, som brukes til å behandle depressive symptomer.

Den nyeste systematiske oversikten, Fornaro og medarbeidere 2023 var av moderat metodisk kvalitet og hadde litteratursøk i august 2022. Fornaro og medarbeidere 2023 hadde søkt etter alle typer psykofarmakologisk behandling for anoreksi, bulimi og overspisningsslidelse. Behandling med antidepressiva presenteres her.

Behandling med antidepressiva for anorexia nervosa (AN)

Fornaro og medarbeidere 2023 med litteratursøk i august 2022 fant ni RCTer som bruker antidepressiva til behandling for anoreksi: fluoxetin sammenlignet med placebo (n=3), fluoxetin sammenlignet med amineptine (n=1), fluoxetine sammenlignet med nortriptyline (n=1), dronabiol sammenlignet med placebo (n=1), cyproheptadine sammenlignet med placebo (n=2) og lithium sammenlignet med placebo (n=1).

Dronabiol er en syntetisk form for cannabis (tetrahydrocannabinol (THC)), den samme studien er inkludert under cannabisbehandling fra en annen systematiske oversikt av moderat metodisk kvalitet som oppgir mer informasjon om studien så den er presentert under cannabisbaserte behandlinger (tabell 52).

Fluoxetine sammenlignet med placebo til behandling for AN

Fluoxetine var sammenlignet med placebo i tre RCTer med totalt 159 voksne kvinner (gjennomsnittsalder 22, 24 og 31 år). I to av studiene ble behandlingen gitt over 52 uker og i den tredje varte behandlingen i syv uker (tabell 25).

Tabell 25. Oppsummeringstabell Fluoxetine sammenlignet med placebo til behandling for anoreksi

Fluoxetine sammenlignet med placebo for AN

Patient or population: Voksne kvinner med anoreksi
Setting: Ikke rapportert
Intervention: Fluoxetine
Comparison: Placebo

Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Pla- cebo	Fluoxetine	Forskjell SMD (95 % KI)	
Tid til tilbakefall. 128 (2 RCT)		En studie (35 kvinner) rapporterte at Fluoxetine forebygger tilbakefall, den andre (93 kvinner) rapporterer ikke signifikant forskjell			⊕○○○ Very low ^{a,b}
Vektøkning. 159 (3 RCTs)	-	-	-	0.35 (-0,25 til 0,95)	⊕○○○ Very low ^{c,d}
Psykopatologiske symptomer: 31 (1 RCT)		En studie (31 kvinner) rapporterer at de ikke fant signifikant endring i psykopatologiske symptomer			⊕○○○ Very low ^e
Depressjon. 159 (3 RCTs)	-	-	-	0.55 (0,05 til 1)	⊕⊕○○ Low ^d
Tvangssymptomer (OCD atferd). 159: (3 RCTs)	-	-	-	0.4 (0.1 til 0,7)	⊕⊕○○ Low ^d
Uønskede hendelser		Ikke rapportert			
Livskvalitet		Ikke rapportert			
Frafall		Ikke rapportert			

^a Heterogenitet ^b To små studier med forskjellige konklusjoner, ^c Overlappende KI men I² 63 %, ^d Tre små studier med brede KI, ^e Kun en veldig liten studie (n=31)

Oppsummert: Vi har lav tillit til dokumentasjonen om to av utfallene, det er mulig at 7 til 52 uker med fluoxitine reduserer alvorlighetsgrad av depresjon og grad av tvangssymptomer sammenlignet med placebo. Vi har svært lav tillit til effektestimaterne og er derfor usikre på hvordan fluoxitine påvirker tid til tilbakefall, vektøkning og psykopatologiske symptomer sammenlignet med placebo. Det mangler informasjon om uønskede hendelser, livskvalitet og frafall.

Fluoxitine sammenlignet med amineptine

Fornaro og medarbeidere 2023 med litteratursøk i august 2022 fant én liten RCT med 13 voksne kvinner (gjennomsnittsalder 23 år) som sammenlignet 16 uker fluoxitine (60 mg/dag) med amineptine (300 mg/dag), begge gruppene fikk også kognitiv atferdsterapi (KAT) og ernæringsbehandling (tabell 26).

Tabell 26. Oppsummeringstabell Fluoxetine + KAT + ernæringsbehandling sammenlignet med amineptine + KAT + ernæringsbehandling til behandling for anoreksi

Fluoxitine sammenlignet med amineptine til behandling for anoreksi					
Populasjon: Voksne kvinner med anoreksi Setting: Ikke rapportert Tiltak: Fluoxetine + KAT + ernæringsbehandling Sammenligning: Amineptine + KAT + ernæringsbehandling					
Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Amineptine + KAT + ernærings- behandling	Fluoxetine + KAT + ernæringsbe- handling	Forskjell	
Spiseforstyrrelsesatferd målt som vekt. 13 (1RCT)	-	De rapporterer bedre vektøkning med fluoxetine			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}

Spiseforstyrrelsessymptomer (EDI) 13 (1RCT)	-	De rapporterer størst forbedring med fluoxetine	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Depresjon. 13 (1RCT)		De rapporterer størst forbedring med fluoxetine	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Angst. 13 (1RCT)		De rapporterer størst forbedring med fluoxetine	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Uønskede hendelser	-	Ikke rapportert	
Livskvalitet	-	Ikke rapportert	
Frafall		Ikke rapportert	

^a Risiko for systematiske skjevheter, ^b Kun en liten studie og selve resultatene sparsommelig rapportert

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til resultatene og er derfor usikre på hvordan 16 uker med fluoxetine + KAT + ernæringsbehandling påvirker vektøkning, psykopatologiske symptomer, depresjon og angst sammenlignet med amineptine + KAT + ernæringsbehandling. Det mangler informasjon om uønskede hendelser, livskvalitet og frafall.

Fluoxetine sammenlignet med nortriptyline til behandling for anoreksi

Fornaro og medarbeidere 2023 med litteratursøk i august 2022 fant én liten RCT med 22 voksne kvinner (gjennomsnittsalder 21 år) som sammenlignet 16 uker fluoxetine (60 mg/dag) med nortriptyline (75 mg/dag), begge gruppene fikk også kognitiv atferdsterapi (KAT) og ernæringsbehandling (tabell 27).

Tabell 27. Oppsummeringstabell Fluoxetine + KAT + ernæringsbehandling sammenlignet med nortriptyline + KAT + ernæringsbehandling til behandling for anoreksi

Fluoxetine sammenlignet med nortriptyline til behandling for anoreksi					
Populasjon: Voksne kvinner Setting: Ikke rapportert Tiltak: Fluoxetine + KAT + ernæringsbehandling Sammenligning: Nortriptyline + KAT + ernæringsbehandling					
Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Nortriptyline + KAT + ernærings- behandling	Fluoxetine + KAT + ernæringsbe- handling	Forskjell	
Spiseforstyrrelsesatferd målt som vekt. 22 (1RCT)	-	De rapporterer bedre vektøkning med nortriptyline			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsessymptomer (EDI). 22 (1RCT)	-	De rapporterer størst forbedring med nortriptyline			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Depresjon. 22 (1RCT)		De rapporterer størst forbedring med nortriptyline			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Angst. 22 (1RCT)		De rapporterer størst forbedring med nortriptyline			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Uønskede hendelser	-	Ikke rapportert			
Livskvalitet	-	Ikke rapportert			

Frafall	Ikke rapportert
^a Risiko for systematiske skjevheter, ^b Kun en liten studie og selve resultatene sparsommelig rapportert	

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til resultatene og er derfor usikre på hvordan 16 uker med fluoxitine + KAT + ernæringsbehandling påvirker vektøkning, psykopatologiske symptomer, depresjon og angst sammenlignet med nortriptyline + KAT + ernæringsbehandling. Det mangler informasjon om uønskede hendelser, livskvalitet og frafall.

Cyproheptadine sammenlignet med placebo til behandling for anoreksi

Fornaro og medarbeidere 2023 med litteratursøk i august 2022 fant to små RCTer med til sammen 73 voksne kvinner (gjennomsnittsalder 21 år) med AN som sammenlignet 4 uker cyproheptadine (32 mg/dag) med placebo (tabell 28). Alle kvinnene var innlagte pasienter.

Tabell 28. Oppsummeringstabell Cyproheptadine sammenlignet med placebo til behandling for anoreksi

Cyproheptadine sammenlignet med placebo til behandling for AN					
Populasjon: Voksne kvinner Setting: Innlagt Tiltak: Cyproheptadine Sammenligning: Placebo					
Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Placebo	Cypro- heptadine	Forskjell	
Spiseforstyrrelsesatferd målt som vekt. 73 (2 RCT)	-	De rapporterer bedre vektøkning med cyproheptadine			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsessymptomer hos restriktive AN pasienter (psykopatologiske symptomer, inklusive depressive symptomer (EDI-2)). 73 (2RCT)	-	De rapporterer forbedring med cyproheptadine			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsessymptomer hos AN pasienter med overspisnings- og oppkastepisoder (psykopatologiske symptomer, inklusive depressive symptomer (EDI-2)). 73 (2RCT)	-	De rapporterer forverring med cyproheptadine			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Uønskede hendelser	-	Ikke rapportert			
Livskvalitet	-	Ikke rapportert			
Frafall		Ikke rapportert			
a Kun to små studier og selve resultatene sparsommelig rapportert					

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til resultatene og er derfor usikre på hvordan 4 uker med cyproheptadine påvirker vektøkning og psykopatologiske symptomer sammenlignet med placebo. Det mangler informasjon om uønskede hendelser, livskvalitet og frafall.

Lithium sammenlignet med placebo

Fornaro og medarbeidere 2023 med litteratursøk i august 2022 fant én liten RCT med 16 voksne kvinner (gjennomsnittsalder 20 år) med AN som sammenlignet 4 til 7 uker lithium (0,9 til 1,4 mEq/l/serum konsentrasjon av lithium) med placebo. Behandlingen ble gitt poliklinisk.

Tabell 28. Oppsummeringstabell Lithium sammenlignet med placebo til behandling for anoreksi

Lithium sammenlignet med placebo til behandling for anoreksi					
Populasjon: Voksne kvinner med anoreksi					
Setting: Poliklinisk behandling					
Tiltak: Lithium					
Sammenligning: Placebo					
Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Placebo	Lithium	Forskjell	
Spiseforstyrrelsesatferd målt som vekt etter 4 uker. 16 (1 RCT)	-	Rapporterer bedre vektøkning med lithium			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsessymptomer målt som generell psykopatologi (HSCL-90). 16 (1 RCT)	-	De rapporterer forbedring med lithium			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Uønskede hendelser	-	Ikke rapportert			
Livskvalitet	-	Ikke rapportert			
Frafall		Ikke rapportert			
a Kun en liten studie og selve resultatene sparsommelig rapportert					

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til resultatene og er derfor usikre på hvordan 4 til 7 uker med lithium påvirker vektøkning og psykopatologiske symptomer sammenlignet med placebo. Det mangler informasjon om uønskede hendelser, livskvalitet og frafall.

Behandling med antidepressiva for bulimi

Fornaro og medarbeidere 2023 med litteratursøk i august 2022 fant 13 RCTer som bruker antidepressiva til behandling for bulimi: fluoxetin sammenlignet med placebo (n=5), fluvoxamine sammenlignet med placebo (n=1), imipramine sammenlignet med placebo (n=2), desipramine sammenlignet med placebo (n=1), amitriptyline sammenlignet med placebo (n=1), brofaromine sammenlignet med placebo (n=1), moclobemide sammenlignet med placebo (n= 1) og trazodone sammenlignet med placebo (n=1).

Fluoxitine sammenlignet med placebo

Fem RCTer med totalt 397 voksne kvinner med bulimi ble behandlet med fluoxitine over 5 til 52 uker (20 til 60 mg/dag) sammenlignet med placebo. Tre av sammenligningene ga også tilleggshandling både til fluoxitine gruppen og til placebogruppen, ernæringsveiledning, en manual om selvhjelp, intensiv atferdsterapi (tabell 29).

Tabell 29. Oppsummeringstabell Fluoxetine sammenlignet med placebo til behandling for bulimi

Fluoxitine sammenlignet med placebo som behandling for bulimi					
Populasjon: Voksne kvinner med bulimi					
Setting: Ikke rapportert					
Tiltak: Fluoxitine					
Sammenligning: Placebo					
Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Placebo	Fluoxitine	Forskjell SMD (95 % KI)	
Spiseforstyrrelsesatferd målt som frekvensen av overspisingsepisoder. 397 (5 RCT)	-	-	-	0,2 (0,01 til 0,4)	⊕⊕○○ Lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsesatferd målt som frekvensen av episoder med oppkast. 290 (3 RCT)	-	-	-	0,33 (-0,06 til 0,72)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}
Spiseforstyrrelsesatferd målt som vektendring. 161 (4 RCT)	-	-	-	0,15 (-0,16 til 0,45)	⊕⊕○○ Lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsessymptomer målt som spiseforstyrelsesskåre (EDI, EDE). 289 (4 RCT)	-	-	-	0,49 (0,13 til 0,85)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}
Depresjonssymptomer (BDI, HDRS). 328 (5 RCT)	-	-	-	0,33 (0,12 til 0,55)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Uønskede hendelser	-	Ikke rapportert			
Livskvalitet	-	Ikke rapportert			
Frafall	-	Ikke rapportert			

^a Risiko for systematiske skjevheter, ^b Relativt få deltagere, ^cHeterogenitet

^a Risiko for systematiske skjevheter, ^b Relativt få deltagere, ^cHeterogenitet

Oppsummert: Vi har lav tillit til to av effektestimaterne, det er mulig at fluoxetine reduserer frekvensen av overspisingsepisoder, det er muligens liten eller ingen endring i vekt. Vi har svært lav tillit til resultatene og er derfor usikre på hvordan 5 til 52 uker med fluoxitin påvirker frekvens med episoder av oppkast, spiseforstyrrelsesskåre depresjonssymptomer sammenlignet med placebo Det mangler informasjon om uønskede hendelser, livskvalitet og frafall.

Fluvoxamine sammenlignet med placebo

Fornaro og medarbeidere 2023 med litteratursøk i august 2022 fant én RCTer med 72 voksne kvinner (gjennomsnittsalder 24 år) med bulimi ble behandlet med fluvoxamine over 15 uker (188 mg/dag) sammenlignet med placebo (tabell 30).

Tabell 30. Oppsummeringstabell Fluvoxamine sammenlignet med placebo som behandling for bulimi

Fluoxitine sammenlignet med placebo som behandling for bulimi

Populasjon: Voksne kvinner med bulimi
Setting: ikke rapportert
Tiltak: Fluvoxamine
Sammenligning: Placebo

Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Placebo	Fluoxitine	Forskjell SMD (95 % KI)	
Spiseforstyrrelsesatferd målt som tilbakefall 72 (1 RCT)	-	Fluvoxamine forhindret tilbakefall			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Depresjon (HDRS). 72 (1 RCT)	-	Rapporterte ingen signifikant effekt			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Angst. 72 (1 RCT)	-	Rapporterte ingen signifikant effekt			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsessymptomer målt som kroppsbilde (EDI). 72 (1 RCT)	-	Rapporterte ingen signifikant effekt			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Uønskede hendelser	-	Ikke rapportert			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Livskvalitet	-	Ikke rapportert			
Frafall	-	Ikke rapportert			

^a Risiko for systematiske skjevheter, ^b Kun en liten studie,

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til resultatene og er derfor usikre på hvordan 15 uker med fluvoxamine påvirker tilbakefall, depresjonssymptomer, angst og kroppsbilde sammenlignet med placebo Det mangler informasjon om uønskede hendelser, livskvalitet og frafall.

Imipramine sammenlignet med placebo

Fornaro og medarbeidere 2023 med litteratursøk i august 2022 fant to RCTer med 22 voksne kvinner i den ene studie og 13 i den andre (totalt 36 voksne kvinner med gjennomsnittsalder på 28 og 29 år) med bulimi ble behandlet med imipramine over 6 til 8 uker (150 til 200 mg/dag) sammenlignet med placebo (tabell 31).

Tabell 31. Oppsummeringstabell Imipramine sammenlignet med placebo

Imipramine sammenlignet med placebo som behandling for bulimi

Populasjon: Voksne kvinner med bulimi
Setting: ikke rapportert
Tiltak: Imipramine
Sammenligning: Placebo

Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Placebo	Imipramine	Forskjell SMD (95 % KI)	
Spiseforstyrrelsesatferd målt som frekvensen av overspisningsepisoder 36 (2 RCT)	-	En av studiene rapporterer at imipramine reduserte frekvensen av overspisningsepisoder, den andre fant ingen signifikant forskjell			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Depresjon (BDI). 14 (1 RCT)	-	Rapporterte reduksjon i depresjon			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}

Uønskede hendelser	-	Ikke rapportert
Livskvalitet	-	Ikke rapportert
Frafall	-	Ikke rapportert

^a Risiko for systematiske skjevheter, ^b Kun svært få deltakere,

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til resultatene og er derfor usikre på hvordan 6 til 8 uker med imipramine påvirker frekvensen av overspisningsepisoder og alvorlighetsgrad av depresjonssymptomer sammenlignet med placebo Det mangler informasjon om uønskede hendelser, livskvalitet og frafall.

Desipramine sammenlignet med placebo

Fornaro og medarbeidere 2023 med litteratursøk i august 2022 fant én RCT med 78 voksne kvinner med bulimi ble behandlet med desipramine over 6 (maks 300 mg/dag) sammenlignet med placebo (tabell 32).

Tabell 32. Oppsummeringstabell Desipramine sammenlignet med placebo for bulimi

Desipramine sammenlignet med placebo som behandling for bulimi

Populasjon: Voksne kvinner med bulimi

Setting: ikke rapportert

Tiltak: Desipramine

Sammenligning: Placebo

Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95% KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Placebo	Desipramine	Forskjell	
Spiseforstyrrelsesatferd målt som frekvensen av overspisningsepisoder 78 (1 RCT)	-	Rapporterer at desipramine var bedre			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsessymptomer målt som (KMI). 78 (1 RCT)	-	Rapporterer at desipramine var bedre			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsessymptomer (BDI, HDRS, SCL- 90, STAI). 78 (1 RCT)	-	Rapporterer at desipramine var bedre			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsessymptomer (EAT). 78 (1 RCT)	-	Rapporterer at desipramine var bedre			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Uønskede hendelser	-	Ikke rapportert			
Livskvalitet	-		Ikke rapportert		
Frafall	-	Ikke rapportert			

^a Risiko for systematiske skjevheter, ^b Kun svært få deltakere,

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til resultatene og er derfor usikre på hvordan 6 uker med desipramine påvirker frekvensen av overspisningsepisoder, spiseforstyrrelsessymptomer og KMI sammenlignet med placebo Det mangler informasjon om uønskede hendelser, livskvalitet og frafall.

Amitriptyline sammenlignet med placebo

Fornaro og medarbeidere 2023 med litteratursøk i august 2022 fant én RCT med 32 voksne kvinner med bulimi som ble behandlet med amitriptyline over 8 (150 mg/dag) sammenlignet med placebo (tabell 33).

Tabell 33. Oppsummeringstabell Amitriptyline sammenlignet med placebo til behandling for bulimi

Amitriptyline sammenlignet med placebo som behandling for bulimi					
Populasjon: Voksne kvinner med bulimi					
Setting: ikke rapportert					
Tiltak: Amitriptyline					
Sammenligning: Placebo					
Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Placebo	Amitriptyline	Forskjell	
Spiseforstyrrelsesatferd målt som frekvensen av overspisningsepisoder 32 (1 RCT)	-	Rapporterer ingen forskjell			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Depresjonssymptomer (HDRS). 32 (1 RCT)	-	Rapporterer at amitriptyline var bedre			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Uønskede hendelser	-	Ikke rapportert			
Livskvalitet	-		Ikke rapportert		
Frafall	-	Ikke rapportert			

^a Risiko for systematiske skjevheter, ^b Kun svært få deltakere,

^a Risiko for systematiske skjevheter, ^b Kun svært få deltakere,

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til resultatene og er derfor usikre på hvordan 8 uker med amitriptyline påvirker frekvensen av overspisningsepisoder og depresjonssymptomer sammenlignet med placebo. Det mangler informasjon om uønskede hendelser, livskvalitet og frafall.

Brofaromine sammenlignet med placebo

Fornaro og medarbeidere 2023 med litteratursøk i august 2022 fant én RCT med 36 voksne kvinner med bulimi som ble behandlet med brofaromine (25 til 200 mg/dag) over 8 uker sammenlignet med placebo (tabell 34).

Tabell 34. Oppsummeringstabell Brofaromine sammenlignet med placebo som behandling for bulimi

Brofaromine sammenlignet med placebo som behandling for bulimi					
Populasjon: Voksne kvinner med bulimi Setting: Ikke rapportert Tiltak: Brofaromine Sammenligning: Placebo					
Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Placebo	Brofaromine	Forskjell	

Spiseforstyrrelsesatferd målt som frekvensen av overspiningsepisoder 36 (1 RCT)	-	Rapporterer ingen forskjell	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsesatferd målt som frekvensen av episoder med oppkast 36 (1 RCT)	-	Rapporterer færre episoder med brofaromine	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsessymptomer målt som vekttap 36 (1 RCT)	-	Rapporterer at flere gikk ned i vekt med brofaromine	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Uønskede hendelser. 36 (1 RCT)	-	Høyere % av uønskede hendelser med brofaromine	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Livskvalitet	-	Ikke rapportert	
Frafall	-	Ikke rapportert	

^a Risiko for systematiske skjevheter, ^b Kun svært få deltakere,

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til resultatene og er derfor usikre på hvordan 8 uker med brofarmine påvirker frekvensen av overspiningsepisoder, episoder med oppkast, vektendring og uønskede hendelser sammenlignet med placebo. Det mangler informasjon om livskvalitet og frafall.

Moclobemide sammenlignet med placebo

Fornaro og medarbeidere 2023 med litteratursøk i august 2022 fant én RCT med 77 voksne kvinner med bulimi ble behandlet med moclobemide (600 mg/dag) over 6 uker sammenlignet med placebo (tabell 35).

Tabell 35. Oppsummeringstabell Moclobemide sammenlignet med placebo som behandling for bulimi

Moclobemide sammenlignet med placebo som behandling for bulimi					
Populasjon: Voksne kvinner med bulimi					
Setting: ikke rapportert					
Tiltak: Moclobemide					
Sammenligning: Placebo					
Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Placebo	Moclobemide	Forskjell	
Spiseforstyrrelsesatferd målt som frekvensen av overspiningsepisoder 77 (1 RCT)	-	Rapporterer ingen forskjell			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsesatferd målt som frekvensen av episoder med oppkast 77 (1 RCT)	-	Rapporterer ingen forskjell			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Uønskede hendelser. 77 (1 RCT)	-	Rapporterer som trygg			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Livskvalitet	-	Ikke rapportert			
Frafall	-	Ikke rapportert			

^a Risiko for systematiske skjevheter, ^b Kun svært få deltakere,

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til resultatene og er derfor usikre på hvordan 6 uker med moclobemide påvirker frekvensen av overspisingsepisoder, episoder med oppkast og uønskede hendelser sammenlignet med placebo. Det mangler informasjon om livskvalitet og frafall.

Trazodone sammenlignet med placebo

Fornaro og medarbeidere 2023 med litteratursøk i august 2022 fant én RCT med 42 voksne kvinner med bulimi ble behandlet med trazodone (200 til 400 mg/dag) over 6 uker sammenlignet med placebo (tabell 36).

Tabell 36. Oppsummeringstabell Trazodone sammenlignet med placebo som behandling for bulimi

Trazodone sammenlignet med placebo som behandling for bulimi					
Populasjon: Voksne kvinner med bulimi					
Setting: Ikke rapportert					
Tiltak: Trazodone					
Sammenligning: Placebo					
Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Placebo	Trazodone	Forskjell	
Spiseforstyrrelsesatferd målt som selvrapporterte overspisingsepisoder 42 (1 RCT)	-	Rapporterer færre episoder med trazodone			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsesatferd målt som frekvensen av episoder med oppkast 42 (1 RCT)	-	Rapporterer færre episoder med trazodone			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Uønskede hendelser. 42 (1 RCT)	-	Rapporterer få hendelser			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Livskvalitet	-	Ikke rapportert			
Frafall	-	Ikke rapportert			

^a Risiko for systematiske skjevheter, ^b Kun svært få deltakere,

^a Risiko for systematiske skjevheter, ^b Kun svært få deltakere,

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til resultatene og er derfor usikre på hvordan 6 uker med trazodone påvirker frekvensen av overspisingsepisoder, episoder med oppkast og uønskede hendelser sammenlignet med placebo. Det mangler informasjon om livskvalitet og frafall.

Antidepressa for overspisingsslidelse

Fornaro og medarbeidere 2023 med litteratursøk i august 2022 fant sju RCTer som bruker antidepressiva til behandling for overspisingsslidelse: vortioxetine sammenlignet med placebo (n=1), duloxetine sammenlignet med placebo (n=1), bupropion + naltrexone sammenlignet med placebo (n=1), fluvoxamine sammenlignet med placebo (n=2), fluvoxamine sammenlignet med sertraline (n=1) og sertraline sammenlignet med placebo (n=1).

Vortioxetine sammenlignet med placebo for overspinningslidelse

Én RCT med 80 voksne personer (67 % kvinner) med overspinningslidelse ble behandlet med vortioxetine (20 mg/dag) over 12 uker sammenlignet med placebo (tabell 37).

Tabell 37. Oppsummeringstabell Vortioxetine sammenlignet med placebo for overspinningslidelse

Vortioexetine sammenlignet med placebo som behandling for overspinningslidelse

Populasjon: Voksne med overspinningslidelse

Setting: Ikke rapportert

Tiltak: Vortioexetine

Sammenligning: Placebo

Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Placebo	Vortioexetine	Forskjell	
Spiseforstyrrelsesatferd målt som frekvens av overspinningsepisoder 80 (1 RCT)	-	Rapporterer ingen forskjell			⊕○○○ Svært lav ^a
Spiseforstyrrelsessymptom målt som vekt og KMI 80 (1 RCT)	-	Rapporterer ingen forskjell			
Uønskede hendelser	-	Ikke rapportert			
Livskvalitet	-	Ikke rapportert			
Frafall	-	Ikke rapportert			

^a Kun en liten studie med svært få deltakere.

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til resultatene og er derfor usikre på hvordan 12 uker med vortioxetine påvirker frekvensen av overspinningsepisoder, vekt og KMI sammenlignet med placebo. Det mangler informasjon om uønskede hendelser, livskvalitet og frafall.

Duloxetine sammenlignet med placebo for overspinningslidelse

Fornaro og medarbeidere 2023 med litteratursøk i august 2022 fant én RCT med 40 voksne personer (88 % kvinner) med overspinningslidelse ble behandlet med duloxetine (78,7 mg/dag) over 12 uker sammenlignet med placebo (tabell 38).

Tabell 38. Oppsummeringstabell Duloxetine sammenlignet med placebo som behandling for overspinningslidelse

Duloxetine sammenlignet med placebo som behandling for overspisningslidelse					
Populasjon: Voksne med overspisningslidelse					
Setting: Ikke rapportert					
Tiltak: Duloxetine					
Sammenligning: Placebo					
Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Placebo	Duloxetine	Forskjell	

Spiseforstyrrelsesatferd målt som frekvens av overspisingsepisoder 40 (1 RCT)	-	Rapporterer færre overspisingsepisoder med duloxetine	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsessymptom målt som KMI og vekt. 40 (1 RCT)		Rapporterer ingen forskjell	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsessymptom målt som psykopatologi 40 (1 RCT)		Rapporterer ingen forskjell	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Depresjonssymptomer 40 (1 RCT)		Rapporterer ingen forskjell	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsessymptom målt som angst 40 (1 RCT)		Rapporterer ingen forskjell	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Uønskede hendelser	-	Ikke rapportert	
Livskvalitet	-	Ikke rapportert	
Frafall	-	Ikke rapportert	

^a Risiko for systematiske skjevheter, ^b Kun svært få deltakere,

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til resultatene og er derfor usikre på hvordan 12 uker med duloxetine påvirker frekvensen av overspisingsepisoder, vekt og KMI, depresjonssymptomer og angst sammenlignet med placebo. Det mangler informasjon om uønskede hendelser, livskvalitet og frafall.

Bupropion + naltrexone sammenlignet med placebo for overspisingsslidelse

Fornaro og medarbeidere 2023 med litteratursøk i august 2022 fant én RCT med 22 voksne personer (86 % kvinner) med overspisingsslidelse ble behandlet med bupropion (300 mg/dag) + naltrexone (50 mg/dag) over 12 uker sammenlignet med placebo (tabell 39).

Tabell 39. Oppsummeringstabell Bupropion + naltrexone sammenlignet med placebo som behandling for overspisingsslidelse

Bupropion + naltrexone sammenlignet med placebo som behandling for overspisingsslidelse

Populasjon: Voksne med overspisingsslidelse

Setting: Ikke rapportert

Tiltak: Bupropion + naltrexone

Sammenligning: Placebo

Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Placebo	Bupropion + naltrexone	Forskjell	
Spiseforstyrrelsesatferd målt som frekvens av overspisingsepisoder 22 (1 RCT)	-	Rapporterer ingen forskjell			⊕○○○ Svært lav ^a
Spiseforstyrrelsessymptom målt som KMI og vekt. 22 (1 RCT)		Rapporterer ingen forskjell			⊕○○○ Svært lav ^a
Spiseforstyrrelsessymptom (EDE). 22 (1 RCT)		Rapporterer ingen forskjell			⊕○○○ Svært lav ^a

Depresjonssymptomer (BDI) 22 (1 RCT)		Rapporterer ingen forskjell	⊕○○○ Svært lav ^a
Uønskede hendelser	-	Ikke rapportert	
Livskvalitet	-	Ikke rapportert	
Frafall	-	Ikke rapportert	

^a Kun en liten studie med svært få deltakere.

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til resultatene og er derfor usikre på hvordan 12 uker med bupropion + naltrexone påvirker frekvensen av overspisingsepisoder, vekt og KMI og depresjonssymptomer med placebo. Det mangler informasjon om uønskede hendelser, livskvalitet og frafall.

Fluvoxamine sammenlignet med placebo for overspisingsslidelse

Fornaro og medarbeidere 2023 med litteratursøk i august 2022 fant to RCTer med totalt med 105 voksne personer (85 til 91 % kvinner) med overspisingsslidelse ble behandlet med fluvoxamine (239 til 260 mg/dag) over 9 til 12 uker sammenlignet med placebo (tabell 40).

Tabell 40. Oppsummeringstabell Fluvoxamine sammenlignet med placebo som behandling for overspisingsslidelse

Fluvoxamine sammenlignet med placebo som behandling for overspisingsslidelse

Populasjon: Voksne med overspisingsslidelse

Setting: Ikke rapportert

Tiltak: Fluvoxamine

Sammenligning: Placebo

Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Placebo	Fluvoxamine	Forskjell	
Spiseforstyrrelsesatferd målt som frekvens av overspisingsepisoder 105 (2 RCT)	-	Studien med flest deltakere rapporterer færre overspisingsepisoder med fluvoxamine, den andre rapporterte ingen signifikant forskjell			⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}
Spiseforstyrrelsessymptom målt som KMI og vekt. 105 (2 RCT)	-	Studien med flest deltakere rapporterer færre overspisingsepisoder med fluvoxamine, den andre rapporterte ingen signifikant forskjell			⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}
Spiseforstyrrelsessymptom målt som psykopatologi (EDEQ, CGI) 105 (2 RCT)	-	Studien med flest deltakere rapporterer færre overspisingsepisoder med fluvoxamine, den andre rapporterte ingen signifikant forskjell			⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}
Depresjonssymptomer (BDI, HDRS) 105 (2 RCT)	-	Rapporterer ingen forskjell			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Uønskede hendelser 85 (1 RCT)	-	Flere personer behandlet med fluvoxamine avsluttet behandling på grunn av uønskede hendelser			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Livskvalitet	-	Ikke rapportert			
Frafall	-	Ikke rapportert			

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til resultatene og er derfor usikre på hvordan 9 til 12 uker med fluvoxamine påvirker frekvensen av overspisningsepisoder, vekt og KMI, psykopatologi, depresjonssymptomer og uønskede hendelser sammenlignet med placebo. Det mangler informasjon om livskvalitet og frafall.

I tillegg var det en studie med 108 personer (59 % kvinner) med overspisningslidelse som ble randomisert til fem behandlingsgrupper: kognitiv atferdsterapi (KAT); fluoxetine (60 mg/dag); fluvoxamine (300 mg/dag); KAT + fluoxetine; KAT + fluvoxamine. De rapporterer en fordel hos de personen som også mottok KAT, men har ikke utdypet for hvilke utfall, derfor kan vi ikke videreformidle mer.

I tillegg var det en studie med 108 personer (78 % kvinner) med overspisningslidelse som ble randomisert til fire behandlingsgrupper: fluoxetine (60 mg/dag); fluoxetine (60 mg/dag) + kognitiv atferdsterapi (KAT); placebo; placebo + KAT. De rapporterer en fordel hos de personen som mottok KAT, men fant ikke forskjell mellom de andre gruppene. De har ikke utdypet for hvilke utfall, derfor kan vi ikke videreformidle mer.

Fluoxetine sammenlignet med Sertraline for overspisningslidelse

Fornaro og medarbeidere 2023 med litteratursøk i august 2022 fant én RCT med 42 voksne kvinner med overspisningslidelse ble behandlet med fluoxetine (40 til 80 mg/dag) over 24 uker sammenlignet med sertraline (100 til 200 mg/dag) (tabell 41).

Tabell 41. Oppsummeringstabell Fluoxetine sammenlignet med sertraline som behandling for overspisningslidelse

Fluoxetine sammenlignet med sertraline som behandling for overspisningslidelse					
Populasjon: Voksne med overspisningslidelse					
Setting: Ikke rapportert					
Tiltak: Fluoxetine					
Sammenligning: Sertraline					
Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Sertraline	Fluoxetine	Forskjell	
Spiseforstyrrelsesatferd målt som alvorlighet og frekvens av overspisnings-episoder (BES) 42 (1 RCT)	-	Rapporterer ingen forskjell			⊕○○○ Svært lav ^a
Spiseforstyrrelsessymptom målt som vekt-tap. 42 (1 RCT)	-	Rapporterer ingen forskjell			⊕○○○ Svært lav ^a
Uønskede hendelser	-	Ikke rapportert			
Livskvalitet	-	Ikke rapportert			
Frafall	-	Ikke rapportert			

^a Kun en liten studie med svært få deltakere

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til resultatene og er derfor usikre på hvordan 24 uker med fluoxetine påvirker alvorlighet og frekvensen av overspisningsepisoder og

vekttap sammenlignet med sertraline. Det mangler informasjon om uønskede hendelser, livskvalitet og frafall.

Sertraline sammenlignet med placebo for overspisningslidelse

Fornaro og medarbeidere 2023 med litteratursøk i august 2022 fant én RCT med 34 voksne personer (94 % kvinner) med overspisningslidelse ble behandlet med Sertraline (187 mg/dag) over 6 uker sammenlignet med placebo (tabell 42).

Tabell 42. Oppsummeringstabell Sertraline sammenlignet med placebo som behandling for overspisningslidelse

Sertraline sammenlignet med placebo som behandling for overspisningslidelse					
Populasjon: Voksne med overspisningslidelse					
Setting: Ikke rapportert					
Tiltak Sertraline					
Sammenligning: Placebo					
Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Placebo	Sertraline	Forskjell	
Spiseforstyrrelsesatferd målt som frekvens av overspisnings-episoder. 34 (1 RCT)	-	Rapporterer færre overspisningsepisoder med sertraline			⊕○○○ Svært lav ^a
Spiseforstyrrelsessymptom målt som KMI. 34 (1 RCT)	-	Rapporterer redusert KMI med sertraline			⊕○○○ Svært lav ^a
Spiseforstyrrelsessymptom målt som psykopatologi (CGI). 34 (1 RCT)	-	Rapporterer redusert psykopatologi med sertraline			⊕○○○ Svært lav ^a
Uønskede hendelser	-	Rapporterer at behandlingen var godt tolerert			⊕○○○ Svært lav ^a
Livskvalitet	-	Ikke rapportert			
Frafall	-	Ikke rapportert			

^a Kun en liten studie med svært få deltakere

^a Kun en liten studie med svært få deltakere

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til resultatene og er derfor usikre på hvordan 6 uker med sertraline påvirker frekvensen av overspisningsepisoder, KMI og psykopatiske symptomer og uønskede hendelser sammenlignet med placebo. Det mangler informasjon om livskvalitet og frafall.

Fornaro og medarbeidere 2023 med litteratursøk i august 2022 referer også til en annen studie som sammenligner sertraline + kognitiv atferdsterapi (KAT) + diett med sertraline + topiramate + KAT + diett og KAT + diett (uten legemiddel) for overspisningslidelse. Fornaro og medarbeidere 2023 rapporterer hvordan det gikk med gruppen, men sammenligner dem ikke. Derfor kan vi ikke videreformidle resultatene, selv om vi noterer at det er til sammen 30 personer i denne ene studien som varte i 6 måneder.

Antipsykotika (feks Olanzapin, Quetiapin, Risperidon, Haloperidol)

Antipsykotika er legemidler primært utviklet for behandling av psykotiske symptomer. De deles inn i førstegenerasjons- og andregenerasjons antipsykotika, hvor begge grupper påvirker positive symptomer (eks hallusinasjoner), mens sistnevnte i større grad også kan påvirke negative symptomer (eks apati).

Antipsykotika for anoreksi

Fornaro og medarbeidere 2023 med litteratursøk i august 2022 fant 12 RCTer som bruker antipsykotika til behandling for anoreksi: olanzapine sammenlignet med placebo (n=6), olanzapine sammenlignet med chlorpromazine (n=1), risperidone sammenlignet med placebo (n=1), quetiapine sammenlignet med placebo (n=1), quetiapine + vanlig behandling sammenlignet med placebo (n=1), sulpiride sammenlignet med placebo (n= 1) og pimozide sammenlignet med placebo (n=1).

Olanzapine sammenlignet med placebo for anoreksi

Fornaro og medarbeidere 2023 med litteratursøk i august 2022 fant seks RCTer med 279 voksne (96 til 100% kvinner) med anoreksi ble behandlet med olanzapine (5 til 8,5 mg/dag) sammenlignet med placebo (tabell 43). En av de seks studiene ga også kognitiv atferdsbehandling (KAT) til både olanzapine gruppen og til placebogruppen. En annen av de seks studiene ga kognitiv atferdsterapi (KAT) og ernæringsrehabiliteringsprogram til både olanzapine gruppen og placebogruppen.

Tabell 43. Oppsummeringstabell Olanzapine sammenlignet med placebo som behandling for anoreksi

Olanzapine sammenlignet med placebo som behandling for AN					
Populasjon: Voksne personer (96 – 100% kvinner) med anoreksi					
Setting: Ikke rapportert					
Tiltak: Olanzapine					
Sammenligning: Placebo					
Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Placebo	Olanzapine	Forskjell SMD (95% KI)	
Spiseforstyrrelsesatferd					Ikke rapportert
Spiseforstyrrelsessymptom målt som KMI 279 (6 RCT)	-	-	-	0,28 (0,05 til 0,52)	
Spiseforstyrrelsessymptomer målt som spisefor- styrrelses-score (EDI-2, EDE). 205 (3 RCT)	-	-	-	0,22 (-0,05 til 0,49)	
Tvangssymptomer (OCD atferd). 239 (4 RCT)	-	-	-	0,17 (-0,11 til 0,46)	
					⊕⊕○○ Lav ^{a,b}
					⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
					⊕⊕○○ Lav ^{a,b}

Depresjonsskåre (BDI, CES-D, PAI). 209 (3 RCT)	-	-	-	0,19 (-0,08 til 0,46)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Uønskede hendelser. 43 (2 RCT)	-	Rapporterer godt tolerert			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Livskvalitet	-	Ikke rapportert			
Frafall	-	Ikke rapportert			

^a Relativt få deltagere, ^b Brede KI som krysser to OIS

Oppsummert: Vi har lav tillit til to av effektestimaterne, det er mulig at olanzapine øker vekten, det er muligens liten eller ingen endring i tvangssymptomer. Vi har svært lav tillit til resultatene og er derfor usikre på hvordan olanzapine (5 til 8,5 mg/dag) påvirker depresjonsskåre, spiseforstyrrelsesskåre og uønskede hendelser sammenlignet med placebo. Det mangler informasjon om spiseforstyrrelsesatferd, livskvalitet og frafall.

Olanzapine sammenlignet med Chlorpromazine for anoreksi

Fornaro og medarbeidere 2023 med litteratursøk i august 2022 fant én RCT med 15 voksne kvinner med anoreksi ble behandlet med olanzapine (10 mg/dag) sammenlignet med chlorpromazine (50 mg/dag) over 6 til 8 uker (tabell 44).

Tabell 44. Oppsummeringstabell Olanzapine sammenlignet med chlorpromazine som behandling for anoreksi

Olanzapine sammenlignet med placebo som behandling for AN

Populasjon: Voksne kvinner

Setting: Ikke rapportert

Tiltak Olanzapine

Sammenligning: Chlorpromazine

Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Chlorpromazine	Olanzapine	Forskjell	
Spiseforstyrrelsesatferd	-	Ikke rapportert			
Spiseforstyrrelsessymptom målt som vekt. 15 (1 RCT)		Rapporterer ingen signifikant forskjell			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsessymptom målt som ruminerende tanker). 15 (1 RCT)		Rapporterer større reduksjon i ruminerende tanker med chlorpromazine			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsessymptom (EDI-2). 15 (1 RCT)		Rapporterer større reduksjon i spiseforstyrrelsessymptomer med chlorpromazine			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Uønskede hendelser	-	Rapporterer at behandlingen var godt tålerert			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Livskvalitet	-	Ikke rapportert			
Frafall	-	Ikke rapportert			

^a Risiko for systematiske skjevheter, ^bKun en liten studie med svært få deltakere

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til resultatene og er derfor usikre på hvordan 6 til 8 uker med olanzapine påvirker vekt, ruminerende tanker og spiseforstyrrelsessymptomer sammenlignet med chlorpromazine. Det mangler informasjon om spiseforstyrrelsesatferd, livskvalitet og frafall.

Risperidone sammenlignet med placebo for anoreksi

En RCT med 40 unge kvinner (16 år gamle) med anoreksi ble behandlet med risperidone (2,5 mg/dag) sammenlignet med placebo over 9 uker (tabell 45).

Tabell 45. Oppsummeringstabell Olanzapine sammenlignet med placebo som behandling for anoreksi

Olanzapine sammenlignet med placebo som behandling for AN					
Populasjon: Voksne kvinner					
Setting: Ikke rapportert					
Tiltak Olanzapine					
Sammenligning: Placebo					
Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Placebo	Olanzapine	Forskjell	
Spiseforstyrrelsesatferd	-	Ikke rapportert			⊕○○○ Svært lav ^a
Spiseforstyrrelsessymptom målt som vekt (KMI). 40 (1 RCT)		Rapporterer ingen signifikant forskjell			
Spiseforstyrrelsessymptomer (EDI-2). 40 (1 RCT)		Rapporterer ingen signifikant forskjell			
Uønskede hendelser	-	Ikke rapportert			
Livskvalitet	-	Ikke rapportert			
Frafall	-	Ikke rapportert			

^a Kun en liten studie med svært få deltakere

^a Kun en liten studie med svært få deltakere

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til resultatene og er derfor usikre på hvordan 9 uker med risperidone påvirker vekt, og spiseforstyrrelsessymptomer sammenlignet med placebo. Det mangler informasjon om spiseforstyrrelsesatferd, uønskede hendelser livskvalitet og frafall.

Quetiapine sammenlignet med placebo for anoreksi

En RCT med 21 kvinner med anoreksi ble behandlet med quetiapine (177,7 mg/dag) sammenlignet med placebo over 8 uker (tabell 46).

Tabell 46. Oppsummeringstabell Quetiapine sammenlignet med placebo til behandling for anoreksi

Quetiapine sammenlignet med placebo som behandling for AN

Populasjon: Voksne kvinner med anoreksi
Setting: Ikke rapportert
Tiltak: Quetiapine
Sammenligning: Placebo

Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Placebo	Quetiapine	Forskjell	
Spiseforstyrrelsesatferd	-	Ikke rapportert			⊕○○○ Svært lav ^a
Spiseforstyrrelsessymptom målt som vekt (KMI). 21 (1 RCT)		Rapporterer ingen signifikant forskjell			
Spiseforstyrrelsessymptomer (EDI-2). 21 (1 RCT)		Rapporterer ingen signifikant forskjell			
Uønskede hendelser	-	Ikke rapportert			⊕○○○ Svært lav ^a
Livskvalitet	-	Ikke rapportert			
Frafall	-	Ikke rapportert			

^a Kun en liten studie med svært få deltakere

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til resultatene og er derfor usikre på hvordan 8 uker med quetiapine påvirker vekt, og spiseforstyrrelsessymptomer sammenlignet med placebo. Det mangler informasjon om spiseforstyrrelsesatferd, uønskede hendelser livskvalitet og frafall.

Quetiapine + vanlig behandling sammenlignet med placebo for anoreksi

En RCT med 33 personer (97 % kvinner, gjennomsnittsalder 22 år) med anoreksi fikk vanlig behandling og quetiapine (323 mg/dag) sammenlignet med vanlig behandling over 12 uker (tabell 47). Vanlig behandling ble vanligvis gitt som kognitiv atferdsbehandling eller familierterapi.

Tabell 47. Oppsummeringstabell Quetiapine + vanlig behandling sammenlignet med vanlig behandling som behandling for anoreksi

Quetiapine + vanlig behandling sammenlignet med vanlig behandling for AN

Populasjon: Voksne kvinner
Setting: Ikke rapportert
Tiltak: Quetiapine + vanlig behandling
Sammenligning: Vanlig behandling

Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Vanlig behandling	Quetiapine + vanlig behandling	Forskjell	
Spiseforstyrrelsesatferd	-	Ikke rapportert			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsessymptom målt som vekt. 33 (1 RCT)		Rapporterer større vektøkning med quetiapine + vanlig behandling etter 6 måneder			

Spiseforstyrrelsessymptomer (EDI-2). 33 (1 RCT)		Rapporterer større forbedring i spiseforstyrrelsessymptomer med quetiapine + vanlig behandling etter 6 måneder	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Uønskede hendelser 33 (1 RCT)	-	Kun milde og forbigående symptomer ble rapportert	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Livskvalitet	-	Ikke rapportert	
Frafall	-	Ikke rapportert	

^a Høy risiko for systematiske skjevheter, ^b Kun en liten studie med svært få deltakere

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til resultatene og er derfor usikre på hvordan 12 uker med quetiapine + vanlig behandling påvirker vekt, spiseforstyrrelsessymptomer og uønskede hendelser sammenlignet med vanlig behandling. Det mangler informasjon om spiseforstyrrelsesatferd, livskvalitet og frafall.

Sulpiride sammenlignet med placebo for anoreksi

En RCT med 18 voksne kvinner med anoreksi fikk sulpiride (350 mg/dag) i tre uker og tre uker placebo i tilfeldig rekkefølge (tabell 48).

Tabell 48. Oppsummeringstabell Sulpiride sammenlignet med vanlig behandling som behandling for anoreksi

Sulpiride sammenlignet med placebo behandling for AN

Populasjon: Voksne kvinner med anoreksi

Setting: Ikke rapportert

Tiltak: Sulpiride

Sammenligning: placebo

Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Placebo	Sulpiride	Forskjell	
Spiseforstyrrelsesatferd	-	Ikke rapportert			
Spiseforstyrrelsessymptom målt som vekt. 18 (1 RCT)		Rapporterer ingen signifikant forskjell			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsessymptomer målt som kroppsmisnøye. 18 (1 RCT)		Rapporterer ingen signifikant forskjell			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsessymptomer målt som fobi mot vektøkning. 18 (1 RCT)		Rapporterer ingen signifikant forskjell			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Uønskede hendelser	-	Ikke rapportert			
Livskvalitet	-	Ikke rapportert			
Frafall	-	Ikke rapportert			

^a Høy risiko for systematiske skjevheter, ^b Kun en liten studie med svært få deltakere

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til resultatene og er derfor usikre på hvordan 3 uker med sulpiride påvirker vekt, kroppsmisnøye og fobi mot vektøkning sammenlignet med placebo. Det mangler informasjon om spiseforstyrrelsesatferd, uønskede hendelser, livskvalitet og frafall.

Pimozide sammenlignet med placebo for anoreksi

En RCT med 18 voksne kvinner med anoreksi fikk 3 uker med pimozide (5 mg/dag) og 3 uker med placebo i tilfeldig rekkefølge (tabell 49). Begge gangene fikk de også atferdsterapi

Tabell 49. Oppsummeringstabell Pimozide + atferdsterapi sammenlignet med placebo + atferdsterapi som behandling for anoreksi

Pimozide + atferdsterapi sammenlignet med placebo + atferdsterapi for AN					
Populasjon: Voksne kvinner med anoreksi					
Setting: Ikke rapportert					
Tiltak: Pimozide + atferdsterapi					
Sammenligning: Placebo + atferdsterapi					
Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Placebo + atferdsterapi	Pimozide + atferdsterapi	Forskjell	
Spiseforstyrrelsesatferd	-	Ikke rapportert			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsessymptom målt som vekt. 18 (1 RCT)		Rapporterer større vektøkning med pimozide			
Spiseforstyrrelsessymptomer målt som fobi mot vektøkning. 18 (1 RCT)		Rapporterer ingen signifikant forskjell			
Spiseforstyrrelsessymptomer målt som kroppsmisnøye. 18 (1 RCT)		Rapporterer ingen signifikant forskjell			
Uønskede hendelser	-	Ikke rapportert			
Livskvalitet	-	Ikke rapportert			
Frafall	-	Ikke rapportert			

^a Høy risiko for systematiske skjevheter. ^b Kun en liten studie med svært få deltakere

^a Høy risiko for systematiske skjevheter, ^b Kun en liten studie med svært få deltakere

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til resultatene og er derfor usikre på hvordan 3 uker med pimozide + atferdsterapi påvirker vekt, vektfobi og kroppsmisnøye sammenlignet med placebo + atferdsterapi. Det mangler informasjon om spiseforstyrrelsesatferd, uønskede hendelser, livskvalitet og frafall.

Antipsykotika behandling for bulimi

Fornaro og medarbeidere 2023 med søk i august 2022 fant ikke noen RCTer som omhandler behandling med antipsykotika for bulimi.

Antipsykotika behandling for overspisningslidelse

Fornaro og medarbeidere 2023 med søk i august 2022 fant ikke noen RCTer som omhandler behandling med antipsykotika for overspisningslidelse

Sentralstimulerende legemidler for spiseforstyrrelser

Fornaro og medarbeidere 2023 med søk i august 2022 fant ikke noen RCTer som omhandlet bruk av sentralstimulerende legemidler for AN eller BN

Lisdexamfetamine sammenlignet med placebo til behandling for overspisningslidelse

Tre RCTer med 1049 voksne personer (84 % kvinner) med overspisningslidelse ble behandlet i 11 til 12 uker med lisdexamfetamine (30 til 70 mg/dag) sammenlignet med placebo (tabell 50).

Tabell 50. Oppsummeringstabell Lisdexamfetamine sammenlignet med placebo som behandling for overspisningslidelse

Lisdexamfetamine sammenlignet med placebo som behandling for overspisningslidelse

Populasjon: Voksne personer (84 % kvinner) med overspisningslidelse

Setting: Ikke rapportert

Tiltak: Lisdexamfetamine

Sammenligning: Placebo

Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Placebo	Lisdex- amfetamine	Forskjell SMD (95 % KI)	
Spiseforstyrrelsesatferd målt som frekvens av overspisningsepisoder. 305 (2 RCT)	-	-	-	0,57 (0,28 til 0,86)	⊕⊕○○ Lav ^a
Spiseforstyrrelsesatferd målt som dager med overspisning. 1049 (3 RCT)	-	-	-	1,03 (0,59 til 1,47)	⊕⊕⊕○ Moderat ^b
Spiseforstyrrelsessymptomer målt som vekt-tap. 305 (2 RCT)	-	-	-	0,26 (0,07 til 0,45)	⊕⊕○○ Lav ^a
Spiseforstyrrelsessymptomer (BES, TFEQ). 305 (2 RCT)	-	-	-	0,76 (0,47 til 1,05)	⊕⊕○○ Lav ^a
Depresjonssymptomer (MADRS). 255 (1 RCT)	-	-	-	0,07 (-0,12 til 0,27)	⊕⊕○○ Lav ^{a,c}
Tvangssymptomer (OCD atferd) 1049 (3 RCT)	-	-	-	1,25 (0,61 til 1,89)	⊕⊕⊕○ Moderat ^b
Uønskede hendelser 255 (1 RCT)	-	Uønskede hendelser var vanlig (85 %) i lisdexamfetamingruppen sammenlignet med placebo (55 %)			⊕○○○ Svært lav ^{a,c}
Livskvalitet	-	Ikke rapportert			
Frafall	-	Ikke rapportert			

Oppsummert: Vi har moderat tillit til to av resultatene, det er sannsynlig at lisdexamfetamin i 11-12 uker reduserer antall dager med overspisning og reduserer tvangssymptomer hos personer med overspisningslidelse sammenlignet med placebo. Vi har lav tillit til fire av resultatene, det er mulig at lisdexamfetamine i 11 til 12 uker reduserer frekvensen av overspisningsepisoder, reduserer spiseforstyrrelsessymptomer, øker vekttag og reduserer depresjonssymptomer sammenlignet med placebo. Vi har svært lav tillit til resultatene og er derfor usikre på hvordan lisdexamfetamine påvirker uønskede hendelser sammenlignet med placebo. Det mangler informasjon om livskvalitet og frafall.

Amfetamin og relaterte substanser er kjent for å ha problematiske langtidseffekter, og gitt den korte oppfølgingstiden bør resultatene tolkes med forsiktighet.

Sibutramine sammenlignet med placebo for overspisningslidelse

Fornaro og medarbeidere 2023 med søk i august 2022 fant én RCT med 60 voksne personer (88 % kvinner) med overspisningslidelse fikk 12 uker med sibutramine (15 mg/dag) sammenlignet med placebo (tabell 51).

Tabell 51. Oppsummeringstabell Sibutramine sammenlignet med placebo som behandling for overspisningslidelse

Sibutramine sammenlignet med placebo for overspisningslidelse					
Populasjon: Voksne personer med overspisningslidelse Setting: Ikke rapportert Tiltak: Sibutramine Sammenligning: Placebo					
Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Placebo	Sibutramine	Forskjell	
Spiseforstyrrelsesatferd målt som frekvens av overspisnings-episoder 60 (1 RCT)	-	Rapporterer færre overspisningsepisoder med sibutramine			⊕○○○ Svært lav ^a .
Spiseforstyrrelsessymptom målt som vekt. 60 (1 RCT)	-	Rapporterer større vekttag med sibutramine			⊕○○○ Svært lav ^a .
Depresjonssymptomer (BDI). 60 (1 RCT)	-	Rapporterer større reduksjon i depresjonssymptomer med sibutramine			⊕○○○ Svært lav ^a .
Uønskede hendelser 60 (1 RCT)	-	Rapporterer godt tålerert			⊕○○○ Svært lav ^a .
Livskvalitet	-	Ikke rapportert			
Frafall	-	Ikke rapportert			

^a Kun en liten studie med svært få deltagere og resultatene er sparsommelig rapportert

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til resultatene og er derfor usikre på hvordan 12 uker med sibutramine påvirker frekvens av overspisingsepisoder, vekt, depresjons-symptomer og uønskede hendelser sammenlignet med placebo. Det mangler informa-sjon om livskvalitet og frafall.

Cannabisbaserte behandlinger

Cannabis er en plante som inneholder flere aktive stoffer, blant annet THC, som har rusgivende effekt og som undersøkes for mulige medisinske bruksområder.

Den nyeste systematiske oversikten som hadde undersøkt bruk av cannabisbaserte be-handlinger for spiseforstyrrelser var de Bode og medarbeidere 2025, de hadde utført litteratursøk i juli 2024. Den systematiske oversikten til de Bode og medarbeidere 2025 ble vurdert til moderat metodisk kvalitet og omhandler bruk av medisinsk cannabis for voksne diagnostisert med psykiske lidelser, inklusive spiseforstyrrelser. Det ble funnet to dobbeltblinde randomiserte kryss-over studier som inkluderer personer med Ano-rexia Nervosa. Den ene studien sammenligner dronabiol med placebo og den andre stu-dien sammenligner THC med diazepam.

Dronabiol (syntetisk form for cannabis) sammenlignet med placebo til voksne med anorexia nervosa (AN)

Studien var utført i Danmark og inkluderte 24 voksne kvinner som hadde hatt AN diag-nose i fem år eller lengre, det er usikkert om noen av dem hadde brukt cannabis tidli-gere. Deltakerne fikk fire uker med dronabiol (syntetisk versjon av THC) (2,5 mg) to ganger daglig, fire uker pause (wash-out-period) og så fire uker med placebo to ganger daglig, eller det samme i motsatt rekkefølge. I begge behandlingsperiodene fikk delta-kerne også standard psykoterapi og ernæringsbehandling (Tabell 52).

Tabell 52. Oppsummeringstabell Dronabiol sammenlignet med placebo til behandling for anoreksi hos voksne kvinner

Dronabiol sammenlignet med placebo for AN					
Populasjon: Voksne kvinner med anoreksi					
Setting: Danmark					
Tiltak: Dronabiol 2,5 mg x 2 daglig for fire uker					
Sammenligning: Placebo x 2 daglig for fire uker					
Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Placebo	Dronabiol	Forskjell	
Spiseforstyrrelsesatferd – indikert med endring i vekt. 24 (1 RCT)	-	Rapporterer at begge gruppene oppnådde økt vekt, og litt mer (0,73 kg) i gruppen som fikk dronabiol.			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Spiseforstyrrelsessymptomer (EDI-2). 24 (1 RCT)	-	Ingen signifikant forskjell ble rapportert			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Uønskede hendelser	-	Ingen ble rapportert			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}

Livskvalitet	-	Ikke rapportert	-
Frafall/ikke fullført behandling	-	Ikke rapportert	

^a Risiko for systematiske skjevheter, ^b Kun en liten studie og selve resultatene sparsommelig rapportert

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til effektestimaterne og er derfor usikre på hvordan fire uker med dronabiol to ganger daglig påvirker spiseforstyrrelsesatferd, spiseforstyrrelsessymptomer og uønskede hendelser sammenlignet med placebo. Det mangler informasjon om livskvalitet og frafall.

THC sammenlignet med diazepam til voksne med anorexia nervosa (AN)

Studien var utført i Tyskland i 1983 og inkluderte 11 voksne kvinner med AN diagnose. Alle hadde amenoré (uteblitt menstruasjon) og hadde mistet minst 25 % av kroppsvekten. Kvinnene ble akuttinnlagt ved psykiatrisk sykehus, det er usikkert om noen av dem hadde brukt cannabis tidligere. Begge medisinene ble gitt i økende dose over to uker etterfulgt av to uker med den andre medisinen. THC ble først gitt 2,5 mg tre ganger daglig og så økt til 3 mg tre ganger daglig. Diazepam ble gitt som aktiv placebo, først 3 mg tre ganger daglig etterfulgt av 5 mg tre ganger daglig. I begge behandlingsperiodene fikk deltakerne også standard terapi for atferdsendring (behavior modification plan) (tabell 53).

Tabell 53. Oppsummeringstabell THC sammenlignet med diazepam behandling for AN

THC sammenlignet med diazepam for AN					
Populasjon: Voksne kvinner med anoreksi Setting: Tyskland Tiltak: THC Sammenligning: Diazepam					
Utfall Antall deltakere (antall studier)	Relativ effekt (95 % KI)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Diazepam	THC	Forskjell	
Spiseforstyrrelsesatferd	-	Ikke rapportert.			
Spiseforstyrrelsessymptomer (Hopkins symptoms checklist-90, Goldberg Anorectic attitude questionnaire, Goldberg situational discomfort scale (rapportert av pasient) og psychiatric rating scale rapportert av (psykiater)). 11 (1 RCT)	-	Det ble rapportert forverring av symptomene somatisering, søvnforstyrrelser og mellommenneskelige sensitivitet ved THC behandlingen (verken tall eller p oppgitt)			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Uønskede hendelser 11 (1 RCT)	-	n=0	n=3		⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Livskvalitet	-	Ikke rapportert			-
Frafall/ikke fullført behandling	-	Ikke rapportert			

^a Risiko for systematiske skjevheter, ^b Kun en liten studie og selve resultatene sparsommelig rapportert

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til effektestimatene og er derfor usikre på hvordan to uker med THC påvirker spiseforstyrrelsesatferd, spiseforstyrrelsessymptomer og uønskede hendelser sammenlignet med diazepam. Selv om vi er usikre på effektestimatet for uønskede hendelser så noterer vi at det var tre hendelser blant 11 deltakere som mottok THC, og vi må anerkjenne at det er et relevant utfall ved denne behandlingen. Det mangler informasjon om livskvalitet og frafall.

Det mangler informasjon om cannabisbaserte behandlinger for bulimi, overspisningslidelser, annen spesifisert/uspesifisert spiseforstyrrelse, unnnvikende/restriktiv spiseforstyrrelse og spiseforstyrrelser i barndommen.

Diskusjon

Hovedfunn

Vårt hovedfunn er at det er mangel på god dokumentasjon på grunn få tilgjengelige større godt utførte kontrollerte studier, helst randomiserte. For hvert tiltak som vurderes for behandling er det behov for flere gode studier (om den samme behandlingen og med samme sammenligning) for å kunne konkludere med god tillit til resultatene.

Vi inkluderte 165 systematiske oversikter i denne parapyoversikten. De 22 behandlingsformene som ble prioritert omfatter 53 behandlingssammenligninger. Mange behandlingssammenligninger omfattet medikamentell behandling, de aller fleste (31 av 36) ble sammenlignet med placebo, kun fem av dem omfattet sammenligning mellom to medikamenter.

For 39 av de 53 behandlingssammenligningene som er vurdert i de systematiske oversiktene i denne parapyoversikten, var det kun én studie som dannet kunnskapsgrunnlaget for sammenligningen. Av disse primærstudiene var det 25 som hadde færre enn 50 deltakere og kun tre av studiene hadde flere enn 100 deltakere (105, 108 og 154 deltakere). Når noe kun er undersøkt på få personer er muligheten for at resultatene kan være tilfeldige så stor at resultater bør tolkes forsiktig.

Kun for to behandlingsformer var det direkte sammenligning med flere bra utførte studier (med lav risiko for systematisk skjevhet) som inkluderer mange nok personer, og som har samsvarende resultater (lav eller ingen heterogenitet) uten for brede konfidensintervaller, der vi har moderat tillit til resultatene.

Vi har moderat tillit til fire utfall for personer med **overspisingsslidelser**:

- det er sannsynlig at kognitiv atferdsterapi gir bedring i spiseforstyrrelsessymptomer målt som depresjon og sannsynlig liten eller ingen endring i KMI sammenlignet med venteliste eller annen 'standard behandling' for voksne personer med overspisingsslidelse
- det er sannsynlig at lisdexamfetamin i 11-12 uker reduserer antall dager med overspising og reduserer tvangssymptomer hos voksne personer med overspisingsslidelse sammenlignet med placebo. Vi nevner at amfetamin og relaterte substanser er kjent for å ha problematiske langtidseffekter, og gitt den korte oppfølgingstiden bør resultatene tolkes med forsiktighet

Vi har lav tillit til flere resultater for personer med **overspisingsslidelser**:

- det er mulig at kognitiv atferdsterapi reduserer antall overspisningsepisoder, bekymring for utseende, vekt og spising sammenlignet med venteliste eller annen 'standard behandling' for voksne personer med overspisningslidelse
- det er mulig at kognitiv atferdsterapi har liten eller ingen påvirkning på, restriktiv spiseatferd, livskvalitet og selvtillit sammenlignet med venteliste, vanlig behandling eller annen behandling for voksne personer med overspisningslidelse
- det er mulig at lisdexamfetamine i 11 til 12 uker reduserer frekvensen av overspisningsepisoder, reduserer spiseforstyrrelsessymptomer, øker vekttap og reduserer depresjonssymptomer sammenlignet med placebo. Vi nevner at amfetamin og relaterte substanser er kjent for å ha problematiske langtidseffekter, og gitt den korte oppfølgingstiden bør resultatene tolkes med forsiktighet
- det er mulig at 14 til 16 uker med topiramate fører til redusert frekvens av overspisningsepisoder, økt andel personer i remisjon, vektreduksjon og forbedring i spiseforstyrrelsessymptomer sammenlignet med placebo for personer med overspisningslidelse

Vi har lav tillit til flere resultater for personer med **spiseforstyrrelser** (der pasienter med forskjellige spiseforstyrrelsesdiagnoser var i samme behandlingsgrupper):

- det er mulig trening og kropp-sinn-øvelser reduserer skadelige treningsvaner og frekvens og alvorlighet av forstyrret spiseatferd sammenlignet med venteliste, «vanlig behandling» eller «annen behandling» for personer med spiseforstyrrelser.

Vi har lav tillit til flere resultater for personer med **bulimi**:

- det er mulig at kognitiv atferdsterapi reduserer antall overspisningsepisoder, kompensere atferd, og oppkast sammenlignet med venteliste, eller annen 'standard behandling' for bulimi hos voksne.
- det er mulig at fluoxitine reduserer frekvensen av overspisningsepisoder og det er muligens liten eller ingen endring i vekt sammenlignet med placebo hos voksne kvinner med bulimi

Vi har lav tillit til flere resultater for personer med **anoreksi**:

- det er mulig at kognitiv adferdsterapi sammen med familieterapi reduserer spiseforstyrrelsessymptomer og øker vekt hos barn og unge med anoreksi sammenlignet med venteliste eller annen standard behandling
- det er mulig at 7 til 52 uker med fluoxitine reduserer alvorlighetsgrad av depresjon og grad av tvangssymptomer sammenlignet med placebo hos voksne kvinner med anoreksi
- det er mulig at olanzapine øker vekten og det er muligens liten eller ingen endring i tvangssymptomer hos voksne personer med anoreksi

Det var 13 av de forhåndsutvalgte behandlingene for spiseforstyrrelser som ikke er oppsummert og vurdert i en oppdatert systematisk oversikt, det betyr at vi ikke vet om de er effektive for behandling av spiseforstyrrelser. Vi vet ikke om det finnes studier

som har vurdert de behandlingene. Det vi kan si er at det er behov for systematiske oversikter om disse behandlingene.

For seks av de 22 prioriterte behandlingene, fant vi at de tilgjengelige systematiske oversiktene var av lav eller kritisk lav metodisk kvalitet som vurdert med AMSTAR-2. Det er behov for systematiske oversikter av bedre (høy eller moderat) metodisk kvalitet som omhandler disse behandlingene.

Er kunnskapsgrunnlaget dekkende og anvendelige?

Denne paraplyoversikten dekker systematiske oversikter med litteratursøk de siste årene fra 2020 til vårt søk i mai 2025, og fant 165 systematiske oversikter som omhandler behandling for spiseforstyrrelser. Det er mange forskjellige behandlingsmetoder som vurderes til bruk som behandling for spiseforstyrrelser. Det er også verdt å notere er at flesteparten av de systematiske oversiktene (59 %) omfattet alle spiseforstyrrelser.

Det var 13 av de forhåndsutvalgte behandlingene for spiseforstyrrelser som det ikke fantes oppsummert forskning om. Det betyr at for disse tiltakene vet vi ikke om de er effektive for behandling av spiseforstyrrelser. Vi vet heller ikke om det finnes studier som har vurdert de behandlingene. Det vi kan si er at det er behov for systematiske oversikter om behandling med adolescent focused therapy (FT), body project behandling, eksponeringsterapi, emosjonsfokusert familieterapi for spiseforstyrrelser (EFT), emosjonsfokusert terapi, exposure and response prevention for AN (AN-EXRP), focal-dynamic psychotherapy, kognitive dissonance, metakognitiv terapi, ped-t, trenings- og kostholdsterapi, temperamentsbasert terapi med støtte (TBT-S), utendørsterapi og metformin for spiseforstyrrelser.

Mange av spørsmålene i de prioriterte systematiske oversiktene, og i de inkluderte studiene deres, var den aktuelle behandlingen sammenlignet med venteliste/placebo/kontrollgruppe. Mens vi ville tro at det mest aktuelle for personer med spiseforstyrrelser (og det mest etiske) ville være sammenligning mellom to eller flere aktuelle behandlingsformer.

De fleste studiene som rapporterte om behandling for spiseforstyrrelser, rapporterte ikke om uønskede hendelser, livskvalitet eller frafall. Mange presenterte totalt antall frafall i studiene, men det er mest interessant å vite forskjellen i frafall mellom behandlingsgruppene.

De fleste studiene som omhandler behandling for spiseforstyrrelser og som er inkludert i de systematiske oversiktene som vi har vurdert, hadde ingen oppfølging etter behandlingsavslutning, eller kort oppfølgingstid. Den korte oppfølgingen er en svakhet siden mange personer som lider av spiseforstyrrelser forsetter å streve med mat også etter fullført behandling.

Kan vi stole på kunnskapsgrunnlaget?

Tilliten til resultatene er vurdert med GRADE-tilnærmingen (14). For oversikter der forfatterne selv hadde vurdert tilliten til resultatene (to av de 53 sammenligningene), har vi gjengitt forfatternes vurderinger. For oversikter uten slike vurderinger (51 sammenligninger), har vi vurdert tilliten til resultatene. Når man undersøker effekt av behandling, foreligger det økt risiko for systematiske feil og skjevheter i observasjonsstudier sammenlignet med randomiserte studier. Når man sammenligner to grupper, kan det være andre forskjeller mellom de to gruppene enn de behandlingene eller kontrolltiltak som undersøkes. Det er mulig å justere analyser for andre faktorene (konfunderende faktorer), men man kan bare juster for de faktorene man vet om og har tilgjengelig informasjon om.

En årsak til at vi nedgraderte tilliten til effektestimatene var risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte primærstudiene. Vi har basert oss på de vurderingene forfatterne av de systematiske oversiktene har utført når det gjelder studienes risiko for systematiske skjevheter.

Der det finnes flere studier som har samsvarende konklusjoner (med god overlapp av konfidensintervallene) og lavt mål på heterogenitet ($I^2 < 65\%$), har vi ikke nedgradert, men det var ofte der oversiktene hadde slått sammen flere spiseforstyrrelsesdiagnoser at det var høy heterogenitet (forskjellige konklusjoner i forskjellige studier) der vi nedgraderte vår tillit til resultatene. Ofte var det kun én (ofte liten) studie for hvert utfall, da er det ikke relevant å vurdere konsistens mellom studier.

En viktig årsak til nedgradering av tillit var manglende presisjon. Når det er én studie for hvert utfall, og det er relativt få hendelser/utfallsmålinger (færre enn 400), vurderer vi oftest å nedgradere vår tillit til estimatene på grunn av lite datagrunnlag (16). Ved få tilgjengelig målinger/hendelser, blir det ofte brede konfidensintervaller. Når disse konfidensintervallene er brede og inkluderer mulighet for både betydelig positiv og betydelig negativ effekt, nedgraderer vi vår tillit til effektestimatene pga. lav presisjon. Når man kun har én studie, selv om den er vurdert bra ved risiko for skjevheter-sjekkliste, så kan det være andre faktorer som kan påvirke, og det er noe usikkerhet knyttet til at studiens resultater ikke er bekreftet av andre studier. Dette er en av hovedgrunnene til at noen av resultatene har "lav" og andre har "svært lav" tillit til estimatene.

Vi forventer at nye studier med flere deltakere vil kunne gi mer presise effektestimat og sikrere kunnskap. Studier med mindre heterogenitet i populasjon, tiltak og sammenligning kan også gi mer presise effektestimat. På den andre siden kan små heterogene grupper være forskjellig/ulik gjennomsnittet i hele populasjonen.

Vi har vurdert overførbarhet/direkthet slik at vi tror at overførbarheten fra barn, ungdom og voksne personer med spiseforstyrrelser i de land som studiene er utført i (hovedsakelig andre høy-inntekts land) og personer med samme diagnose i Norge antagelig er ganske like. Vi har derfor ikke nedvurdert noen av resultatene for direkthet.

Når det kun er én studie eller få studier så blir det umulig å vurdere om studier på temaet kan være påvirket av publiseringsskjevheter, man trenger 8-10 studier for å kunne utføre analyse for publikasjonsskjevhet som kan tolkes.

Selv for de aller fleste anerkjente effektive behandlinger er det ikke relevant å benytte de tre oppgraderingsdomene i GRADE, "dose-respons", "store effekter" og "forvekslingsfaktorer". Når resultatene ikke er oppgitt, slik det var tilfelle i flere av de relevante systematiske oversiktene, er det ikke mulig å vurdere.

For de aller fleste utfallene i denne paraplyoversikten så har vi konkludert med at vi har lav eller svært lav tillit til estimatene og oppsummert dokumentasjon.

Styrker og svakheter ved denne systematiske oversikten

En fordel med paraplyoversikter er at man får et bredt overblikk over tilgjengelige systematiske oversikter om temaet. En styrke ved denne paraplyoversikten er den systematiske og transparente tilnærmingen vi har benyttet. Vi har fulgt internasjonale standarder for utarbeidelse av paraplyoversikter og vår prosjektplan.

Vi har et omfattende litteratursøk utarbeidet og utført av en profesjonell søkebibliotekar. Vurdering og utvelgelse av oversiktene ble utført av to personer uavhengig av hverandre både på tittel- og sammendragsnivå og i fulltekst, og ved vurdering av metodisk kvalitet av oversiktene. Dataauthenting og gradering ble utført av to personer sammen eller en person først som ble sjekket av en annen person.

Oversikter over systematiske oversikter har også noen iboende svakheter. For det første er man avhengig av at andre har valgt å lage en systematisk oversikt om akkurat den problemstillingen man selv skal oppsummere (samme populasjon, eksponering, sammenligning og utfall). Det er ikke opplagt at det finnes systematiske oversikter for enhver problemstilling. For det andre er man avhengig av at andre har utarbeidet systematiske oversikter av god metodisk kvalitet. I denne paraplyoversikten har vi ikke videreformidlet informasjon fra oversikter av lav eller kritisk lav metodisk kvalitet. Systematiske oversikter av lav eller svært lav kvalitet kan likevel ha omtalt gode primærstudier. Det er en viss risiko for at vi ikke har fanget opp resultatene fra gode primærstudier fordi oversiktene som oppsummerte primærstudiene var av lav/kritisk lav kvalitet.

Paraplyoversikter er også avhengig av de systematiske oversiktene rapporterer nødvendige detaljer om populasjon, behandling, sammenligning og utfall fra primærstudiene. Og, ikke minst, hvor like sammenligningsgruppene var ved start av studien, og justering for de konfunderende faktorene som det er fornuftig å justere for. Det er kjent at utfall som vurderes subjektivt kan skåres forskjellig avhengig av om utfallet måles av deltakeren eller andre. Selv om vi ikke vet hvem som målte utfall i primærstudiene, antar vi at studiene har brukt samme målestrategi i kontroll- og tiltaksgruppe. Følgelig

vurderer vi at dette ikke har påvirket konklusjonene våre. Hvis ikke samme målestrategi ble benyttet i kontroll- og tiltaksgruppe ville oversiktene vurdert at risikoen for systematiske skjevheter var høy (alle de inkluderte systematiske oversiktene vurderte risiko for systematiske skjevheter).

En tredje svakhet er at det nødvendigvis tar tid fra en relevant primærstudie er ferdig utført til den er publisert, og fra den er publisert til den oppsummeres i en systematisk oversikt. Selv om vi søkte bredt i flere elektroniske databaser, er det mulig vi har gått glipp av relevante systematiske oversikter. Systematiske oversikter kan for eksempel være utarbeidet av organisasjoner og virksomheter som publiserer disse på egne nettsider og ikke i tidsskrifter som blir indeksert i databasene vi har søkt i. For å identifisere flest mulig relevante systematiske oversikter er det ofte anbefalt å gjøre søk i kilder for grå litteratur. Når man har begrenset tid tilgjengelig så er dette ofte en oppgave som begrenses eller utelates. I denne paraplyoversikten var inklusjon av systematiske oversikter begrenset bakover i tid til 2020, og begrenset til oversikter publisert på skandinaviske språk, spansk eller engelsk. Selv om det finnes oversikter på andre språk og av eldre dato så antar vi at det ikke er en viktig begrensning all den tid vi fant mange nyere systematiske oversikter.

Denne paraplyoversikten omfatter mange forskjellig behandlingsformer, selv blant det mindre utvalget vi videreformidler fra. Det er utfordrende å skille mellom og sortere behandlinger som har mange fellestrekk og hvor ulike oversikter bruker ulike navn på behandlingsformer. Noen behandlingsformer har etablerte norske navn mens andre bruker det engelske navnet. Vi har forsøkt å lette lesingen i sorteringen av behandlingstyper i denne paraplyoversikten ved å kryss-referere i teksten.

Overensstemmelse med andre litteraturoversikter og studier

Et gjennomgående tema i de systematiske oversiktene som ligger til grunn for denne rapporten er mangel på større RCTer. Flere internasjonale retningslinjer peker på kognitiv adferdsterapi for alle aldersgrupper og familieterapi til de yngre, som behandling for spiseforstyrrelse. Dette er også blant behandlingsformene hvor vi finner flest studier.

I vår paraplyoversikt, baserer vi oss på systematiske oversikter som samler informasjon om studier med behandlings- og kontrollgruppe. Slike studier gjør det mulig å vurdere effekt av et tiltak opp mot et annet. Det er derimot ikke gitt at effektiviteten av en behandlingsform er like stor i praksis som i studien. Wergeland og medarbeidere (2025) trekker frem denne sammenligningen mellom effekt og effektivitet, og finner at selv om det er signifikante forskjeller i effekt er tallene sammenlignbare og tiltak som har vist effekt i studier med kontroll-grupper har også vist effekt i kliniske studier hvor man ser på symptomer og adferd før og etter behandling.

Vi fant ni paraplyoversikter i vårt litteratursøk hvorav sju av dem omhandler samme behandlingsformene som er omtalt i denne paraplyoversikten, og vi finner generelt godt samsvar med våre konklusjoner.

Tre av paraplyoversiktene omhandler mental helse generelt der spiseforstyrrelser er en av mange lidelser som undersøkes. Lethimaki og medarbeidere 2021 rapporterer at digitale intervensjoner for mental helse lidelser er lite studert. Leichsenring og medarbeidere 2022 rapporterer begrenset dokumentasjon om behandling med psykoterapi og farmakoterapi for de undersøkte mentale lidelsene, inklusive spiseforstyrrelser. Correll og medarbeidere 2021 omhandler 52 mentale lidelser og lister hvilken behandlingsform som de mener er mest lovende, de nevner familieterapi for anoreksi.

Garcia-Fernandez og medarbeidere 2023 rapporterer at familieterapi er den mest kunnskapsbaserte psykologiske tiltaket for spiseforstyrrelser. Kaidesoja og medarbeidere 2022 omhandler kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser og rapporterer et generelt behov for mer dokumentasjon, men at intensiv KAT er mest lovende for bulimi og overspisingsslidelse. Marchesi og medarbeidere 2024 omhandler kognitiv remedierende terapi for anoreksi og rapporterer at det muligens kan være positivt, men at mer forskning er nødvendig. Monteleone og medarbeidere 2022 rapporterer også generelt svakt dokumentasjonsgrunnlag og sender en tydelig melding om at de forskjellige spiseforstyrrelsene burde undersøkes hver for seg.

Resultatenes betydning for praksis

Vår paraplyoversikt dekker både kjente behandlingsformer for spiseforstyrrelser, så som kognitiv adferdsterapi og familieterapi samt nyere behandlingsmetoder og behandlingsformer, så som virtuell og nettbasert behandling. Således viser denne rapporten bredden av behandling for spiseforstyrrelser og hvilket evidensgrunnlag man har for de ulike behandlinger. Vi har gjennomgående lav til svært lav tillit til effekt-estimaterne som denne rapporten formidler. Hovedgrunnen til konklusjon om lav eller svært lav tillit er få og små tilgjengelige studier. At vi har lav eller svært lav tillit til resultatene betyr at vi er for usikre til å gi klare konklusjoner. Det betyr hverken at tiltakene ikke virker eller at de er like effektive, kun at vi har for lite dokumentasjon til å konkludere.

Denne paraplyoversikten kan brukes som argument for at det er behov for nye, større og bra utførte kontrollerte studier (gjørne randomiserte) om behandling for spiseforstyrrelser. Eventuell oppstart av nye behandlingsformer kan med fordel gjøres under kontrollerte studieforhold.

Rapporten vil brukes videre i Helsedirektoratets arbeid med oppdaterte retningslinjer for behandling av spiseforstyrrelser og resultatenes betydning for praksis vil i stor grad avhenge av dette arbeidet, samt hvilken mottagelse denne rapporten får i miljøet for behandling av spiseforstyrrelser i Norge.

Kunnskapshull

Det mangler systematiske oversikter om følgende behandlingsformer:

- Adolescent focused therapy (FT)
- Body project behandling

- Eksponeringsterapi
- Emosjonsfokuset familieterapi for spiseforstyrrelser (EFT)
- Emosjonsfokuset terapi
- Exposure and response prevention for AN (AN-EXRP)
- Focal- dynamic psychotherapy
- Kognitive dissonance
- Metakognitiv terapi
- Ped-t, trenings- og kostholdsterapi
- Temperamentsbasert terapi med støtte (TBT-S)
- Utendørsterapi
- Metformin

Blant de prioriterte behandlingene som vi så nærmere på, var det to systematiske oversikter som ikke fant noen studier som hadde forsket på effekten av den behandlingen for spiseforstyrrelser. Da har vi avdekket at det mangler studier som har vurdert:

- Radikal åpen dialektisk atferdsterapi (RO-DBT)
- Dialektisk atferdsterapi som undervisningstiltak for spiseforstyrrelser

For seks av de prioriterte behandlingene, fant vi at de tilgjengelige systematiske oversiktene var av lav eller kritisk lav metodisk kvalitet som vurdert med AMSTAR-2. Det er behov for systematiske oversikter av bedre (høy eller moderat) metodisk kvalitet som omhandler behandling med:

- Acceptance and commitment therapy (ACT)
- Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)
- Involvering av likepersoner
- Maudsley modellen for voksne personer med anoreksi
- Tvangsbehandling
- Virtual reality (VR) - virtuell virkelighet

De aller fleste behandlingsformene for spiseforstyrrelser som er omfattet av denne parapyoversikten er undersøkt i en eller få, og små studier. Trettini av de 53 behandlingssammenligningene i denne parapyoversikten er dekket av kun én studie. Kun tre av dem hadde flere enn 100 deltakere (105, 108 og 154 deltakere).

Det er et generelt behov for større studier med lav risiko for systematiske skjevheter som vurderer effekten av forskjellige behandlingsformer for spiseforstyrrelser.

Konklusjon

Vår hovedkonklusjon er at det er generell mangel på god dokumentasjon på grunn av mangel på større godt utførte randomiserte kontrollerte studier. Kognitiv atferdsterapi var den mest undersøkte behandlingen, og den med flest positive resultater.

Referanser

1. Folkehelserapporten – Helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2024 FHI. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelserapporten/>
2. Santomauro DF, Melen S, Mitchison D, Vos T, Whiteford H, Ferrari AJ. The hidden burden of eating disorders: an extension of estimates from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry* 2021;8(4):320-8. DOI: 10.1016/S2215-0366(21)00040-7.
3. Suren P, Skirbekk AB, Torgersen L, Bang L, Godoy A, Hart RK. Eating Disorder Diagnoses in Children and Adolescents in Norway Before vs During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open* 2022;5(7):e2222079. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.22079.
4. Reas DL, Rø G, Rø Ø. Trends in the Observed Versus Expected Incidence of Eating Disorders Before, During, and After the COVID-19 Pandemic: A National Patient Registry Study. *Int J Eat Disord* 2025;58(8):1469-76. DOI: 10.1002/eat.24443.
5. World Health Organization. International Classification of Diseases Eleventh Revision (ICD-11) [nettdokument]. Geneva: World Health Organization. Tilgjengelig fra: <http://icd.who.int/en>
6. Solmi M, Monaco F, Hojlund M, Monteleone AM, Trott M, Firth J, et al. Outcomes in people with eating disorders: a transdiagnostic and disorder-specific systematic review, meta-analysis and multivariable meta-regression analysis. *World Psychiatry* 2024;23(1):124-38. DOI: 10.1002/wps.21182.
7. Slik oppsummerer vi forskning [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 9. mai 2022; lest 28. okt. 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/metodeboka/>
8. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Version 6.2. [nettdokument]. Cochrane Collaboration; 2021. Tilgjengelig fra: <https://training.cochrane.org/handbook>
9. Vist GE, Kraus AM, Echavez JFM, Fossli M, Kirkehei I. Treatment of eating disorders: an umbrella review. PROSPERO 2025 CRD420251152990. Available from <https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/view/CRD420251152990>.
10. Valdez-Aguillar M, Vázquez-Arévalo R, Mancilla-Díaz JM, Beas Jara MC. Efectividad de intervenciones psicológicas en mujeres con trastorno por atracón: una revisión sistemática/Effectiveness of psychological interventions in women with binge eating disorder: a systematic review *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* 11(2): 141-157. DOI: [10.22201/fesi.20071523e.2021.2.722](https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2021.2.722).

11. Perez-Bracchiglione J, Meza N, Bangdiwala SI, Nino de Guzman E, Urrutia G, Bonfill X, et al. Graphical Representation of Overlap for OVERviews: GROOVE tool. *Res Synth Methods* 2022;13(3):381-8. DOI: 10.1002/jrsm.1557
12. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ* 2017;358:j4008. DOI: 10.1136/bmj.j400
13. Thomas J, Graziosi S, Brunton J, Ghouze Z, O'Driscoll P, Bond M, Koryakina A. EPPI-Reviewer 4: advanced software for systematic reviews, maps and evidence synthesis [nettdokument]. London: EPPI-Centre, UCL Social Research Institute, University College London; 2022. Tilgjengelig fra: <https://eppi.ioe.ac.uk/cms/default.aspx?tabid=1913>
14. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol* 2011;64(4):383-94. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2010.04.026
15. GRADEpro Guideline Development Tool [Software]: McMaster University and Evidence Prime Inc [lest]. Tilgjengelig fra: www.gradepr.org
16. Guyatt G, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, Alonso-Coello P, Rind D, Devereaux PJ, Montori VM, Freyschuss B, Vist G, Jaeschke R, Williams JW Jr, Murad MH, Sinclair D, Falck-Ytter Y, Meerpohl J, Whittington C, Thorlund K, Andrews J, Schünemann HJ. GRADE guidelines 6. Rating the quality of evidence - imprecision. *Journal of Clinical Epidemiology* 2011; 64: 1283-93.

Vedlegg 1: Søkestrategi

Søketreff totalt: 7415

Søketreff etter dublettkontroll: 2620

MEDLINE

MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions 1946 to May 08, 2025

Søkedato: 09.05.2025

Søketreff: 1525

#	Searches	Results
1	exp "Feeding and Eating Disorders"/dt, rh, th, de [Drug therapy, Rehabilitation, Therapy, Drug Effects]	9993
2	exp "Feeding and Eating Disorders"/ or (eating disorder* or anorexi* or bulimi* or binge eat* or rumination disorder* or rumination syndrome* or pica or avoidant food intake disorder* or restrictive food intake disorder* or ARFID or UFED or OSFED or neophobia* or EDNOS or purging disorder* or night eating syndrome*).ti,ab,kf,bt.	80580
3	(systematic review or meta-analysis).pt. or ((systematic* adj2 review*) or meta-anal* or metaanal* or rapid review* or (systematic* adj2 search*) or (review* and search* and (medline or pubmed)) or research syntheses* or evidence syntheses* or umbrella review* or (evidence adj2 map*) or gap map* or overview of review* or overview of overview* or NMA or ((Mixed or multiple or indirect) adj treatment comparison*) or MTC or ITC).ti,ab,kf,bt.	690549
4	exp Therapeutics/ or exp psychotherapy/ or Family Therapy/ or exp Behavior Therapy/ or exp patient care team/ or exp Patients/ or exp Anti-depressive Agents/ or Fluoxetine/ or exp Metformin/ or exp Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonists/ or (treat* or intervention* or therap* or management or follow-up or effect* or efficacy or care or rehabilitat* or habilitat* or counsel* or team* or multi-disciplin* or multidisciplin* or maudslay* or mentali?ation* or specialist supportive or physiotherap* or exercise* or physical activit* or training or psychotherap* or art or music* or bibliotherap* or mindfulness or yoga or (exposure and response prevention) or drug* or medicat* or pharmaco* or fluoxetine* or antidepress* or metformin* or glucagon-like peptide* or "GLP-1" or inpatient* or outpatient* or in-patient* or out-patient* or residential or daycare or family education* or psychoeducat* or parent* education* or peer or	23426548

	peers or family based or parent based or parent* guidance* or family guidance* or "acceptance and commitment" or psychodynamic* or psychomotor* or meditat* or placebo or dietar* or weigh* management or nutrition* or cognitive remediation* or cognitive restructuring or body project* or cognitive dissonance* or equine* or clinical approach* or medical approach*).ti,ab,kf,bt. or (approach* or novel).ti. or Administration & Dosage.fs. or (mdts* or cbt* or act or fbt* or fba* or ipt* or cft* or dbt* or mbt* or tbt* or efft* or eft* or mtd* or aft* or sscm* or mantra or ft?an* or ft an* or an exrp* or ped t or pedt* or tau or tbt* or mft*).ti,ab,kf. or (therapy or treatment or training).hw.	
5	(1 and 3) or (2 and 3 and 4)	2839
6	limit 5 to yr="2020 -Current"	1525

PsycINFO

1806 to May 2025 Week 1

Søkedato: 09.05.2025

Søketreff: 868

#	Searches	Results
1	exp eating disorders/ or (eating disorder* or anorexi* or bulimi* or binge eat* or rumination disorder* or rumination syndrome* or pica or avoidant food intake disorder* or restrictive food intake disorder* or ARFID or UFED or OSFED or neophobia* or EDNOS or purging disorder* or night eating syndrome*).ti,ab,id,bt.	52820
2	exp "Systematic Review"/ or exp Meta Analysis/ or (meta analysis or "systematic review").md. or (meta analysis or "systematic review").md. or ((systematic* adj2 review*) or meta-anal* or metaanal* or rapid review* or (systematic* adj2 search*) or (review* and search* and (medline or pubmed)) or research synthes* or evidence synthes* or umbrella review* or (evidence adj2 map*) or gap map* or overview of review* or overview of overview* or NMA or ((Mixed or multiple or indirect) adj treatment comparison*) or MTC or ITC).ti,ab,id,bt.	126837
3	exp Treatment/ or exp behavior therapy/ or exp family therapy/ or exp patients/ or exp antidepressant drugs/ or (treat* or intervention* or therap* or management or follow-up or effect* or efficacy* or care or rehabilitat* or habilitat* or counsel* or team* or multi-disciplin* or multi-discipline* or maudsley* or mentali?ation* or specialist supportive or physiotherap* or exercise* or physical activit* or training or psychotherap* or art or music* or bibliotherap* or mindfulness or yoga or (exposure and response prevention) or drug* or medicat* or pharmaco* or fluoxetine* or antidepress* or metformin* or glucagon-like peptide* or "GLP-1" or inpatient* or outpatient* or in-patient* or out-patient* or residential or daycare or family education* or psychoeducat* or parent* education* or peer or peers or family based or parent* based or parent* guidance* or family guidance* or "acceptance and commitment" or psychody-	3893022

	namic* or psychomotor* or meditat* or placebo or dietar* or weigh* management or nutrition* or cognitive remediation* or cognitive restructuring or body project* or cognitive dissonance* or equine* or clinical approach* or medical approach*).ti,ab,id,bt. or (approach* or novel).ti. or (mdts* or cbt* or act or fbt* or fba* or ipt* or cft* or dbt* or mbt* or tbt* or efft* or eft* or mtd* or aft* or sscm* or mantra or ft?an* or ft an* or an exrp* or ped t or pedt* or tau or tbt* or mft*).ti,ab. or (therapy or treatment or training).hw.	
4	1 and 2 and 3	1782
5	limit 4 to yr="2020 -Current"	868

Embase

1974 to 2025 May 08

Søkedato: 09.05.2025

Søketreff: 1506

#	Searches	Results
1	exp eating disorder/dm, dt, rh, th [Disease Management, Drug Therapy, Rehabilitation, Therapy]	11042
2	exp *eating disorder/ or (eating disorder* or anorexi* or bulimi* or binge eat* or rumination disorder* or rumination syndrome* or pica or avoidant food intake disorder* or restrictive food intake disorder* or ARFID or UFED or OSFED or neophobia* or EDNOS or purging disorder* or night eating syndrome*).ti,ab,kf,bt.	102964
3	exp "systematic review"/ or exp meta analysis/ or "rapid review"/ or "umbrella review"/ or ((systematic* adj2 review*) or meta-anal* or metaanal* or rapid review* or (systematic* adj2 search*) or (review* and search* and (medline or pubmed)) or research synthes* or evidence synthes* or umbrella review* or (evidence adj2 map*) or gap map* or overview of review* or overview of overview* or NMA or ((Mixed or multiple or indirect) adj treatment comparison*) or MTC or ITC).ti,ab,kf,bt.	944391
4	exp *therapy/ or exp *family therapy/ or exp *cognitive therapy/ or exp *psychiatric treatment/ or exp *antidepressant agent/ or exp *fluoxetine/ or exp *metformin/ or exp *glucagon like peptide 1 receptor agonist/ or exp *multidisciplinary team/ or *patient/ or exp *hospital patient/ or *outpatient/ or (treat* or intervention* or therap* or management or follow-up or effect* or efficac* or care or rehabilitat* or habilitat* or counsel* or team* or multi-disciplin* or multidisciplin* or maudsley* or mentali?ation* or specialist supportive or physiotherap* or exercise* or physical activit* or training or psychotherap* or art or music* or bibliotherap* or mindfulness or yoga or (exposure and response prevention) or drug* or medicat* or pharmaco* or fluoxetine* or antidepress* or metformin* or glucagon-like peptide* or "GLP-1" or inpatient* or outpatient* or in-patient* or out-patient* or residential or daycare or family education* or psychoeducat* or parent* education*	27992420

	or peer or peers or family based or parent* based or parent* guidance* or family guidance* or "acceptance and commitment" or psychodynamic* or psychomotor* or meditat* or placebo or dietar* or weigh* management or nutrition* or cognitive remediation* or cognitive restructuring* or body project* or cognitive dissonance* or equine* or clinical approach* or medical approach*).ti,ab,kf,bt. or (approach or novel).ti. or (mdts* or cbt* or act or fbt* or fba* or ipt* or cft* or dbt* or mbt* or tbt* or efft* or eft* or mtd* or aft* or sscm* or mantra or ft?an* or ft an* or an exrp* or ped t or pedt* or tau or tbt* or mft*).ti,ab,kf,bt.	
5	(1 and 3) or (2 and 3 and 4)	3940
6	exp eating disorder/ and (exp family therapy/ or exp cognitive therapy/)	5378
7	3 and 6	598
8	5 or 7	4077
9	limit 8 to yr="2020 -Current"	2085
10	limit 9 to embase	1506

Epistemonikos

Søkedato: 09.05.2025

Advanced search – søk 1

Søketreff: Systematic reviews 1121, broad synthesis 115

Title or abstract: "eating disorder" OR "eating disorders" OR anorexi* OR bulimi* OR "binge eating" OR "binge eaters" OR "rumination disorder" OR "rumination disorders" OR "rumination syndrome" OR "rumination syndromes" OR pica OR "avoidant food intake disorder" OR "avoidant food intake disorders" OR "restrictive food intake disorder" OR "restrictive food intake disorders" OR ARFID OR UFED OR OSFED OR neophobia* OR EDNOS OR "purging disorder" OR "purging disorders" OR "night eating syndrome" OR "night eating syndromes"

AND

Title or abstract: treat* or intervention* or therap* or management or "follow-up" or effect* or efficacy or care or rehabilitat* or habilitat* or counsel* or team* or "multi-disciplinary" or "multi-disciplin" or multidiscipline* or maudsley* or mentalisation* or mentalization* or "specialist supportive" or physiotherap* or exercise* or "physical activity" or "physical activities" or training or psychotherap* or art or music* or bibliotherap* or mindfulness or yoga or "exposure and response prevention" or drug* or medicat* or pharmaco* or fluoxetine* or antidepress* or metformin* or "glucagon-like peptide" or "glucagon-like peptides" or "GLP-1" or inpatient* or outpatient* or "in-patient" or "out-patient" or "in-patients" or "out-patients" or residential or daycare

Publication year: 2020-2025

Systematic reviews, Broad synthesis

Advanced search – søk 2

Systematic reviews 262, broad synthesis 30

Title or abstract: "eating disorder" OR "eating disorders" OR anorexi* OR bulimi* OR "binge eating" OR "binge eaters" OR "rumination disorder" OR "rumination disorders" OR "rumination syndrome" OR "rumination syndromes" OR pica OR "avoidant food intake disorder" OR "avoidant food intake disorders" OR "restrictive food intake disorder" OR "restrictive food intake disorders" OR ARFID OR UFED OR OSFED OR neophobia* OR EDNOS OR "purging disorder" OR "purging disorders" OR "night eating syndrome" OR "night eating syndromes"

AND

Title or abstract: "family education" or "family educations" or psychoeducat* or "parent education" or "parent educations" or peer or peers or "family based" or "parent based" or "parent guidance" or "family guidance" or "parental guidance" or "acceptance and commitment" or psychodynamic* or psychomotor* or meditat* or placebo or dietary or dietaries or "weight management" or nutrition* or "cognitive remediation" or "cognitive remediations" or "cognitive restructuring" or "body project" or "cognitive dissonance" or "body projects" or "cognitive dissonance" or equine* or "clinical approach" or "medical approach"

or "clinical approaches" or "medical approaches"

Publication year: 2020-2025

Systematic reviews, Broad synthesis

Advanced search – søk 3

Søketreff: Systematic reviews 857, broad synthesis 90

Title or abstract: "eating disorder" OR "eating disorders" OR anorexi* OR bulimi* OR "binge eating" OR "rumination disorder" OR "rumination syndrome" OR pica OR "avoidant food intake disorder" OR "restrictive food intake disorder" OR ARFID OR UFED OR OSFED OR neophobia* OR EDNOS OR "purging disorder" OR "night eating syndrome"

AND

Title or abstract: mdts* or cbt* or act or fbt* or fba* or ipt* or cft* or dbt* or mbt* or tbt* or efft* or eft* or mtd* or aft* or sscm* or mantra or ftan* or "ft an" or an exp* or "ped t" or pedt* or tau or tbt* or mft*

Publication year: 2020-2025

Systematic reviews, Broad synthesis

Cochrane Library

Søkedato: 12.05.2025

Søketreff: 12

#1 MeSH descriptor: [Feeding and Eating Disorders] explode all trees 2598

#2 ((eating next disorder*) or anorexi* or bulimi* or (binge NEXT eat*) or (rumination next disorder*) or (rumination next syndrome*) or pica or (avoidant next food next intake next disorder*) or (restrictive next food next intake next disorder*) or ARFID or UFED or OSFED or neophobia* or EDNOS or (purging next disorder*) or (night next eating next syndrome*)):ti,ab,kw 10868

#3 #1 or #2 with Cochrane Library publication date Between Jan 2020 and Jun 2025, in Cochrane Reviews, Cochrane Protocols 12

CINAHL (Ebsco)

Søkedato: 12.05.2025

Søketreff: 685

((MM "Eating Disorders" OR XB ("eating disorder" OR "eating disorders" OR anorexi* OR bulimi* OR "binge eating" OR "rumination disorder" OR "rumination disorders" OR "rumination syndrome" OR "rumination syndromes" OR pica OR "avoidant food intake disorder" OR "restrictive food intake disorder" OR "avoidant food intake disorders" OR "restrictive food intake disorders" OR arfid OR ufed OR osfed OR neophobia* OR ednos OR "purging disorder" OR "night eating syndrome"))

AND

(TI ((systematic* N2 review*) or meta-anal* or metaanal* or rapid review* or (systematic* N2 search*) or (review* and search* and (medline or pubmed)) or research syntheses* or evidence syntheses* or umbrella review* or (evidence N2 map*) or gap map* or overview of review* or overview of overview* or NMA or ((Mixed or multiple or indirect) adj treatment comparison*) or MTC or ITC) OR AB ((systematic* N2 review*) or meta-anal* or metaanal* or rapid review* or (systematic* N2 search*) or (review* and search* and (medline or pubmed)) or research syntheses* or evidence syntheses* or umbrella review* or (evidence N2 map*) or gap map* or overview of review* or overview of overview* or NMA or ((Mixed or multiple or indirect) adj treatment comparison*) or MTC or ITC) OR MH "Systematic Review" OR MH "Meta Analysis") AND

((MH "Therapeutics+" OR MH "Psychotherapy+") OR TI ((treat* OR intervention* OR therap* OR management OR "follow-up" OR effect* OR efficac* OR care OR rehabilitat* OR habilitat* OR counsel* OR team* OR multidisciplinary OR multidisciplin OR "multi-disciplinary" OR "multi-disciplin" OR maudsley* OR mentalisation* OR mentalization* OR "specialist supportive" OR physiotherap* OR exercise* OR "physical activity" OR "physical activities" OR training OR psychotherap* OR art OR music* OR bibliotherap* OR mindfulness OR yoga OR "exposure and response prevention" OR drug* OR medicat* OR pharmaco* OR fluoxetine OR antidepress* OR metformin OR "glucagon-like peptide" OR "GLP-1" OR inpatient* OR outpatient* OR "in-patient" OR "out-patient" OR "in-patients" OR "out-patients" OR residential OR daycare OR "family education" OR psychoeducat* OR "parent education" OR peer OR peers OR "family based" OR "parent based" OR "parent guidance" OR "parental guidance" OR "family guidance" OR "acceptance and commitment" OR psychodynamic* OR psychomotor* OR meditat* OR placebo OR dietary OR "weight management" OR nutrition* OR "cognitive remediation" OR "cognitive restructuring" OR "body project" OR "cognitive dissonance" OR equine* OR "clinical approach" OR "medical approach" OR "clinical approaches" OR "medical approaches" OR mdts* OR cbt* OR act) OR AB ((treat* OR intervention* OR therap* OR management OR "follow-up" OR effect* OR efficac* OR care OR rehabilitat* OR habilitat* OR counsel* OR team* OR multidisciplinary OR multidisciplin OR "multi-disciplinary" OR "multi-disciplin" OR maudsley* OR mentalisation* OR mentalization* OR "specialist supportive" OR physiotherap* OR exercise* OR "physical activity" OR "physical activities" OR training OR psychotherap* OR art OR music* OR bibliotherap* OR mindfulness OR yoga OR "exposure and response prevention" OR drug* OR medicat* OR pharmaco* OR fluoxetine OR antidepress* OR metformin OR "glucagon-like peptide" OR "GLP-1" OR inpatient* OR outpatient* OR "in-patient" OR "out-patient" OR "in-patients" OR "out-patients" OR residential OR daycare OR "family education" OR psychoeducat* OR "parent education" OR peer OR peers OR "family based" OR "parent

based" OR "parent guidance" OR "parental guidance" OR "family guidance" OR "acceptance and commitment" OR psychodynamic* OR psychomotor* OR meditat* OR placebo OR dietary OR "weight management" OR nutrition* OR "cognitive remediation" OR "cognitive restructuring" OR "body project" OR "cognitive dissonance" OR equine* OR "clinical approach" OR "medical approach" OR "clinical approaches" OR "medical approaches" OR mdts* OR cbt* OR act)) OR (TI (multi-disciplin* or multidisciplin* or maudsley* or mentali?ation* or specialist supportive or physiotherap* or exercise* or physical activit* or training or psychotherap* or art or music* or bibliotherap* or mindfulness or yoga or (exposure and response prevention) or drug* or medicat* or pharmaco* or fluoxetine* or antidepress* or metformin* or glucagon-like peptide* or "GLP-1" or inpatient* or outpatient* or in-patient* or out-patient* or residential or daycare or family education* or psychoeducat* or parent* education* or peer or peers or family based or parent* based or parent* guidance* or family guidance* or "acceptance and commitment" or psychodynamic* or psychomotor* or meditat* or placebo or dietar* or weigh* management or nutrition* or cognitive remediation* or cognitive restructuring* or body project* or cognitive dissonance* or equine* or clinical approach* or medical approach* or mdts* or cbt* or act or fbt* or fba* or ipt* or cft* or dbt* or mbt* or tbt* or efft* or eft* or mtd* or aft? or sscm* or mantra or ft?an* or ft an* or an exrp* or ped t or pedt* or tau or tbt* or mft*) OR AB (multi-disciplin* or multidisciplin* or maudsley* or mentali?ation* or specialist supportive or physiotherap* or exercise* or physical activit* or training or psychotherap* or art or music* or bibliotherap* or mindfulness or yoga or (exposure and response prevention) or drug* or medicat* or pharmaco* or fluoxetine* or antidepress* or metformin* or glucagon-like peptide* or "GLP-1" or inpatient* or outpatient* or in-patient* or out-patient* or residential or daycare or family education* or psychoeducat* or parent* education* or peer or peers or family based or parent* based or parent* guidance* or family guidance* or "acceptance and commitment" or psychodynamic* or psychomotor* or meditat* or placebo or dietar* or weigh* management or nutrition* or cognitive remediation* or cognitive restructuring* or body project* or cognitive dissonance* or equine* or clinical approach* or medical approach* or mdts* or cbt* or act or fbt* or fba* or ipt* or cft* or dbt* or mbt* or tbt* or efft* or eft* or mtd* or aft? or sscm* or mantra or ft?an* or ft an* or an exrp* or ped t or pedt* or tau or tbt* or mft*)) OR ((MM "Eating Disorders/DT/RH/TH"))

AND

Publication date: 01.01.2020-1.05.2025

Database: CINAHL

Scopus

Søkedato: 12.05.2025

Søketreff: 344

(TITLE-ABS-KEY ("eating disorder" OR "eating disorders" OR anorexi* OR bulimi* OR "binge eating" OR "rumination disorder" OR "rumination disorders" OR "rumination syndrome" OR "rumination syndromes" OR pica OR "avoidant food intake disorder" OR "restrictive food intake disorder" OR "avoidant food intake disorders" OR "restrictive food intake disorders" OR arfid OR ufed OR osfed OR neophobia* OR ednos OR "purging disorder" OR "night eating syndrome") AND TITLE-ABS-KEY (treat* OR intervention* OR therap* OR management OR "follow-up" OR effect* OR efficac* OR care OR rehabilitat* OR habilitat* OR counsel* OR team* OR multidisciplinary OR multidisciplin OR

"multi-disciplinary" OR "multi-disciplin" OR maudsley* OR mentalisation* OR mentalization* OR "specialist supportive" OR physiotherap* OR exercise* OR "physical activity" OR "physical activities" OR training OR psychotherap* OR art OR music* OR bibliotherap* OR mindfulness OR yoga OR "exposure and response prevention" OR drug* OR medicat* OR pharmaco* OR fluoxetine OR antidepress* OR metformin OR "glucagon-like peptide" OR "GLP-1" OR inpatient* OR outpatient* OR "in-patient" OR "out-patient" OR "in-patients" OR "out-patients" OR residential OR daycare OR "family education" OR psychoeducat* OR "parent education" OR peer OR peers OR "family based" OR "parent based" OR "parent guidance" OR "parental guidance" OR "family guidance" OR "acceptance and commitment" OR psychodynamic* OR psychomotor* OR meditat* OR placebo OR dietary OR "weight management" OR nutrition* OR "cognitive remediation" OR "cognitive restructuring" OR "body project" OR "cognitive dissonance" OR equine* OR "clinical approach" OR "medical approach" OR "clinical approaches" OR "medical approaches" OR mdts* OR cbt* OR act) AND TITLE-ABS-KEY ((systematic* W/2 review*) OR "meta-anal*" OR metaanal* OR "rapid review" OR (systematic* W/2 search*) OR (review* AND search* AND (medline OR pubmed)) OR "research syntheses*" OR "evidence syntheses*" OR "umbrella review" OR (evidence W/2 map) OR nma OR ((mixed OR multiple OR indirect) W/2 treatment AND comparison*) OR mtc OR itc)) AND PUBYEAR > 2019 AND PUBYEAR < 2026 AND NOT (INDEX (embase OR medline))

ANDRE KILDER

Søkedato: 05.06.2025

VIVE

Søkeord: spiseforstyrrelser, anorexi, bulimi, binge eating, arfid

Ingen relevante treff

SBU

Søkeord: ätstörningar, anorexi, bulimi, binge eating, arfid

6 mulig relevante

Folkhälsomyndigheten

ätstörningar, anorexi, bulimi, binge eating, arfid

Ingen relevante treff

Socialstyrelsen

1 mulig relevant

Sundhedsstyrelsen

Ingen relevante treff

Ungsinn

spiseforstyrrelser, anoreksi, bulimi, binge eating, arfid,

Ingen relevante treff

Cristin

(kunnskapsoversikt OR kunnskapsoppsummering OR "systematisk oversikt") AND
(spiseforstyrrelser OR anoreksi OR bulimi OR binge eating OR overspis* OR ARFID)
1 mulig relevant

Google

(spiseforstyrrelser OR anoreksi OR bulimi OR overspisningslidelse OR binge eating OR
ARFID) AND (kunnskapsoversikt OR kunnskapsoppsummering OR "systematisk over-
sikt") AND site:no
1 mulig relevant

Google Scholar

(spiseforstyrrelser OR anoreksi OR bulimi OR overspisningslidelse OR arfid) and
site:no
avgrensning oversiktsartikler publisert fom 2020
1 mulig relevant

Nora

Spiseforstyrrelser, anoreksi, bulimi, overspisningslidelse, arfid
Ingen relevante treff

Vedlegg 2: Inkluderte systematiske oversikter

Ahmed A S and Qudus A; Munawar A; Karim R; Liaqat U; Tabassum M F. (2023). The Role of Cognitive-Behavioral Therapy in Improving Athletes' Performance: A Systematic Review with Adherence to Prisma Guidelines. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*, 30(18), pp.214-223.

Alserihi A R and Hubayni W A; Alotaibi S H; Bahkali S; Alqurashi S; Abualola M S; Alsaleh A M. (2024). Effect of cognitive remediation therapy in anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychiatry Frontiers Research Foundation*, 15, pp.1484457.

Alt A K and Pascher A; Seizer L; von Fraunberg M; Conzelmann A; Renner T J. (2024). Psychotherapy 2.0 - Application context and effectiveness of sensor technology in psychotherapy with children and adolescents: A systematic review. *Internet Interventions*, 38, pp.100785.

Alyahya N M and Al Saleem E A. (2025). Therapeutic Use of Psychedelics for Mental Disorders: A Systematized Review. *Journal of Nature and Science of Medicine*, 8(1), pp.6-16.

Argyrou A and Lappas A S; Bakaloudi D R; Tsekitsidi E; Mathioudaki E; Michou N; Polyzopoulou Z; Christodoulou N; Papazisis G; Chourdakis M; Samara M T. (2023). Pharmacotherapy compared to placebo for people with Bulimia Nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 327, pp.115357.

Arrom-Llabrés M and Mendoza-Medialdea M T; Gutiérrez-Maldonado J. (2025). Innovative Approaches to Eating Disorders Treatment: A Systematic Review on the Effectiveness of Virtual Reality. *Applied Sciences (Switzerland)*, 15(6), pp.3334.

Atti A R and Mastellari T; Valente S; Speciani M; Panariello F; De Ronchi D. (2021). Compulsory treatments in eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Eating & Weight Disorders: EWD*, 26(4), pp.1037-1048.

Austin A and Anderson A G; Lee J; Vander Steen; H; Savard C; Bergmann C; Singh M; Devoe D; Gorrell S; Patten S; Le Grange D; Dimitropoulos G. (2025). Efficacy of Eating Disorder Focused Family Therapy for Adolescents With Anorexia Nervosa: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 58(1), pp.3-36.

Bahadori A R and Javadnia P; Bordbar S; Zafari R; Taherkhani T; Davari A; Tafakhori A; Shafiee S; Ranji S. (2025). Efficacy of transcranial magnetic stimulation in anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis. *Eating & Weight Disorders: EWD*, 30(1), pp.4.

Bahari H and Akhgarjand C; Mirmohammadali S N; Malekhamdi M. (2024). Probiotics and eating disorders: a systematic review of humans and animal model studies. *Journal of Eating Disorders*, 12(1), pp.193.

Bendall C and Taylor N F. (2023). The effect of oral refeeding compared with nasogastric refeeding on the quality of care for patients hospitalised with an eating disorder: A systematic review. *Nutrition & Dietetics*, 80(1), pp.44-54.

Bilbao A and Spanagel R. (2022). Medical cannabinoids: a pharmacology-based systematic review and meta-analysis for all relevant medical indications. *BMC Medicine*, 20(1), pp.259.

Borden A and Cook-Cottone C;. (2020). Yoga and eating disorder prevention and treatment: A comprehensive review and meta-analysis. *Brunner-Mazel Eating Disorders Monograph Series*, 28(4), pp.400-437.

Bravo C and Hernandez-Garcia D; Trinidad-Fernandez M; Badia G; Sole S; Serrano J. (2024). Movement Awareness Therapies in Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nursing & Health Sciences*, 26(4), pp.e13181.

Buerger A and Vloet T D; Haber L; Geissler J M. (2021). Third-wave interventions for eating disorders in adolescence - systematic review with meta-analysis. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1), pp.20.

Buoli M and Legnani F; Mastroianni M; Affaticati L M; Capuzzi E; Clerici M; Caldiroli A. (2024). Effectiveness of Yoga as a Complementary Therapy for Anorexia Nervosa: A Systematic Review. *International Journal of Yoga*, 17(3), pp.155-162.

Camma G and Verdouw M P; van der Meer P B; Groenink L; Batalla A. (2025). Therapeutic potential of minor cannabinoids in psychiatric disorders: A systematic review. *European Neuropsychopharmacology*, 91, pp.9-24.

Candido A C. R and Ferraz S D; Uggioni M L. R; Zanevan I R; Colonetti L; Grande A J; Colonetti T; Rosa M I. D. (2023). Omega-3 as an adjuvant in the treatment eating and psychological symptoms in patients with anorexia nervosa: a systematic review and meta-analyses. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 36(5), pp.1970-1981.

Cavicchioli M and Sarzetto A; Erzegovesi S; Ogliari A. (2022). Is Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (RTMS) a Promising Therapeutic Intervention for Eating Disorders and Obesity? Clinical Considerations Based on a Meta-Analytic Review. *Clinical Neuropsychiatry*, 19(5), pp.314-327.

Chan H M and Jaffe J L; D'Souza N J; Lowe J R; Matthews-Rensch K. (2021). Goal energy intake for medically compromised patients with eating disorders: A systematic review. *Nutrition and Dietetics*, 78(1), pp.86-100.

Chang E X and Brooker J; Hiscock R; O'Callaghan C. (2023). Music-based intervention impacts for people with eating disorders: A narrative synthesis systematic review. *Journal of Music Therapy*, 60(2), pp.202-231.

Chen J and Qin J; He Q; Zou Z. (2020). A meta-analysis of transcranial direct current stimulation on substance and food craving: What effect do modulators have? *Frontiers in Psychiatry*, 11, 598.

Chen CY, Chiang YC; Kuo TC; Tam KW; Loh EW. (2021). Effects of intranasal oxytocin in food intake and craving: A meta-analysis of clinical trials. *Clinical Nutrition*, 40(10), pp.5407-5416.

Ciazynska J and Maciaszek J. (2022). Various Types of Virtual Reality-Based Therapy for Eating Disorders: A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, 11(17), pp.24.

Colton E and Connors M; Mahlberg J; Verdejo-Garcia A. (2024). Episodic future thinking improves intertemporal choice and food choice in individuals with higher weight: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 25(10), pp.e13801.

- Conti J and Heywood L; Hay P; Shrestha R M; Perich T. (2022). Paper 2: a systematic review of narrative therapy treatment outcomes for eating disorders-bridging the divide between practice-based evidence and evidence-based practice. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), pp.138.
- Cucinotta U and Romano C; Dipasquale V. (2023). A Systematic Review to Manage Avoidant/Restrictive Food Intake Disorders in Pediatric Gastroenterological Practice. *Healthcare*, 11(16), pp.10.
- Cuijpers P and Harrer M; Miguel C; Keshen A; Karyotaki E; Linardon J. (2024). Absolute and relative outcomes of cognitive behavior therapy for eating disorders in adults: a meta-analysis. *Brunner-Mazel Eating Disorders Monograph Series*, pp.1-22.
- Daniela Mercado and Robinson L; Gordon G; Werthmann J; Campbell I C; Schmidt U. (2021). The outcomes of mindfulness-based interventions for Obesity and Binge Eating Disorder: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Appetite*, 166, pp.105464.
- Davey E and Bennett S D; Bryant-Waugh R; Micali N; Takeda A; Alexandrou A; Shafran R. (2023). Low intensity psychological interventions for the treatment of feeding and eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), pp.56.
- Day S and Hay P; Tannous W K; Fatt S J; Mitchison D. (2023). A systematic review of the effect of PTSD and trauma on treatment outcomes for eating disorders. *Trauma and violence & abuse*, 25(2), pp.15248380231167399.
- de Bode N and Kroon E; Sznitman S R; Cousijn J. (2025). The differential effects of medicinal cannabis on mental health: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 118, pp.102581.
- Delaquis Chantal P and Joyce Kayla M; Zalewski Maureen; Katz Laurence Y; Sulymka Julia; Agostinho Tayla; Roos Leslie E. (2022). Dialectical behaviour therapy skills training groups for common mental health disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 300, pp.305-313.
- Di Lorenzo R and Dardi A; Serafini V; Amorado M J; Ferri P; Filippini T. (2024). Psychoeducational Intervention for Caregivers of Adolescents and Young Adults with Psychiatric Disorders: A 7-Year Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, 13(23), pp.710.
- Di Sante J and Akeson B; Gossack A; Knauper B. (2022). Efficacy of ACT-based treatments for dysregulated eating behaviours: A systematic review and meta-analysis. *Appetite*, 171, pp.105929.
- Diel A and Schroter I C; Frewer A L; Jansen C; Robitzsch A; Gradl-Dietsch G; Teufel M; Bauerle A. (2024). A systematic review and meta analysis on digital mental health interventions in inpatient settings. *npj Digital Medicine*, 7(1),253.
- Duan H and Zhu L; Li M; Zhang X; Zhang B; Fang S. (2022). Comparative efficacy and acceptability of selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants for binge eating disorder: A network meta-analysis. *Frontiers in Pharmacology*, 13, pp.949823.
- East-Richard C and Cayouette A; Allott K; Anderson E; Haesebaert F; Cella M; Cellard C. (2025). Cognitive Remediation for Adolescents With Mental Health Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Early Intervention in Psychiatry*, 19(2) (no pagination), pp..
- Ellis A and Gillespie K; McCosker L; Hudson C; Diamond G; Machingura T; Branjerdporn G; Woerwag-Mehta S. (2024). Meal support intervention for eating disorders: a mixed-methods systematic review. *Journal of Eating Disorders*, 12(1), pp.47.
- Erasmus P and Borrmann M; Becker J; Kuchinke L; Meinschmidt G. (2025). Comparing Digital Versus Face-to-Face Delivery of Systemic Psychotherapy Interventions: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Interactive Journal of Medical Research*, 14,

pp.e46441.

Fakhrou A, Avincola G; Farruggio G; Verduzzo I; Caponnetto P. (2024). Virtual Reality as an Innovative Tool for Eating Disorders Psychological Treatment. *Health Psychology Research*, 12, pp.123286.

Fang YY and Yeh YC; Liu TL; Tien-Wei H; Ko CH. (2025). Efficacy of opioid antagonist in patients with binge eating behavior: A systemic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 172, pp.106108.

Feltner C, Peat C; Reddy S; Riley S; Berkman N; Middleton J C; Balio C; Coker-Schwimmer M; Jonas D E. (2022). Screening for Eating Disorders in Adolescents and Adults: An Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force Agency for Healthcare Research and Quality. pp.03.

Fennig M W and Weber E; Santos B; Fitzsimmons-Craft E E; Wilfley D E. (2022). Animal-assisted therapy in eating disorder treatment: A systematic review. *Eating Behaviors*, 47, pp.101673.

Fernandez Garcia and S; Quiles Marcos; Y. (2024). Effectiveness of the Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 32(6), pp.1227-1241.

Fetahi E and Sogaard AS; Sjogren M. (2022). Estimating the Effect of Motivational Interventions in Patients with Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Personalized Medicine*, 12(4), pp.04.

Fornaro M and Mondin AM; Billeci M; Fusco A; De Prisco M; Caiazza C; Micanti F; Calati R; Carvalho A F; de Bartolomeis A. (2023). Psychopharmacology of eating disorders: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 338, pp.526-545.

Fuhrmann LM and Weisel KK; Harrer M; Kulke JK; Baumeister H; Cuijpers P; Ebert DD; Berking M. (2024). Additive effects of adjunctive app-based interventions for mental disorders - A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Internet Interventions*, 35, pp.100703.

Gagliardi M and Markowski M. (2024). Active imagery rescripting in virtual reality as a promising tool to address psychological conditions. *Computers in Human Behavior Reports*, 15, pp..

Gallop L and Westwood S J; Hemmings A; Lewis Y; Campbell I C; Schmidt U. (2025). Effects of repetitive transcranial magnetic stimulation in children and young people with psychiatric disorders: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 34(2), pp.403-422.

Galloway R and Watson H; Greene D; Shafran R; Egan S J. (2022). The efficacy of randomised controlled trials of cognitive behaviour therapy for perfectionism: a systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 51(2), pp.170-184.

Garzone S and Charitos IA; Mandorino M; Maggiore ME; Capozzi L; Cakani B; Dias Lopes; GC; Bocchio-Chiavetto L; Colella M. (2025). Can We Modulate Our Second Brain and Its Metabolites to Change Our Mood? A Systematic Review on Efficacy, Mechanisms, and Future Directions of "Psychobiotics". *International Journal of Molecular Sciences*, 26(5), pp.25.

Gay A and Cabe J; De Chazeron I; Lambert C; Defour M; Bhoowabul V; Charpeaud T; Tremey A; Llorca P M; Pereira B; Brousse G. (2022). Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) as a Promising Treatment for Craving in Stimulant Drugs and Behavioral Addiction: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 11(3), pp.26.

- Gentile AD and Kristian YY; Cini E. (2025). Effectiveness of unguided internet-based computer self-help platforms for eating disorders (with or without an associated app): A systematic review. *PLOS Digital Health*, 4(4), pp.e0000684.
- Giel KE and Behrens SC; Schag K; Martus P; Herpertz S; Hofmann T; Skoda EM; Voderholzer U; von Wietersheim J; Wild B; Zeeck A; Schmidt U; Zipfel S; Junne F. (2021). Efficacy of post-inpatient aftercare treatments for anorexia nervosa: a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), pp.129.
- Giordano U and Mizera J; Zak E; Pilch J; Tomecka P; Dudzik T; Palczewski M; Biziorek W; Piotrowski P. (2023). Surgical treatment methods in the course of psychiatric disorders: Deep brain stimulation- Novel insights and indications. *Indian Journal of Psychiatry*, 65(8), pp.799-807.
- Greenwood H and Krzyzaniak N; Peiris R; Clark J; Scott A M; Cardona M; Griffith R; Glasziou P. (2022). Telehealth Versus Face-to-face Psychotherapy for Less Common Mental Health Conditions: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *JMIR Mental Health*, 9(3), pp.e31780.
- Griffin Caryn and Fenner Patricia; Landorf Karl B; Cotchett Matthew. (2021). Effectiveness of art therapy for people with eating disorders: A mixed methods systematic review. *The Arts in Psychotherapy*, 76, pp.1-12.
- Grohmann D and Laws K R. (2021). Two decades of mindfulness-based interventions for binge eating: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 149, pp.110592.
- Hagan K E and Christensen K A; Forbush K T. (2020). A preliminary systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials of cognitive remediation therapy for anorexia nervosa. *Eating Behaviors*, 37, pp.101391.
- Hagi K and Kurokawa S; Takamiya A; Fujikawa M; Kinoshita S; Iizuka M; Furukawa S; Eguchi Y; Kishimoto T. (2023). Telepsychiatry versus face-to-face treatment: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *British Journal of Psychiatry*, 223(3), pp.407-414.
- Hamid N. (2024). Internet-based cognitive behaviour therapy for the prevention, treatment and relapse prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *The Psychic Journal*, 13(1), pp.5-18.
- Han R and Bian Q; Chen H. (2022). Effectiveness of olanzapine in the treatment of anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Brain and Behavior*, 12(2), pp.e2498.
- Hannah L and Cross M; Baily H; Grimwade K; Clarke T; Allan S M. (2022). A systematic review of the impact of carer interventions on outcomes for patients with eating disorders. *Eating & Weight Disorders: EWD*, 27(6), pp.1953-1962.
- Harris E and Samuel V. (2020). Acceptance and Commitment Therapy: A Systematic Literature Review of Prevention and Intervention Programs for Mental Health Difficulties in Children and Young People. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 34(4), pp.280-305.
- Hatoum A H and Burton A L. (2024). Applications and efficacy of radically open dialectical behavior therapy (RO DBT): A systematic review of the literature. *Journal of Clinical Psychology*, 80(11), pp.2283-2302.
- Hedman-Lagerlof E and Carlbring P; Svardman F; Riper H; Cuijpers P; Andersson G. (2023). Therapist-supported Internet-based cognitive behaviour therapy yields similar effects as face-to-face therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 22(2), pp.305-314.

Heim N and Bobou M; Tanzer M; Jenkinson P M; Steinert C; Fotopoulou A. (2023). Psychological interventions for interoception in mental health disorders: A systematic review of randomized-controlled trials. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 77(10), pp.530-540.

Herrmann Lena and Reiss Franziska; Becker-Hebly Inga; Baldus Christiane; Gilbert Martha; Stadler Gertraud; Kaman Anne; Graumann Lina; Ravens-Sieberger Ulrike. (2023). Systematic review of gender-specific child and adolescent mental health care. *Child Psychiatry and Human Development*, epub feb 27.

Hindley K and Fenton C; McIntosh J. (2021). A systematic review of enteral feeding by nasogastric tube in young people with eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), pp.90.

Hsu T I and Nguyen A; Gupta N; Godbole N; Perisetla N; Hatter M J; Beyer R S; Bui N E; Jagan J; Yang C; Gendreau J; Brown N J; Oh M. (2022). Effectiveness of Deep Brain Stimulation in Treatment of Anorexia Nervosa and Obesity: A Systematic Review. *World Neurosurgery*, 168, pp.179-189.

Iwanska J and Pskit L; Strozyk A; Horvath A; Statuch S; Szajewska H. (2025). Effect of oral nutritional supplements administration on the management of children with picky eating and underweight: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Nutrition ESPEN*, 67, pp.257-264.

Joshua P R and Lewis V; Kely S F; Boer D P. (2023). Is schema therapy effective for adults with eating disorders? A systematic review into the evidence. *Cognitive Behaviour Therapy*, 52(3), pp.213-231.

Karaszewska D and Cleintuar P; Oudijn M; Lok A; van Elburg A; Denys D; Mocking R. (2022). Efficacy and safety of deep brain stimulation for treatment-refractory anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis. *Translational Psychiatry*, 12(1), pp.333.

Kew B M, Porter R J; Douglas K M; Glue P; Mentzel C L; Beaglehole B. (2023). Ketamine and psychotherapy for the treatment of psychiatric disorders: systematic review. *BJPsych Open*, 9(3), e79.

Kip A and Schoppe L; Arntz A; Morina N. (2023). Efficacy of imagery rescripting in treating mental disorders associated with aversive memories - An updated meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 99, pp.102772.

Kops N L and Vivan M A; Fulber E R; Fleuri M; Fagundes J; Friedman R. (2021). Preoperative Binge Eating and Weight Loss After Bariatric Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obesity Surgery*, 31(3), pp.1239-1248.

Krishnamoorthy G, Shin S M; Rees B. (2023). Day Programs for children and adolescents with eating disorders: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 31(2), pp.199-225.

Kroener J and Hack L; Mayer B; Sosic-Vasic Z. (2023). Imagery rescripting as a short intervention for symptoms associated with mental images in clinical disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 166, pp.49-60.

Kurnik Mesaric and K; Damjanac Z; Debeljak T; Kodric J. (2024). Effectiveness of psychoeducation for children, adolescents and caregivers in the treatment of eating disorders: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 32(1), pp.99-115.

Kwan A T. H and Lakhani M; Singh G; Le G H; Wong S; Teopiz K M; Dev D A; Manku A S; Sidhu G; McIntyre R S. (2024). Ketamine for the Treatment of Psychiatric Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cns Spectrums*, Nov 20, pp.1-8.

- Lacalaprince D and Mocini E; Frigerio F; Minnetti M; Piciocchi C; Donini L M; Poggiogalle E. (2023). Effects of mealtime assistance in the nutritional rehabilitation of eating disorders. *Eating & Weight Disorders: EWD*, 28(1), pp.73.
- Ladron-Arana S and Orzanco-Garralda R; Escalada-Hernandez P; Aguilera-Serrano C; Gutierrez-Valencia M; Urbiola-Castillo J. (2023). Efficacy of educational interventions in adolescent population with feeding and eating disorders: a systematic review. *Eating & Weight Disorders: EWD*, 28(1), pp.69.
- Lee B, Ko M M; Lee S H; Chang G T. (2022). Acupuncture for the treatment of childhood anorexia: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Medicine*, 71, pp.102893.
- Lee H, Lee B; Lee SH; Chang GT. (2022). Chuna manual therapy for the treatment of anorexia in children: A PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 101(50), pp.e31746.
- Liebman R E and Hernandez K M; Ip J; Burdo J; Trottier K. (2025). Psychological Treatment of Co-Occurring Trauma History, Posttraumatic Stress Disorder, and Eating Disorders: A Systematic Review of Clinical Outcomes. *European Eating Disorders Review*, 10, pp.10.
- Linardon J and Shatte A; Messer M; Firth J; Fuller-Tyszkiewicz M. (2020). E-mental health interventions for the treatment and prevention of eating disorders: An updated systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 88(11), pp.994-1007.
- Linardon J and Jarman H K; Liu C; Anderson C; McClure Z; Messer M. (2025). Mental Health Impacts of Self-Help Interventions for the Treatment and Prevention of Eating Disorders. A Meta-Analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 03, pp.03.
- Linardon J, Liu C; McClure Z; Jarman H K; Messer M; Anderson C; Fuller-Tyszkiewicz M. (2025). Self-Guided Psychological Interventions for the Treatment and Prevention of Eating Disorders: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *European Eating Disorders Review*, 14, pp.14.
- Lopes H C. B and Mazzolani B C; Koritar P; Cordas T A. (2023). Characterization of refeeding protocols for under 18 years old hospitalized patients with anorexia nervosa: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 85, pp.43-54.
- Low T L and Ho R; Ho C; Tam W. (2021). The efficacy of virtual reality in the treatment of binge-purging eating disorders: A meta-analysis. *European Eating Disorders Review*, 29(1), pp.52-59.
- Lu M and Saeys W; Maryam M; Gjeleshi I; Nazarahari H; Truijen S; Scataglini S. (2025). Using 3D and 4D digital human modeling in extended reality-based rehabilitation: a systematic review. *Frontiers in Bioengineering & Biotechnology*, 13, pp.1496168.
- Ma R and Romano E; Ashworth M; Smith T O; Vancampfort D; Scott W; Gaughran F; Stewart R; Stubbs B. (2024). The Effectiveness of Interventions for Improving Chronic Pain Symptoms Among People With Mental Illness: A Systematic Review. *Journal of Pain*, 25(5), 104421.
- Ma H Y. D. (2025). Evaluating the Efficacy of Group-Based Dialectical Behaviour Therapy for Binge Eating Disorder: A Systematic Review. *International Journal of Cognitive Behavioral Therapy*, 18(1), pp.9-39.
- Magrini M and Curzio O; Tampucci M; Donzelli G; Cori L; Imiotti M C; Maestro S; Moroni D. (2022). Anorexia Nervosa, Body Image Perception and Virtual Reality Therapeutic Applications: State of the Art and Operational Proposal. *International Journal of Environmental Research & Public Health*, 19(5), pp.22.
- Martinez-Calderon J and Casuso-Holgado M J; Matias-Soto J; Pineda-Escobar S; Villar-Alises O; Garcia-Munoz C. (2025). Exercise and mind-body exercise for feeding and eating disorders: a systematic review with meta-analysis and meta-regressions. *Disability & Rehabilitation*, 47(4),

Martinotti G and Chiappini S; Pettorruso M; Mosca A; Miuli A; Di Carlo F; D'Andrea G; Collevicchio R; Di Muzio I; Sensi S L; Di Giannantonio M. (2021). Therapeutic Potentials of Ketamine and Esketamine in Obsessive-Compulsive Disorder (OCD), Substance Use Disorders (SUD) and Eating Disorders (ED): A Review of the Current Literature. *Brain Sciences*, 11(7), pp.27.

Massou E and Magnusson J; Fulop N J; Gandhi S; Ramsay A I; Heyman I; O'Curry S; Bennett S; Ford T; Morris S. (2025). Systematic review of integrated mental and physical health services for children and young people with eating and functional symptoms. *Health and Social Care Delivery Research*, , pp.1-24.

McKee K A and Hmidan A; Crocker C E; Lam R W; Meyer J H; Crockford D; Trepanier A; Aitchison K J; Tibbo P G. (2021). Potential therapeutic benefits of cannabinoid products in adult psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Psychiatric Research*, 140, pp.267-281.

McMaster C M and Fong M; Franklin J; Hart S. (2021). Dietetic intervention for adult outpatients with an eating disorder: a systematic review and assessment of evidence quality. *Nutrition Reviews*, 79(8), pp.914-930.

Melbye S and Kessing L V; Bardram J E; Faurholt-Jepsen M. (2020). Smartphone-Based Self-Monitoring, Treatment, and Automatically Generated Data in Children, Adolescents, and Young Adults With Psychiatric Disorders: Systematic Review. *JMIR Mental Health*, 7(10), pp.e17453.

Millard L A and Wan M W; Smith D M; Wittkowski A. (2023). The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 326, pp.168-192.

Minano-Garrido E J and Catalan-Matamoros D; Gomez-Conesa A. (2022). Physical Therapy Interventions in Patients with Anorexia Nervosa: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research & Public Health [Electronic Resource]*, 19(21), pp.26.

Moawad M H. E and Sadeq M A; Abbas A; Ghorab R M. F; Serag I; Hendawy M; Alkasaby M. (2024). Efficacy of Naltrexone/Bupropion in Treatment of Binge Eating: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatry International*, 5(3), pp.323-337.

Moberg L T and Solvang B; Saele R G; Myrvang A D. (2021). Effects of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal treatments for eating disorders: a meta-analytic inquiry into the role of patient characteristics and change in eating disorder-specific and general psychopathology in remission. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), pp.74.

Morgan-Lowes Katherine L and Thogersen-Ntoumani Cecilie; Howell Joel; Khossousi Viyona; Egan Sarah J. (2023). Self-compassion and clinical eating disorder symptoms: A systematic review. *Clinical Psychologist*, 27(3), pp.269-283.

Müller V T and de Albuquerque Maurício C; Pérez D V; de Mello Pedreiro R. C; Brito C J; Muñoz E A; de Toledo Nóbrega O; Miarka B. (2024). Repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) in the treatment and diagnosis of eating disorders in athletes and patients: a systematic review. *Retos*, 60, pp.1036-1048.

Nimbley E and Sharpe H; Maloney E; Gillespie-Smith K; Tchanturia K; Duffy F. (2025). A Mixed Method Systematic Review Into the Impact of ED Treatment in Autistic People and Those With High Autistic Traits. *International Journal of Eating Disorders*, 58(1), pp.117-138.

Nourredine M and Jurek L; Angerville B; Longuet Y; de Ternay J; Derveaux A; Rolland B. (2021). Use of Topiramate in the Spectrum of Addictive and Eating Disorders: A Systematic Review Comparing Treatment Schemes, Efficacy, and Safety Features. *CNS Drugs*, 35(2), pp.177-213.

O'Mara M and Greene D; Watson H; Shafran R; Kenworthy I; Cresswell C; Egan S J. (2023). The efficacy of randomised controlled trials of guided and unguided self-help interventions for the prevention and treatment of eating disorders in young people: A systematic review and preliminary meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 78, pp.101777.

Onnink Carly M and Konstantinidou Yvoni; Moskovich Ashley A; Karekla Maria K; Merwin Rhonda M. (2022). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for eating disorders: A systematic review of intervention studies and call to action. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 26, pp.11-28.

Ost L G and Brattmyr M; Finnes A; Ghaderi A; Havnen A; Hedman-Lagerlof M; Parling T; Welch E; Wergeland G J. (2024). Cognitive behavior therapy for adult eating disorders in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 57(2), pp.249-264.

Otis M and Barber S; Amet M; Nicholls D. (2023). Models of integrated care for young people experiencing medical emergencies related to mental illness: a realist systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(12), pp.2439-2452.

Paphiti A and Newman E. (2023). 10-session Cognitive Behavioural Therapy (CBT-T) for Eating Disorders: A Systematic Review and Narrative Synthesis. *International Journal of Cognitive Therapy*, 16(4), pp.646-681.

Pedra Cruz Bettin, B; Urquiza Nogueira; L; Bertasso de Araujo and P. A; Antunes L C. (2024). Visual art- and music-based interventions as adjuvants in the treatment of eating disorders: a systematic review and a theoretical model. *Arts & Health*, 16(2), pp.167-188.

Pellizzer M L and Wade T D. (2023). The effectiveness of lived experience involvement in eating disorder treatment: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 56(2), pp.331-349.

Perez M and Pineda-Rafols A; Egea-Romero M P; Gonzalez-Moreno M; Rincon E. (2023). Addressing Body Image Disturbance through Metaverse-Related Technologies: A Systematic Review. *Electronics (Switzerland)*, 12(22), pp..

Radkhah H and Rahimipour Anaraki; S; Parhizkar Roudsari; P; Arabzadeh Bahri; R; Zooravar D; Asgarian S; Hosseini Dolama; R; Alirezaei A; Khalooeifard R. (2025). The impact of glucagon-like peptide-1 (GLP-1) agonists in the treatment of eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Eating & Weight Disorders: EWD*, 30(1), pp.10.

Ragnhildstveit A and Tuteja N; Seli P; Smart L; Uzun N; Bass L C; Miranda A C; Ford T J; Neufeld S A. S. (2024). Transitions from child and adolescent to adult mental health services for eating disorders: an in-depth systematic review and development of a transition framework. *Journal of Eating Disorders*, 12(1), pp.36.

Raisi A and Zerbini V; Piva T; Belvederi Murri; M; Menegatti E; Caruso L; Masotti S; Grazi G; Mazzoni G; Mandini S. (2023). Treating Binge Eating Disorder With Physical Exercise: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Nutrition Education & Behavior*, 55(7), pp.523-530.

Ramjan Lucie M and Smith Brandon W; Miskovic-Wheatley Jane; Pathrose Sheeja Perumbil; Hay Phillipa J. (2024). Social support for young people with eating disorders—An integrative review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 33(6), pp.1615-1636.

Ribera C and Sanchez-Orti J V; Clarke G; Marx W; Morkl S; Balanza-Martinez V. (2024). Probiotic, prebiotic, synbiotic and fermented food supplementation in psychiatric disorders: A systematic review of clinical trials. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 158, pp.105561.

Riches S and Jeyarajaguru P; Taylor L; Fialho C; Little J; Ahmed L; O'Brien A; van Driel C; Veling W; Valmaggia L. (2023). Virtual reality relaxation for people with mental health conditions: a

systematic review. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 58(7), pp.989-1007.

Robinson K, Wade T D. (2021). Perfectionism interventions targeting disordered eating: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 54(4), pp.473-487.

Rosager E V and Moller C; Sjogren M. (2021). Treatment studies with cannabinoids in anorexia nervosa: a systematic review. *Eating & Weight Disorders: EWD*, 26(2), pp.407-415.

Rozakou-Soumalia N and Darvari S; Sjogren J M. (2021). Dialectical Behaviour Therapy Improves Emotion Dysregulation Mainly in Binge Eating Disorder and Bulimia Nervosa: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Personalized Medicine*, 11(9), pp.18.

Samara M T and Michou N; Lappas A S; Argyrou A; Mathioudaki E; Bakaloudi D R; Tsekitsidi E; Polyzopoulou Z A; Christodoulou N; Papazisis G; Chourdakis M. (2024). Is cognitive behavioral therapy more effective than pharmacotherapy for binge spectrum disorders? A systematic review and meta-analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 58(4), pp.308-319.

Samara M T and Michou N; Argyrou A; Mathioudaki E; Bakaloudi D R; Tsekitsidi E; Polyzopoulou Z A; Lappas A S; Christodoulou N; Papazisis G; Chourdakis M. (2024). Remote vs Face-to-face Interventions for Bulimia Nervosa and Binge-eating Disorder: a Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Technology in Behavioral Science*, 9(3), pp.452-462.

Sartori R and Della Torca A; Bramuzzo M; Barbi E; Tessitore A. (2024). Nonpharmacological treatment of rumination syndrome in childhood: A systematic review of the literature. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*, 78(4), pp.763-773.

Scelles C and Bulnes L C. (2021). EMDR as Treatment Option for Conditions Other Than PTSD: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 12, pp.644369.

Schneider E and Higgs S; Dourish C T. (2021). Lisdexamfetamine and binge-eating disorder: A systematic review and meta-analysis of the preclinical and clinical data with a focus on mechanism of drug action in treating the disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 53, pp.49-78.

Seidel DH, Markes M; Grouven U; Messow CM; Sieben W; Knelangen M; Oelkers-Ax R; Grumer S; Kolsch H; Kromp M; von Pluto Prondzinski M. (2024). Systemic therapy in children and adolescents with mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 24(1), pp.125.

Shaffer A and Naik A; Bederson M; Arnold P M; Hassaneen W. (2023). Efficacy of deep brain stimulation for the treatment of anorexia nervosa: a systematic review and network meta-analysis of patient-level data. *Neurosurgical Focus*, 54(2), pp.E5.

Sioziou AL, Lappas AS; Skarlatos M; Mesiari C; Florou MC; Argyrou A; Christodoulou N; Chourdakis M; Samara M. (2024). Antidepressants compared to placebo for people with binge eating disorder: A systematic review and meta-analysis. *European Neuropsychopharmacology*, 84, pp.5-15.

Solmi M, Wade T D; Byrne S; Del Giovane C; Fairburn C G; Ostinelli E G; De Crescenzo F; Johnson C; Schmidt U; Treasure J; Favaro A; Zipfel S; Cipriani A. (2021). Comparative efficacy and acceptability of psychological interventions for the treatment of adult outpatients with anorexia nervosa: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet. Psychiatry*, 8(3), pp.215-224.

Solmi M and Monaco F; Hojlund M; Monteleone A M; Trott M; Firth J; Carfagno M; Eaton M; De Toffol M; Vergine M; Meneguzzo P; Collantoni E; Gallicchio D; Stubbs B; Girardi A; Busetto P; Favaro A; Carvalho A F; Steinhausen H C; Correll C U. (2024). Outcomes in people with eating disorders: a transdiagnostic and disorder-specific systematic review, meta-analysis and multivariable meta-regression analysis. *World Psychiatry*, 23(1), pp.124-138.

Song S and Zilverstand A; Gui W; Pan X; Zhou X. (2022). Reducing craving and consumption in individuals with drug addiction, obesity or overeating through neuromodulation intervention: a

systematic review and meta-analysis of its follow-up effects. *Addiction*, 117(5), pp.1242-1255.

Steiner S and Durk M; Warth M. (2024). Creative art therapies in the treatment of adolescents with eating disorders: An integrative review and thematic network analysis. *Arts in Psychotherapy*, 91(no pagination), pp..

Tang W S. W and Ng T J. Y; Wong J Z. A; Ho C S. H. (2022). The Role of Serious Video Games in the Treatment of Disordered Eating Behaviors: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 24(8), pp.e39527.

Tempia V, Silvia; Nicastri Alba; Perazza Federica; Marcolini Federica; Beghelli Valentina; Atti Anna Rita; Petroni Maria Letizia. (2024). The impact of GLP-1 receptor agonists (GLP-1 RAs) on mental health: A systematic review. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 11(4), pp.310-357.

Thomas P C and Curtis K; Potts H W. W; Bark P; Perowne R; Rookes T; Rowe S. (2024). Behavior Change Techniques Within Digital Interventions for the Treatment of Eating Disorders: Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR Mental Health*, 11, pp.e57577.

Toppino F and Martini M; Longo P; Caldas I; Delsedime N; Lavalley R; Raimondi F; Abbate-Daga G; Panero M. (2024). Inpatient treatments for adults with anorexia nervosa: a systematic review of literature. *Eating & Weight Disorders: EWD*, 29(1), pp.38.

Toutain M and Gauthier A; Leconte P. (2022). Exercise therapy in the treatment of anorexia nervosa: Its effects depending on the type of physical exercise-A systematic review. *Frontiers in psychiatry Frontiers Research Foundation*, 13, pp.939856.

Trompeter N and Duffy F; Peebles I; Wadhera E; Chambers K; Sharpe H; Maloney E; Nicholls D; Schmidt U; Serpell L; Jewell T. (2025). Impact of out-of-home nutrition labelling on people with eating disorders: a systematic review and meta-synthesis. *BMJ Public Health*, 3(1), pp.e000862.

Tsompanaki E, Koutoukidis DA; Wren G; Tong H; Theodoulou A; Wang D; Park RJ; Jebb SA; Aveyard P. (2025). The impact of weight loss interventions on disordered eating symptoms in people with overweight and obesity: a systematic review & meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 80, pp.103049.

Tuncer G Z and Tuncer M. (2025). The effect of eHealth-based guided self help interventions for binge eating disorder : a meta-analysis of randomized controlled trials. *Brunner-Mazel Eating Disorders Monograph Series*, , pp.1-23.

Valdez-Aguillar M, Vázquez-Arévalo R; Mancilla-Díaz J M; del Carmen Beas Jara and M. (2021). Effectiveness of psychological interventions in women with binge eating disorder: a systematic review. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 11(2), pp.141-157.

van Beers E and de Vries I; Planting C; Christ C; de Beurs E; van den Berg E. (2025). Biological treatments for co-occurring eating disorders and psychological trauma: a systematic review. *Frontiers in psychiatry Frontiers Research Foundation*, 16, pp.1523269.

Vasiliu O. (2023). The current state of research for psychobiotics use in the management of psychiatric disorders-A systematic literature review. *Frontiers in psychiatry Frontiers Research Foundation*, 14, pp.1074736.

Vickers M L and Chan H Y; Elliott S; Ketheesan S; Ramineni V; Eriksson L; McMahon K; Oddy B; Scott J G. (2024). Stimulant medications in the management of bulimia nervosa and anorexia nervosa in patients with and without comorbid attention deficit hyperactivity disorder: A systematic review. *Eating Behaviors*, 54, pp.101908.

Vogel EN, Singh S; Accurso EC. (2021). A systematic review of cognitive behavior therapy and dialectical behavior therapy for adolescent eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 9(1),

Walsh Z and Mollaahmetoglu O M; Rootman J; Golsof S; Keeler J; Marsh B; Nutt D J; Morgan C J. A. (2022). Ketamine for the treatment of mental health and substance use disorders: Comprehensive systematic review. *BJPsych Open*, 8(1),e19.

Wang Y and Xu T; Tao Y; Cai X. (2024). Effectiveness of written emotional disclosure interventions for eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Nutrition*, 11, pp.1476956.

Wergeland G J and Ghaderi A; Fjermestad K; Enebrink P; Halsaa L; Njardvik U; Riise E N; Vorren G; Ost L G. (2025). Family therapy and cognitive behavior therapy for eating disorders in children and adolescents in routine clinical care: a systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 34(3), pp.883-902.

West M and McMaster C M; Staudacher H M; Hart S; Jacka F N; Stewart T; Loughman A; Rocks T; Ruusunen A. (2021). Gastrointestinal symptoms following treatment for anorexia nervosa: A systematic literature review. *International Journal of Eating Disorders*, 54(6), pp.936-951.

Xu K and Yi P; Liu J; Ren J; Zhang Q; Yu L; Yang Y; Wang Y; Ma L; Zhang Y; Li X. (2022). Non-invasive brain stimulation interventions for treating Clinical and Sub-clinical eating disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials and nonrandomized studies. *Psychiatry Research*, 313, pp.114592.

Yang Y and Conti J; McMaster C M; Hay P. (2021). Beyond Refeeding: The Effect of Including a Dietitian in Eating Disorder Treatment. A Systematic Review. *Nutrients*, 13(12), pp.15.

Yu S and Zhang Y; Shen C; Shao F. (2023). Efficacy of pharmacotherapies for bulimia nervosa: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pharmacology & Toxicology*, 24(1), pp.72.

Zandieh S, Abdollahzadeh SM; Sadeghirad B; Wang L; McCabe RE; Yao L; Inness BE; Pathak A; Couban RJ; Crandon H; Torabiardakani K; Bieling P; Busse JW. (2024). Therapist-guided remote versus in-person cognitive behavioural therapy: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 196(10), pp.E327-E340.

Zhang K and Xie Q; Fan C; Hu X; Lei J; Kong J; Liang M; Luo J; Li X. (2024). The effectiveness of interpersonal psychotherapy versus cognitive behavioural therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 31(1), pp..

Zheng L, Yu Y; Wu X; Hu J; Gan Y. (2025). Effective non-invasive brain stimulation over dorsolateral prefrontal cortex for modulation of food craving and consumption: A systematic and meta-analytic review. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 137, pp.111271.

Zhong J and Zhang Y; Sun Y; Wang Q; Dong G; Li X. (2024). The efficacy of internet-based cognitive behavioral therapy for adult binge spectrum eating disorders: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 361, pp.684-692.

Zhu J and Hay P J; Yang Y; Le Grange D; Lacey J H; Lujic S; Smith C; Touyz S. (2023). Specific psychological therapies versus other therapies or no treatment for severe and enduring anorexia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, pp.CD011570.

Zinser J and O'Donnell N; Hale L; Jones C J. (2022). Multi-family therapy for eating disorders across the lifespan: A systematic review and meta-analysis. *European Eating Disorders Review*, 30(6), pp.723-745.

Aalberg K and Stavem K; Norheim F; Russell M B; Chaibi A. (2021). Effect of oral and transdermal oestrogen therapy on bone mineral density in functional hypothalamic amenorrhoea: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*, 7(3), pp.e001112.

Inkluderte systematiske oversikter som har undersøkt forskjellige behandlinger

	Anoreksi (anorexia nervosa) og atypisk anorexia	Annen spesifisert spiseforstyrrelse (OSFED/ UFED)	Bulimi (bulimia nervosa) og atypisk bulimi	Overspisingss-lidelse (binge eating disorder)	Unnvikende/ restriktiv spiseforstyrrelse (ARFID)	Spiseforstyrrelser i barn-dommen	Annen	Alle spiseforstyrrelser
Aksept- og forpliktelses-terapi (ACT)	-	-	-	Grohmann 2021	-	-	-	Buerger 2021 Day 2023 Di Sante 2022 Harris 2020 Ma 2024 Onnink 2022
Adolescent-focused therapy (FT)	-	-	-	-	-	-	-	-
Behandling mot rumine-ring	-	-	-	-	-	-	Sartori 2024	-
Body project behandling	-	-	-	-	-	-	-	-
Dyp hjernestimulering	Bahadori 2025 Giordano 2023 Hsu 2023 Karaszewska 2022 Shaffer 2023	-	-	-	-	-	-	Van Beers 2025
Dialektisk atferdsterapi for spiseforstyrrelser (RO DBT)	-	-	-	Grohmann 2021 Ma 2024	-	-	-	Buerger 2021 Day 2023 Delaquis 2022 Feltner 2022

								Hatoum 2024 Ladron-Arana 2023 Razakou-Soumalia 2021 Solmi 2024 Vogel 2021
Dyreassistert terapi	-	-	-	-	-	-	-	Fenning 2022
e-helse/Nettbaserte tiltak	-	Greenwood 2022	Green- wood 2022 Samara 2024	Samara 2024 Tuncer 2025 Zhong 2024	-	-	-	Diel 2024 Erasmus 2025 Fuhrmann 2024 Gentile 2025 Hagi 2023 Hedman-Lagerlof 2023 Linardon 2020 Linardon 2025 Melbye 2020 O'Mara 2023 Tang 2022 Thomas 2024
Eksponeringssterapi	-	-	-	-	-	-	-	-
Emosjonsfokuset forel- dreveiledning (EFFV) EFST	-	-	-	-	-	-	-	Di Lorenzo 2024
Emosjonsfokuset familie- terapi for spiseforstyrrel- ser (EFT)	-	-	-	-	-	-	-	-
Emosjonsfokuset terapi	-	-	-	-	-	-	-	-
Ernæringsbehandling, er- næringsstøtte	Bahari 2024 Bendall 2023 Candido 2023 Chan 2021 Lopes 2023	McMaster 2021	Bahari 2024 Bendall 2023 Chan 2021	Bahari 2024 McMaster 2021 Tsompanaki 2025	Chan 2021 Cucinotta 2023 Iwanska 2025	-	-	Ellis 2024 Garzone 2025 Hindley 2021 Ribera 2024 Solmi 2024

	McMaster 2021 Solmi 2021		McMaster 2021					Trompeter 2025 Vasiliu 2023 Yang 2021
Eksposering med respon- prevensjon (ERP) for ano- reksi	-	-	-	-	-	-	-	-
Eye movement desensitisa- tion and reprocessing (EMDR)	-	-	-	-	-	-	-	Schelles 2021 Hatoum 2024b
Familieterapi	Austin 2025	-	-	-	-	-	-	Buerger 2021 Hannah 2022 Zinser 2022
Fedmekirurgi (bariatric surgery)	-	-	Kops 2021	-	-	-	-	-
Focal- dynamic psychot- herapy	-	-	-	-	-	-	-	-
Interpersonlig terapi	-	-	-	-	-	-	-	Day 2023 Erasmus 2025 Feltner 2022 Moberg 2021 Seidel 2024 Zhang 2024
Ikke-invasiv nevrostimule- ring	Cavicchioli 2022 Gay 2022 Müller 2024	Cavicchioli 2022	Cavicchioli 2022 Gay 2022 Müller 2024 Song 2022	Cavicchioli 2022 Chen 2020 Gay 2022 Müller 2024 Song 2022	-	-	-	Gallop 2025 van Beers 2025 Xu 2022 Zheng 2025
Involvering av likeperso- ner	-	-	-	-	-	-	-	Pellizzer 2023
Kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser (KAT-S), kognitiv terapi for spise- forstyrrelser	Alserihi 2024 Solmi 2021 Zhu 2023	Greenwood 2022	Green- wood 2022 Low 2021	Gagliardi 2024 Low 2021 Samara 2024 Tsompanaki 2025	-	-	-	Alt 2024 Cuijpers 2024 Day 2023 Diel 2024

			Samara 2024	Zhong 2024				Feltner 2022 Fuhrmann 2024 Galloway 2022 Gentile 2025 Hagi 2023 Hamid 2024 Hedman-Lagerlof 2023 Heim 2023 Kip 2023 Kroener 2023 Ladron-Arana 2023 Liebman 2025 Ma 2024 Moberg 2021 O'Mara 2023 Ost 2024 Paphiti 2023 Robinson 2021 Solmi 2024 Vogel 2021 Wergeland 2025 Zandieh 2024 Zhang 2024
Kognitiv dissonansterapi	-	-	-	-	-	-	-	-
Kognitiv remedierende te- rapi	Alserihi 2024 Hagan 2020	-	-	-	-	-	-	East-Richard 2025
Komplementær/ alternativ behandling	Lee 2022a Lee 2022b	-	-	-	-	-	-	-
Kunst- og uttrykksterapi	-	-	-	-	-	-	-	Chang 2023 Griffin 2021 Pedra 2024 Steiner 2024 Wang 2024

Maudsley modell for voksne med anoreksi, mantra	-	-	-	-	-	-	-	Fernandez 2024
Maudsleymodellen, familiebasert tilnærming for spiseforstyrrelser, familiebasert terapi for spiseforstyrrelser (FBT)	Solmi 2021	-	-	-	-	-	-	Buerger 2021 Fernandez 2024 Hannah 2022 Otis 2023 Robinson 2021 Solmi 2024 Wergeland 2025
Medfølelsesfokusert terapi (CFT-E)	-	-	-	-	-	-	-	Buerger 2021 Liebman 2025 Millard 2023
Mentaliseringsbasert terapi (MBT ED)	-	-	-	-	-	-	-	Ma 2024
Metakognitiv terapi	-	-	-	-	-	-	-	-
Mindfulnessbasert terapi	-	-	-	Daniela 2021 Grohmann 2021	-	-	-	-
Motivasjonsbasert terapi	-	-	-	-	-	-	-	Fetahi 2021 Krishnamoorthy 2023
Narrativ terapi	-	-	-	-	-	-	-	Conti 2022
Overgang fra barn til voksenbehandling	-	-	-	-	-	-	-	Ragnhildstveit 2024
Ped-t, trenings- og kostholdsterapi	-	-	-	-	-	-	-	-
Fysioterapi for spiseforstyrrelser, fysiske terapiformer og treningsterapi	Borden 2020 Buoli 2024 Minano-Garrido 2022 Toutain 2022	-	Borden 2020	Borden 2020 Raisi 2023	-	-	-	Heim 2023 Ma 2024 Martinez-Calderon 2025
Psykologisk behandling/	Zhu 2023	-	-	-	-	-	-	Davey 2023 Linardon 2025

psykologiske intervensjoner								Seidel 2024
Psykodynamisk terapi	Solmi 2021	-	-	-	-	-	-	Alt 2024 Diel 2024 Liebman 2025 Moberg 2021 Solmi 2024
Psykoedukasjon	-	-	-	-	-	-	-	Di Lorenzo 2024 Fuhrmann 2024 Gentile 2025 Kurnik 2024 Ladron-Arana 2023 Seidel 2024
Psykoterapi	-	-	-	Valdez-Aguillar 2021	-	Sartori 2024	-	Erasmus 2025 Joshua 2023 Kew 2023 Seidel 2024
Psykomotorisk terapi	-	-	-	-	-	-	-	Bravo 2024
Selvhjelp / Selvstyrt	-	-	-	Tuncer 2025	-	-	-	Gentile 2025 Linardon 2025 Linardon 2025 O'Mara 2023 Thomas 2024
Selvmedfølelsetiltak	-	-	-	-	-	-	-	Morgan-Lowes 2023
Sosiale tiltak	-	-	-	-	-	-	-	Ma 2024 Ramjan 2024
Spesialisert støttende klinisk behandling (SSCM)	Zhu 2023	-	-	-	-	-	-	-
Temperamentsbasert terapi med støtte (TBT-S)	-	-	-	-	-	-	-	-
Tilrettelegging rundt måltid	-	-	-	-	-	-	-	Lacalaprice 2023

Tvangsbehandling	-	-	-	-	-	-	-	Atti 2021
Tverrfaglig behandling/ tilnærming/team	-	-	-	-	-	-	-	Massou 2025 Otis 2023 Solmi 2024
Utendørsterapi	-	-	-	-	-	-	-	-
Vektintervensjoner	-	-	-	Tsompanaki 2025	-	-	-	-
Virtuell virkelighet (VR)	Ciazynska 2022 Lu 2025 Magrini 2022	Ciazynska 2022	Ciazynska 2022 Low 2021 Lu 2025	Ciazynska 2022 Gagliardi 2024 Low 2021	-	-	-	Arrom-Llabrés 2025 Fakhrou 2024 Perez 2023 Riches 2023
Legemiddelbehandling	Fornaro 2023 Aalberg 2021	-	Argyrou 2023 Fang 2025 Fornaro 2023 Nourredine 2021 Samara 2024 Yu 2023	Fang 2025 Fornaro 2023 Nourredine 2021 Samara 2024	-	-	-	Chen 2021 Ma 2024 Solmi 2024 van Beers 2025
Antidepressiva inkl. SSRI (feks Fluoxetin)	Fornaro 2023	-	Fornaro 2023 Samara 2024 Yu 2023	Duan 2022 Fornaro 2023 Moawad 2024 Samara 2024 Sioziou 2024	-	-	-	Feltner 2022
Antipsykotika (feks Olanzapin, Quetiapin, Risperidon, Haloperidol)	Fornaro 2023 Han 2022	-	Fornaro 2023	Fornaro 2023	-	-	-	-
Cannabisbaserte behandlinger	Bilbao 2022 Rosager 2021	-	-	-	-	-	-	Camma 2025 de Bode 2025 McKee 2021
GLP-1 agonister	-	-	-	Radkhah 2025 Tempia 2024	-	-	-	-

								Kew 2023 Kwan 2024 Martinotti 2021 van Beers 2025 Walsh 2022
Ketamin	-	-	-	-	-	-	-	
Metformin	-	-	-	-	-	-	-	-
Psykedelika (LSD)	-	-	-	-	-	-	-	Alyahya 2025
Sentralstimulerende mid- ler (feks Lisdexamfetamin)	Vickers 2024	-	Samara 2024 Vickers 2024	Samara 2024 Schneider 2021	-	-	-	Feltner 2022 van Beers 2025
Vektreduserende legemid- ler	-	-	-	Tsompanaki 2025	-	-	-	-
Annet	Giel 2021 Toppino 2024 West 2021	-	-	-	-	-	-	Fuhrmann 2024 Herrmann 2023 Nimbley 2025

Vedlegg 3: AMSTAR-2 vurderinger

Kvalitetsvurdering av de inkluderte systematiske oversiktene (oransje farge indikerer kritiske spørsmål i AMSTAR 2).

Referanse	\$1	\$2	\$3	\$4	\$5	\$6	\$7	\$8	\$9	\$10	\$11	\$12	\$13	\$14	\$15	\$16	Kvalitet
Alserihi 2024	J	DJ	J	DJ	J	J	DJ	DJ	J IR	N	J IR	N	J	J	J	J	M
Alt 2024	J	DJ	J	DJ	J	J	DJ	DJ	J J	N	IM IM	IM	J	N	IM	J	M
Arrom-Llabrés 2025	J	N	J	DJ	N	N	DJ	DJ	J N	N	IM IM	IM	J	J	IM	J	KL
Atti 2021	J	N	J	DJ	J	N	DJ	DJ	IR J	N	IM J	J	J	J	J	J	L
Buerger 2021	J	N	J	DJ	J	J	DJ	DJ	J J	N	J N	J	J	J	J	J	KL
Cuijpers 2024	J	DJ	J	DJ	J	J	DJ	DJ	J	N	J	J	J	J	J	J	M

									IR		IR						
Day 2024	J	DJ	J	DJ	J	N	DJ	J	J J	N	IM IM	IM	J	J	IM	J	M
De Bode 2025	J	DJ	J	DJ	J	N	DJ	J	J J	N	IM IM	IM	J	J	IM	J	M
Diel 2024	J	N	J	J	J	J	DJ	DJ	J IR	N	J IR	J	J	N	J	J	L
Di Lorenzo 2024	J	J	J	DJ	N	N	DJ	DJ	J IR	N	J IR	J	J	J	J	J	M
East-Richard 2025	J	N	J	DJ	J	J	DJ	DJ	N IR	N	J UR	IM	J	J	J	J	KL
Ellis 2024	J	DJ	J	DJ	J	N	DJ	DJ	J J	N	IM IM	IM	J	J	IM	J	M
Fakhrou 2024	J	N	N	N	N	N	N	N	J N	N	IM IM	IM	N	N	IM	J	KL
Fernandez 2024	J	N	J	DJ	J	J	DJ	J	J N	N	IM IM	IM	J	J	IM	J	KL
Fornaro 2023	J	DJ	J	J	J	J	J	J	J IR	J	J IR	N	J	J	J	J	M
Garzone 2025	J	N	J	DJ	J	N	DJ	DJ	N IR	N	IM IR	IM	N	J	IM	J	KL
Gentile 2024	J	DJ	J	DJ	J	J	DJ	DJ	J IR	N	IM IR	IM	J	J	IM	J	M
Hamid 2024	J	N	J	DJ	N	N	DJ	DJ	J IR	N	J IR	J	J	J	J	J	L
Hannah 2022	J	DJ	J	DJ	N	N	DJ	J	J J	N	IM IM	IM	J	J	IM	J	M
Harris 2020	J	N	J	DJ	N	N	J	DJ	N	N	IM	IM	N	N	IM	J	KL

									N		IM						
Hatoum 2024	J	J	J	DJ	J	N	DJ	DJ	J J	N	IM IM	IM	J	J	IM	J	M
Hatoum 2024 EMDR	J	J	J	DJ	J	J	N	DJ	J J	N	IM IM	IM	J	J	IM	J	L
Hindley 2021	J	N	J	DJ	J	N	DJ	J	N DJ	N	IM IM	IM	J	J	IM	J	KL
Ladrón-Arana	J	J	J	DJ	J	J	DJ	DJ	J J	N	IM IM	IM	J	J	IM	J	M
Liebman 2025	N	N	J	DJ	J	N	DJ	DJ	J J	N	IM IM	IM	J	J	IM	J	L
Ma 2024	J	J	J	J	J	J	DJ	J	J IR	N	IM IR	IM	J	J	IM	J	M
Martinez-Calderon 2024	J	DJ	J	DJ	N	N	J	J	J IR	J	J IR	J	J	J	J	J	M
Massou 2025	J	DJ	J	DJ	J	J	DJ	DJ	J J	N	IM IM	IM	J	J	IM	J	M
Melbye 2020	N	N	J	DJ	N	J	DJ	J	J J	N	IM IM	IM	J	J	IM	J	L
Millard 2023	J	DJ	J	DJ	N	N	DJ	DJ	J IR	J	J IR	J	J	J	IR	J	M
O'Mara 2023	J	J	J	DJ	N	N	DJ	DJ	J IR	N	J IR	J	J	J	J	J	M
Onnink 2022	N	N	J	DJ	N	N	DJ	N	J J	N	IM IM	IM	J	J	IM	J	L
Otis 2023	J	DJ	J	DJ	J	J	DJ	DJ	IR J	N	IR IM	IM	J	J	IM	J	M
Pellizzer 2022	J	N	J	DJ	J	N	DJ	DJ	J	N	IM	IM	J	J	IM	J	KL

									N		IM						
Rozakou-Soumalia 2021	J	DJ	N	DJ	J	N	DJ	J	J	N	N	J	J	J	J	J	L
Scelles 2021	J	N	J	N	J	N	N	DJ	N	N	IM	IM	J	J	IM	N	KL
Sioziou 2024	J	DJ	J	DJ	J	J	N	DJ	J	J	J	J	J	J	J	J	L
Solmi 2024	J	N	J	DJ	N	J	J	DJ	J	N	J	J	J	J	J	N	L
Thomas 2024	J	J	J	DJ	J	J	DJ	DJ	J	N	J	J	J	J	J	N	M
Valdez-Aguillar 2022	J	N	J	DJ	N	N	DJ	DJ	DJ	N	IM	IM	J	J	IM	J	KL
Wergeland 2025	J	J	J	DJ	J	J	DJ	DJ	J	N	J	J	J	J	J	J	M
Yang 2021	J	DJ	J	DJ	N	N	DJ	J	J	N	N*	IM	J	J	IM	J	L
Zhu 2023	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	H

**Ingen metaanalyse ble utført, men det ble foretatt 'vote-counting' uten hensyntagen til forskjell i studiedesign, størrelse eller risiko for skjevheter blant de opptelte studiene.*

Kvalitetsvurdering er gjort med AMSTAR 2-sjekklisten. AMSTAR 2 sjekklisten med alle spørsmål og veiledning for vurdering er forklart over. Hvert spørsmål ble besvart ja (J), delvis ja (DJ), nei (N), ikke relevant (IR) eller ikke brukt meta-analyse (IM). Kvalitet H er høy, M er moderat, L er lav og KL er kritisk lav metodisk kvalitet på den vurderte systematiske oversikten.

Vedlegg 4: Ekskluderte oversikter lest i fulltekst

Ekskludert Søk for 2020

Acle Ashley and Cook Brian J; Siegfried Nicole; Beasley Tammy. (2021). Cultural considerations in the treatment of eating disorders among racial/ethnic minorities: A systematic review. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 52(5), pp.468-488.

Acosta-Gallego Agustín and Gamonales José M; Muñoz-Jiménez Jesús; Acosta Cañero; Daniel; Gámez-Calvo Luisa. (2022). Physical exercise and nutritional therapy in the treatment of eating disorders. *Arch. latinoam. nutr*, 72(1), pp.60-71.

Atwood M E and Friedman A. (2020). A systematic review of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 53(3), pp.311-330.

Barnett P and Arundell L L; Saunders R; Matthews H; Pilling S. (2021). The efficacy of psychological interventions for the prevention and treatment of mental health disorders in university students: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 280(Pt A), pp.381-406.

Cassoli E and Sensi C; Mannucci E; Ricca V; Rotella F. (2020). Pharmacological treatment of acute-phase anorexia nervosa: Evidence from randomized controlled trials. *Journal of Psychopharmacology*, 34(8), pp.864-873.

Craig C and Hiskey S; Spector A. (2020). Compassion focused therapy: a systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 20(4), pp.385-400.

Dugmore J A and Winten C G; Niven H E; Bauer J. (2020). Effects of weight-neutral approaches compared with traditional weight-loss approaches on behavioral, physical, and psychological health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Nutrition Reviews*, 78(1), pp.39-55.

Gan J K. E and Wu V X; Chow G; Chan J K. Y; Klainin-Yobas P. (2022). Effectiveness of non-pharmacological interventions on individuals with anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education & Counseling*, 105(1), pp.44-55.

Haderlein Taona Patricia. (2022). Efficacy of technology-based eating disorder treatment: A meta-analysis. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 41(1), pp.174-184.

Hallward L and Di Marino A; Duncan L R. (2022). A systematic review of treatment approaches for compulsive exercise among individuals with eating disorders. *Brunner-Mazel Eating Disorders Monograph Series*, 30(4), pp.411-436.

Hamadi L and Holliday J. (2020). Moderators and mediators of outcome in treatments for anorexia nervosa and bulimia nervosa in adolescents: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 53(1), pp.3-19.

- Hilbert A and Petroff D; Herpertz S; Pietrowsky R; Tuschen-Caffier B; Vocks S; Schmidt R. (2020). Meta-analysis on the long-term effectiveness of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 53(9), pp.1353-1376.
- Hilbert Anja and Petroff David; Herpertz Stephan; Pietrowsky Reinhard; Tuschen-Caffier Brunna; Vocks Silja; Schmidt Ricarda. (2020). Meta-analysis on the long-term effectiveness of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 53(9), pp.1353-1376.
- Iliakis E A and Masland S R. (2023). Internet interventions for perfectionism: a meta-analysis and proposals for the college setting. *Journal of American College Health*, 71(8), pp.2299-2304.
- Isserlin L and Spettigue W; Norris M; Couturier J. (2020). Outcomes of inpatient psychological treatments for children and adolescents with eating disorders at time of discharge: a systematic review. *Journal of Eating Disorders*, 8, pp.32.
- Magson N R and Handford C M; Norberg M M. (2021). The Empirical Status of Cue Exposure and Response Prevention Treatment for Binge Eating: A Systematic Review. *Behavior Therapy*, 52(2), pp.442-454.
- Marquez M C and Sanchez J M; Salazar A M; Martinez C V; Valderrama F; Rojas-Gualdrón D F. (2021). Efficacy and Safety of Antipsychotics and Antidepressants in the Treatment of Anorexia Nervosa: a Systematic Review. *Revista Colombiana De Psiquiatria*, 19, pp.19.
- Marquez M C and Sanchez J M; Salazar A M; Martinez C V; Valderrama F; Rojas-Gualdrón D F. (2022). Efficacy and safety of antipsychotics and antidepressants in the treatment of anorexia nervosa: a systematic review. *Revista Colombiana De Psiquiatria*, 51(3), pp.227-235.
- Miskovic-Wheatley J and Bryant E; Ong S H; Vatter S; Le A; Touyz S; Maguire S. (2023). Eating disorder outcomes: findings from a rapid review of over a decade of research. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), pp.85.
- Moghim E and Davis C; Rotondi M. (2021). The Efficacy of eHealth Interventions for the Treatment of Adults Diagnosed With Full or Subthreshold Binge Eating Disorder: Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 23(7), pp.e17874.
- Mulchandani M and Shetty N; Conrad A; Muir P; Mah B. (2021). Treatment of eating disorders in older people: a systematic review. *Systematic Reviews*, 10(1), pp.275.
- Murray S B and Strober M; Tadayonnejad R; Bari A A; Feusner J D. (2022). Neurosurgery and neuromodulation for anorexia nervosa in the 21st century: a systematic review of treatment outcomes. *Brunner-Mazel Eating Disorders Monograph Series*, 30(1), pp.26-53.
- Peckmezian T and Paxton S J. (2020). A systematic review of outcomes following residential treatment for eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 28(3), pp.246-259.
- Pilling S and Fonagy P; Allison E; Barnett P; Campbell C; Constantinou M; Gardner T; Lorenzini N; Matthews H; Ryan A; Sacchetti S; Truscott A; Ventura T; Watchorn K; Whittington C; Kendall T. (2020). Long-term outcomes of psychological interventions on children and young people's mental health: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 15(11 November), e0236525.
- Pinna F and Manchia M; Paribello P; Carpiniello B. (2020). The Impact of Alexithymia on Treatment Response in Psychiatric Disorders: A Systematic Review. *Frontiers in psychiatry Frontiers Research Foundation*, 11, pp.311.
- Quiles Marcos and Yolanda; Leon Zarceno; Eva; Lopez Lopez; Jose Antonio. (2021). Effectiveness of exercise-based interventions in patients with anorexia nervosa: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 29(1), pp.3-19.
- Ramsey-Wade Christine E and Williamson Heidi; Meyrick Jane. (2021). Therapeutic writing for disordered eating: A systematic review. *Journal of Creativity in Mental Health*, 16(1), pp.59-76.
- Robinson L and Delgadillo J; Kellett S. (2020). The dose-response effect in routinely delivered psychological therapies: A systematic review. *Psychotherapy Research*, 30(1), pp.79-96.

Sandgren S S and Haycraft E; Plateau C R. (2020). Nature and efficacy of interventions addressing eating psychopathology in athletes: A systematic review of randomised and nonrandomised trials. *European Eating Disorders Review*, 28(2), pp.105-121.

Solmi M and Fornaro M; Ostinelli E G; Zangani C; Croatto G; Monaco F; Krinitski D; Fusar-Poli P; Correll C U. (2020). Safety of 80 antidepressants, antipsychotics, anti-attention-deficit/hyperactivity medications and mood stabilizers in children and adolescents with psychiatric disorders: a large scale systematic meta-review of 78 adverse effects. *World Psychiatry*, 19(2), pp.214-232.

Waller Archana and Paganini Chiara; Andrews Katrina; Hutton Vicki. (2021). Trust and a sense of safety in the group: The benefits of professionally-led support groups in eating disorders. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 23(4), pp.483-495.

Werz J and Voderholzer U; Tuschen-Caffier B. (2022). Alliance matters: but how much? A systematic review on therapeutic alliance and outcome in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eating & Weight Disorders: EWD*, 27(4), pp.1279-1295.

Wong L Y and Zafari N; Churilov L; Stammers L; Price S; Ekinci E I; Sumithran P. (2020). Change in emotional eating after bariatric surgery: systematic review and meta-analysis. *BJS Open*, 4(6), pp.995-1014.

Ekskludert ikke systematisk oversikt

Ahmadiankalati M and Steins-Loeber S; Paslakis G. (2020). Review of randomized controlled trials using e-health interventions for patients with eating disorders. *Frontiers in psychiatry*, 11, pp.568.

Amianto F and Oliaro T; Righettoni F; Davico C; Marcotulli D; Vitiello B. (2024). Psychological Effects of Nasogastric Tube (NGT) in Patients with Anorexia Nervosa: A Systematic Review. *Nutrients*, 16(14), pp.18.

Aouad P and Bryant E; Maloney D; Marks P; Le A; Russell H; Hay P; Miskovic-Wheatley J; Touyz S; Maguire S. (2022). Informing the development of Australia's National Eating Disorders Research and Translation Strategy: a rapid review methodology. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), pp.31.

Aoun L and Almardini S; Saliba F; Haddadin F; Mourad O; Jdaidani J; Morcos Z; Al Saidi I; Bou Sayneh; E; Saliba S; Almardini M; Zaidan J. (2024). GLP-1 receptor agonists: A novel pharmacotherapy for binge eating (Binge eating disorder and bulimia nervosa)? A systematic review. *Journal of Clinical & Translational Endocrinology*, 35, pp.100333.

Aoun A and Ghoussoub C; Farsoun C; Al Mallah A; Ayoub F; Trezia N; Abi Karam; S. (2025). Examining the Efficacy of Mindfulness-Based Interventions in Treating Obesity, Obesity-Related Eating Disorders, and Diabetes Mellitus. *Journal of the American Nutrition Association*, 44(4), pp.292-305.

Ashkan K and Mirza A B; Tambirajoo K; Furlanetti L. (2021). Deep brain stimulation in the management of paediatric neuropsychiatric conditions: Current evidence and future directions. *European Journal of Paediatric Neurology*, 33, pp.146-158.

Baenas I and Camacho-Barcia L; Miranda-Olivos R; Sole-Morata N; Misiolek A; Jimenez-Murcia S; Fernandez-Aranda F. (2024). Probiotic and prebiotic interventions in eating disorders: A narrative review. *European Eating Disorders Review*, 32(6), pp.1085-1104.

Baudinet J and Eisler I. (2024). Multi-family Therapy for Eating Disorders Across the Lifespan. *Current Psychiatry Reports*, 26(6), pp.323-329.

Bauman T and Voderholzer U. (2025). Pharmacotherapy of eating disorders-An update. [German]. *Der Nervenarzt*, 96(3), pp.230-237.

Benedictson J and Penner-Goeke L; Hogan E; Wiens R; Theule J. (2025). Family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: A meta-analysis. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 46(2), pp..

Borden Ashlye and Cook-Cottone Catherine. (2023). Yoga and eating disorder prevention and treatment: A comprehensive review and meta-analysis. In: , ed., *Yoga for positive embodiment in eating disorder prevention and treatment*. : Routledge; US, pp.97-134.

Boustani M and Mazzone E; Hodgins J; Rith-Najarian L. (2024). Dialectical Behavior Therapy Programming for Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis of Clinical and Implementation Outcomes. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, , pp.1-16.

Bryan D C and Cardi V; Willmott D; Teehan E E; Rowlands K; Treasure J. (2021). A systematic review of interventions to support transitions from intensive treatment for adults with anorexia nervosa and/or their carers. *European Eating Disorders Review*, 29(3), pp.355-370.

Buhake Longin. (2025). Integrating faith-based approaches into Cognitive Behavioral Therapy (CBT) for mental health: A systematic review and meta-analysis of the existing studies. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 86(9-A), pp.No Pagination Specified.

Burrows T and Teasdale S; Rocks T; Whatnall M; Schindlmayr J; Plain J; Latimer G; Robertson M; Harris D; Forsyth A. (2022). Effectiveness of dietary interventions in mental health treatment: A rapid review of reviews. *Nutrition & Dietetics*, 79(3), pp.279-290.

Busseret Theresa A. (2023). Delivering mindfulness-based interventions for binge eating disorder via videoconferencing: A systematic literature review. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 84(4-B).

Butler R M and Heimberg R G. (2020). Exposure therapy for eating disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 78, pp.101851.

Captari Laura E and Sandage Steven J; Vandiver Richard A. (2022). Spiritually integrated psychotherapies in real-world clinical practice: Synthesizing the literature to identify best practices and future research directions. *Psychotherapy*, 59(3), pp.307-320.

Cartagena Sandra Garcia and Marcos Yolanda Quiles. (2021). Systematic review of the efficacy of compassion-focused therapy in eating disorders. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 21(2), pp.241-252.

Chapron S A and Nourredine M; Donde C; Haesebaert F; Micoulaud-Franchi J A; Geoffroy P A; Rolland B. (2022). Efficacy and safety of topiramate for reducing impulsivity: A transdiagnostic systematic review and meta-analysis of a common clinical use. *Fundamental and Clinical Pharmacology*, 36(1), pp.4-15.

Chmiel J and Gladka A; Leszek J. (2023). The Effect of Transcranial Direct Current Stimulation (tDCS) on Anorexia Nervosa: A Narrative Review. *Nutrients*, 15(20), pp.20.

Chmiel J and Kurpas D; Rybakowski F; Leszek J. (2024). The Effectiveness of Transcranial Direct Current Stimulation (tDCS) in Binge Eating Disorder (BED)-Review and Insight into the Mechanisms of Action. *Nutrients*, 16(10), pp.17.

Chmiel J and Stepień-Słodkowska M. (2024). Efficacy of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) in the Treatment of Bulimia Nervosa (BN): A Review and Insight into Potential Mechanisms of Action. *Journal of Clinical Medicine*, 13(18), pp.10.

Copur S and Copur M. (2020). Olanzapine in the treatment of anorexia nervosa: a systematic review. *Egyptian Journal of Neurology and Psychiatry and Neurosurgery*, 56(1) (no pagination), pp..

Cogle J R and Grubaugh A L. (2022). Do psychosocial treatment outcomes vary by race or ethnicity? A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 96, pp.102192.

Cui S. (2024). A comprehensive review on the co-occurrence of scurvy and anorexia nervosa. *Frontiers in Nutrition*, 11, pp.1466388.

- Datta N and Matheson B E; Citron K; Van Wye E M; Lock J D. (2023). Evidence Based Update on Psychosocial Treatments for Eating Disorders in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 52(2), pp.159-170.
- Davis H A and Graham A K; Wildes J E. (2020). Overview of Binge Eating Disorder. *Current Cardiovascular Risk Reports*, 14(12) (no pagination), pp..
- DavyRomano Evie. (2023). From treatment to recovery: Family, health, and sociocultural implications of anorexia nervosa. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 84(1-B), pp.No Pagination Specified.
- de Boer K and Johnson C; Wade T D; Radunz M; Fernando A N; Babb J; Stafrace S; Sharp G. (2023). A systematic review and meta-analysis of intensive treatment options for adults with eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 106, pp.102354.
- de Moraes C E. F and Donnelly B; Appolinario J C; Hay P. (2023). Obtaining long-term recovery: advances in optimizing treatment outcomes in patients with binge-eating disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 23(12), pp.1097-1111.
- Duggan H C and Hardy G; Waller G. (2025). Cognitive-behavioural therapy (CBT) for outpatients with anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis of clinical effectiveness. *Cognitive Behaviour Therapy*, , pp.1-46.
- Ecob C and Smith D M; Tsivos Z; Hossain N; Peters S. (2025). A systematic review of the clinical practice guidelines for the assessment, management and treatment of eating disorders during the perinatal period. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 25(1), pp.82.
- Faller J and Perez J K; Mihalopoulos C; Chatterton M L; Engel L; Lee Y Y; Le P H; Le L K. (2024). Economic evidence for prevention and treatment of eating disorders: An updated systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 57(2), pp.265-285.
- Freizinger M and Recto M; Jhe G; Lin J. (2022). Atypical Anorexia in Youth: Cautiously Bridging the Treatment Gap. *Children*, 9(6) (no pagination), pp..
- Friedlich Cassandra E and Covarrubias Andrea; Park Hyoungjin; Murray Stuart B. (2023). Updates in the treatment of Eating Disorders in 2022: a year in review in Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention. *Eating Disorders*, 31(2), pp.128-138.
- Galbally M and Himmerich H; Senaratne S; Fitzgerald P; Frost J; Woods N; Dickinson J E. (2022). Management of anorexia nervosa in pregnancy: a systematic and state-of-the-art review. *The Lancet. Psychiatry*, 9(5), pp.402-412.
- Gallagher D and Parker A; Samavat H; Zelig R. (2022). Prophylactic supplementation of phosphate, magnesium, and potassium for the prevention of refeeding syndrome in hospitalized individuals with anorexia nervosa. *Nutrition in Clinical Practice*, 37(2), pp.328-343.
- Gliwinska A and Czubilinska-Lada J; Wieckiewicz G; Swietochowska E; Badenski A; Dworak M; Szczepanska M. (2023). The Role of Brain-Derived Neurotrophic Factor (BDNF) in Diagnosis and Treatment of Epilepsy, Depression, Schizophrenia, Anorexia Nervosa and Alzheimer's Disease as Highly Drug-Resistant Diseases: A Narrative Review. *Brain Sciences*, 13(2) (no pagination), pp..
- Goel A and Pandhare S; Sapkale B. (2025). Anorexia nervosa: A narrative review of diagnostic criteria, pathophysiology, and innovative management approaches. *Multidisciplinary Reviews*, 8(2), pp..
- Gomez-Busto F J, Ortiz M I. (2020). Virtual Reality and Psychedelics for the Treatment of Psychiatric Disease: A Systematic Literature Review. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(6), pp.365-380.
- Gorrell S and Hughes E K; Sawyer S M; Roberts S R; Nagata J M; Yeo M; Lock J; Le Grange D. (2022). Gender-based clinical differences in evidence-based treatment for adolescent anorexia nervosa: analysis of aggregated randomized controlled trials. *Eating & Weight Disorders: EWD*, 27(3), pp.1123-1130.

Grammer A C and Fitzsimmons-Craft E E; Laing O; De Pietro B; Wilfley D E. (2020). Eating disorders on college campuses in the united states: Current insight on screening, prevention, and treatment. *Current Psychopharmacology*, 9(2), pp.91-102.

Guenole F. (2025). Evaluative Research on Psychodynamic Therapy: Foundations and Recent Advances. *Journal of Psychiatric Practice*, 31(1), pp.27-34.

Heal D J and Gosden J. (2022). What pharmacological interventions are effective in binge-eating disorder? Insights from a critical evaluation of the evidence from clinical trials. *International Journal of Obesity*, 46(4), pp.677-695.

Herpertz-Dahlmann B and Bonin E; Dahmen B. (2021). Can you find the right support for children, adolescents and young adults with anorexia nervosa: Access to age-appropriate care systems in various healthcare systems. *European Eating Disorders Review*, 29(3), pp.316-328.

Hilbert A. (2023). Psychological and medical treatments for binge-eating disorder: A research update. *Physiology & Behavior*, 269, pp.114267.

Hoo P and Goldschlager R; Katsoulis J; Newnham E; Harun N S; Gwee K; Silberberg C; Russell N; Lam S; Adithama E; Cook N; Weickhardt A. (2023). Narrative review of inpatient nutritional management of anorexia nervosa with management recommendations for Australian tertiary health services. *Internal Medicine Journal*, 53(10), pp.1752-1767.

Haas V and Nadler J; Crosby R D; Madden S; Kohn M; Le Grange D; Goncalves A S. O; Hebebrand J; Correll C U. (2022). Comparing randomized controlled trials of outpatient family-based or inpatient multimodal treatment followed by outpatient care in youth with anorexia nervosa: Differences in populations, metrics, and outcomes. *European Eating Disorders Review*, 30(6), pp.693-705.

Ince B and Schlatter J; Max S; Plewnia C; Zipfel S; Giel K E; Schag K. (2021). Can we change binge eating behaviour by interventions addressing food-related impulsivity? A systematic review. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), pp.38.

IsHak W W and Meyer A; Freire L; Totlani J; Murphy N; Renteria S; Salem M; Chang T; Abdelsalam R; Khan R; Chandy T; Parrish T; Hirsch D; Patel B; Steiner A J; Kim S; Hedrick R; Pechnick R N; Danovitch I. (2024). Overview of Psychiatric Medications in the Pipeline in Phase III Trials as of June 1, 2024: A Systematic Review. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 21(7-9), pp.27-47.

Johnson C and Radunz M; Linardon J; Fuller-Tyszkiewicz M; Williamson P; Wade T D. (2025). The impact of patient choice on uptake, adherence, and outcomes across depression, anxiety, and eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 55, pp.e32.

Jowik K and Tyszkiewicz-Nwafor M; Slopian A. (2021). Anorexia nervosa-what has changed in the state of knowledge about nutritional rehabilitation for patients over the past 10 years? A review of literature. *Nutrients*, 13(11),3819.

Keegan E and Tchanturia K; Wade T D. (2021). Central coherence and set-shifting between nonunderweight eating disorders and anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 54(3), pp.229-243.

Keegan Ella and Waller Glenn; Wade Tracey D. (2022). A systematic review and meta-analysis of a 10-session cognitive behavioural therapy for non-underweight eating disorders. *Clinical Psychologist*, 26(3), pp.241-254.

Keeler Johanna Louise and Treasure Janet; Juruena Mario F; Kan Carol; Himmerich Hubertus. (2021). Ketamine as a Treatment for Anorexia Nervosa: A Narrative Review. *Nutrients*, 13(11), pp.4158.

Keeler Johanna Louise and Kan Carol; Treasure Janet; Himmerich Hubertus. (2024). Novel treatments for anorexia nervosa: Insights from neuroplasticity research. *European Eating Disorders Review*, 32(6), pp.1069-1084.

Keshen Aaron and Kaplan Allan S; Masson Philip; Ivanova Iryna; Simon Barry; Ward Richard; Ali Sarah I; Carter Jacqueline C. (2022). Binge eating disorder: Updated overview for primary care practitioners. *Canadian Family Physician / Médecin de Famille Canadien*, 68(6), pp.416-428.

Keshen A and Bartel S; Frank G K. W; Svedlund N E; Nunes A; Dixon L; Ali S I; Kaplan A S; Hay P; Touyz S; Romo-Nava F; McElroy S L. (2022). The potential role of stimulants in treating eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 55(3), pp.318-331.

Kim Y R and Lee S; Cho Y S. (2024). Implication of Social Rejection in Cognitive Bias Modification Interpretation Training in Adolescents With Eating Disorders. *Soa--ch'ongsonyon chongsin uihak = Journal of child & adolescent psychiatry*, 35(2), pp.101-106.

Kinnaird E and Nicholson M; Thomas A; Cooper M. (2023). Systematic review: Exploring the monitoring and reporting of unwanted events in psychotherapy trials for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 56(6), pp.1037-1054.

Koreshe E and Paxton S; Miskovic-Wheatley J; Bryant E; Le A; Maloney D; Touyz S; Maguire S. (2023). Prevention and early intervention in eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), pp.38.

Ledwos N and Rodas J D; Husain M I; Feusner J D; Castle D J. (2023). Therapeutic uses of psychedelics for eating disorders and body dysmorphic disorder. *Journal of Psychopharmacology*, 37(1), pp.3-13.

Levitán M N and Papelbaum M; Carta M G; Appolinario J C; Nardi A E. (2021). Binge eating disorder: A 5-year retrospective study on experimental drugs. *Journal of Experimental Pharmacology*, 13, pp.33-47.

Lewis Hannah Kate and Foye Una. (2022). From prevention to peer support: A systematic review exploring the involvement of lived-experience in eating disorder interventions. *Mental Health Review Journal*, 27(1), pp.1-17.

Li Z and Halls D; Byford S; Tchanturia K. (2022). Autistic characteristics in eating disorders: Treatment adaptations and impact on clinical outcomes. *European Eating Disorders Review*, 30(5), pp.671-690.

Lodewyk K and Bagnell A; Courtney D B; Newton A S. (2023). Review: Adverse event monitoring and reporting in studies of pediatric psychosocial interventions: a systematic review. *Child and Adolescent Mental Health*, 28(3), pp.425-437.

Lundin R M and Yeap Y; Menkes D B. (2023). Adverse Effects of Virtual and Augmented Reality Interventions in Psychiatry: Systematic Review. *JMIR Mental Health*, 10(no pagination), pp..

Ma Ruqian. (2025). The effects of applied behavior analysis-based parent-implemented interventions for children with pediatric feeding disorder: A systematic review and meta-analysis. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 86(1-B), pp.No Pagination Specified.

Maglia M and Corello G; Caponnetto P. (2021). Evaluation of the effects of telepsychotherapy in the treatment and prevention of eating disorders in adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 12573.

Mahoney J and Koch-Gallup N; Scarisbrick D; Berry J; Rezai A. (2022). Deep brain stimulation for psychiatric disorders and behavioral/cognitive-related indications: Review of the literature and implications for treatment. *Journal of the neurological sciences*, 437, pp.120253.

Malda Castillo Javier. (2021). Asthma, caregiving and mental health: The mind keeps the score. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 82(6-B).

Malik-Smith Sofia. (2023). Anorexia nervosa and emotion. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 84(9-A).

Martínez-Moreno A G. (2022). Probiotics as a psychonutritional treatment for anorexia nervosa. A systematic review. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 12(2), pp.202-214.

Matzkin Valeria and Gafare Claudia; Valicenti Natalia; Soto Sofia; Ringel Carina. (2022). How is the patient with Eating Disorders weighed? Review of weight approach in treatments. *Diaeta (B. Aires)*, 40(177), pp.1-13.

McClure Z and Fuller-Tyszkiewicz M; Messer M; Linardon J. (2024). Predictors, mediators, and moderators of response to digital interventions for eating disorders: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 57(5), pp.1034-1048.

Metelska A and Permoda-Pachuta A; Karakula-Juchnowicz H. (2025). Neuromodulation in the treatment of anorexia nervosa - a literature review. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 27(1), pp.87-96.

Milano W and Ambrosio P; Carizzzone F; Di Munzio W; De Biasio V; Capasso A. (2020). Recent advances in treatment of childhood obesity. *Current Drug Metabolism*, 21(14), pp.1072-1078.

Morad-Abbasi R and Zare-Shahne F; Naeini F; Saidpour A; Etesam F; Hosseinzadeh-Attar M J. (2025). Effects of bariatric surgeries on Binge eating disorders, Food addiction, and eating behaviors: A comprehensive systematic review of RCTs. *Clinical Nutrition ESPEN*, 67, pp.222-232.

Mosuka E M and Murugan A; Thakral A; Ngomo M C; Budhiraja S; St Victor R. (2023). Clinical Outcomes of Refeeding Syndrome: A Systematic Review of High vs. Low-Calorie Diets for the Treatment of Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders in Children and Adolescents. *Cureus*, 15(5), pp.e39313.

Nagata J M and Murray S B. (2021). Updates in the treatment of eating disorders in 2020: a year in review in eating disorders: the journal of treatment & prevention. *Brunner-Mazel Eating Disorders Monograph Series*, , pp.1-11.

Naumann Eva and Werthmann Jessica; Vocks Silja; Svaldi Jennifer; Hartmann Andrea S. (2022). Mirror exposure therapy for the treatment of body image disturbances in eating disorders: Evidence, modes of action, approaches. *Psychologische Rundschau*, 73(4), pp.243-259.

Neale Josephine and Hudson Lee D. (2020). Anorexia nervosa in adolescents. *British Journal of Hospital Medicine (17508460)*, 81(6), pp.1-8.

Nocerino Rita and Mercuri Caterina; Bosco Vincenzo; Giordano Vincenza; Simeone Silvio; Guillari Assunta; Rea Teresa. (2024). Development and Management of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder and Food Neophobia in Pediatric Patients with Food Allergy: A Comprehensive Review. *Nutrients*, 16(17), pp.3034.

O'Shea M and Capon H; Evans S; Agrawal J; Melvin G; O'Brien J; McIver S. (2022). Integration of hatha yoga and evidence-based psychological treatments for common mental disorders: An evidence map. *Journal of Clinical Psychology*, 78(9), pp.1671-1711.

Ogur Merve and Taskale Nermin. (2022). Enhanced cognitive behavioral therapy for eating disorders: A review on bulimia nervosa. *Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research*, 11(1), pp.58-73.

Osoro A and Villalobos D; Tamayo J A. (2022). Efficacy of emotion-focused therapy in the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(3), pp.815-836.

Parra E and Arone A; Amadori S; Mucci F; Palermo S; Marazziti D. (2020). Impact of Physical Exercise on Psychological Well-being and Psychiatric Disorders. *Journal for ReAttach Therapy and Developmental Diversities*, 3(2), pp.24-39.

Pehlivan M J and Miskovic-Wheatley J; Le A; Maloney D; Research Consortium; N E D; Touyz S; Maguire S. (2022). Models of care for eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), pp.166.

Pennesi J L and Johnson C; Radunz M; Wade T D. (2024). Acute Augmentations to Psychological Therapies in Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Current Psychiatry Reports*, 26(9), pp.447-459.

Pietrabissa G and Bertuzzi V; Simpson S; Guerrini Usubini; A; Cattivelli R; Bertoli S; Mozzi E; Roviario G; Castelnuovo G; Molinari E. (2022). Psychological Aspects of Treatment with Intra-gastric Balloon for Management of Obesity: A Systematic Review of the Literature. *Obesity Facts*, 15(1), pp.1-18.

Popov M Y, Lepik O V; Kozlovskii V L; Popov Y V. (2023). Pharmacological strategies for appetite modulation in eating disorders: a narrative review. *Consortium psychiatricum*, 4(2), pp.79-90.

Potes M I and Joaquin C; Wiecks N; Phan S; Hassan O. (2021). The utility of deep brain stimulation surgery for treating eating disorders: A systematic review. *Surgical neurology international*, 12, pp.169.

Poynter Carly. (2024). A systematic review of the effectiveness of family-based treatment with and without adjunctive treatment for children and adolescents with eating disorders. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 85(10-B), pp.No Pagination Specified.

Reas D L and Grilo C M. (2021). Psychotherapy and Medications for Eating Disorders: Better Together?. *Clinical Therapeutics*, 43(1), pp.17-39.

Riboldi I and Carra G. (2024). Anti-obesity Drugs for the Treatment of Binge Eating Disorder: Opportunities and Challenges. *Alpha Psychiatry*, 25(3), pp.312-322.

Robatto Ana Paola and Cunha Carla de Magalhães; Moreira Luiza Amélia Cabus. (2024). Diagnosis and treatment of eating disorders in children and adolescents. *J. pediatr. (Rio J.)*, 100(supl.1), pp.S88-S96.

Rodan S C and Bryant E; Le A; Maloney D; Touyz S; McGregor I S; Maguire S. (2023). Pharmacotherapy, alternative and adjunctive therapies for eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), pp.112.

Rojas AKR Ortiz GGR. (2022). Environmental influences on eating disorders and body image: A selective review of psychotherapeutic strategies. *NeuroQuantology*, 20(16), pp.4274-4312.

Roman C and Aglave R; Farine S; Joris C; Lefebvre L; Vermeulen F. (2024). High-calorie refeeding in adolescents with anorexia nervosa: a narrative review. *Acta Gastroenterologica Belgica*, 87(2), pp.287-293.

Russell H and Aouad P; Le A; Marks P; Maloney D; Touyz S; Maguire S. (2023). Psychotherapies for eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), pp.175.

Samar Belemir Sule and Akkus Koray; Kutuk Bahtim. (2023). Effectiveness of cognitive-behavioral family therapy: A systematic review of randomized controlled trials. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, 15(1), pp.175-188.

Sandgren S S and Haycraft E; Arcelus J; Plateau C R. (2023). An intervention mapping adaptation framework to develop a self-help intervention for athletes with eating disorder symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 56(11), pp.2022-2031.

Saure Emma and Algars Monica; Laasonen Marja; Raevuori Anu. (2022). Cognitive behavioral and cognitive remediation strategies for managing co-occurring anorexia nervosa and elevated autism spectrum traits. *Psychology Research and Behavior Management Vol 15 2022 and ArtID 1005-1016*, 15, pp..

Schag K and Ince B; Zipfel S; Max S; Plewnia C; Giel K. (2020). [Non-Invasive Brain Stimulation in the Treatment of Eating Disorders - A Narrative Review]. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 70(6), pp.246-251.

Schroeder P A and Schwippel T; Wolz I; Svaldi J. (2020). Meta-analysis of the effects of transcranial direct current stimulation on inhibitory control. *Brain Stimulation*, 13(5), pp.1159-1167.

Seppendorf Sarah and Hoorman Julia; Schloeßer Natalie; Jaschke Artur C. (2024). Music therapy in eating disorder treatment and its synergy with systemic and family-based therapy approaches: A systematic review. *British Journal of Music Therapy*, 38(1), pp.27-41.

- Sheth R and Parikh E; Olayeye K; Pfeifer K; Khanna D. (2024). The Effects of Ayahuasca on Psychological Disorders: A Systematic Literature Review. *Cureus*, 16(3), pp.e55574.
- Shimshoni Y and Lebowitz E R. (2020). Childhood Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: Review of Treatments and a Novel Parent-Based Approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 34(3), pp.200-224.
- Shishkova V N. (2022). Obesity as a Reflection of Psycho-Emotional Disorders: Focus on Pharmacotherapy. *Farmatsiya i Farmakologiya*, 10(1), pp.19-30.
- Simpson S and Azam F; Brown S; Hronis A; Brockman R. (2022). The impact of personality disorders and personality traits on psychotherapy treatment outcome of eating disorders: A systematic review. *Personality & Mental Health*, 16(3), pp.217-234.
- Sockalingam S and Leung S E; Wnuk S; Cassin S E; Yanofsky R; Hawa R. (2020). Psychiatric Management of Bariatric Surgery Patients: A Review of Psychopharmacological and Psychological Treatments and Their Impact on Postoperative Mental Health and Weight Outcomes. *Psychosomatics*, 61(5), pp.498-507.
- Stewart M P and Baumann O. (2024). The Effectiveness of Adolescent-Focused Therapy and Family-Based Therapy for Anorexia Nervosa. *Psychological Reports*, , pp.332941241226687.
- Taylor C B and Graham A K; Flatt R E; Waldherr K; Fitzsimmons-Craft E E. (2021). Corrigendum to: Current state of scientific evidence on Internet-based interventions for the treatment of depression, anxiety, eating disorders and substance abuse: an overview of systematic reviews and meta-analyses. *European Journal of Public Health*, 31(Supplement_1), pp.i94.
- Taylor C B and Graham A K; Flatt R E; Waldherr K; Fitzsimmons-Craft E E. (2021). Current state of scientific evidence on Internet-based interventions for the treatment of depression, anxiety, eating disorders and substance abuse: an overview of systematic reviews and meta-analyses. *European Journal of Public Health*, 31(31 Suppl 1), pp.i3-i10.
- Testa F and Arunachalam S; Heiderscheit A; Himmerich H. (2020). A Systematic Review of Scientific Studies on the Effects of Music in People with or at Risk for Eating Disorders. *Psychiatria Danubina*, 32(3-4), pp.334-345.
- Tikka S K and Siddiqui M A; Garg S; Patojoshi A; Gautam M. (2023). Clinical Practice Guidelines for the Therapeutic Use of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation in Neuropsychiatric Disorders. *Indian Journal of Psychiatry*, 65(2), pp.270-288.
- Touyz S and Aouad P; Carney T; Ong S H; Yager J; Newton R; Hay P; Maguire S; Bryant E. (2024). Clinical, legal and ethical implications of coercion and compulsory treatment in eating disorders: do rapid review findings identify clear answers or more muddy waters?. *Journal of Eating Disorders*, 12(1), pp.163.
- Trably F and Gorwood P; Di Lodovico L. (2022). Art therapy in eating disorders. A systematic review of literature. *European Psychiatry*, 65, pp.S151.
- Trethewey E and Evans S; McIver S; O'Brien J; Lowndes J; Pepin G; O'Shea M. (2023). One size may not fit all: A mapping review of yoga-based interventions for the treatment of eating disorders. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 53, pp.101779.
- Trombetta T and Bottaro D; Paradiso M N; Santoniccolo F; Abbate Daga; G; Rolle L. (2024). Psychodynamic Group Therapy for Eating Disorders: A Narrative Review. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 54(3), pp.253-264.
- Valentine A Z and Hall S S; Sayal K; Hall C L. (2024). Waiting-list interventions for children and young people using child and adolescent mental health services: a systematic review. *BMJ Mental Health*, 27(1), pp.01.
- Wade T D. (2023). A systematic review: Solutions to problems caused by age transition between eating disorder services. *European Eating Disorders Review*, 31(2), pp.247-257.

Wiebe A and Kannen K; Selaskowski B; Mehren A; Thone A K; Pramme L; Blumenthal N; Li M; Asche L; Jonas S; Bey K; Schulze M; Steffens M; Pensel M C; Guth M; Rohlfen F; Ekhlash M; Luger H; Fileccia H; Pakos J; Lux S; Philipsen A; Braun N. (2022). Virtual reality in the diagnostic and therapy for mental disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 98, pp.102213.

Wilson K and Kagabo R. (2024). Bulimia nervosa and treatment-related disparities: a review. *Frontiers in Psychology*, 15, pp.1386347.

Yahya A S and Khawaja S; Naguib M. (2023). 'Diabulimia': current insights into type 1 diabetes and bulimia nervosa. *Progress in Neurology and Psychiatry*, 27(1), pp.44-49.

Yao Y and Guo D; Lu T S; Liu F L; Huang S H; Diao M Q; Li S X; Zhang X J; Kosten T R; Shi J; Bao Y P; Lu L; Han Y. (2024). Efficacy and safety of psychedelics for the treatment of mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 335, pp.115886.

Zhang D and Lee E K. P; Mak E C. W; Ho C Y; Wong S Y. S. (2021). Mindfulness-based interventions: an overall review. *British Medical Bulletin*, 138(1), pp.41-57.

Ekskludert Ikke spiseforstyrrelser

Albadareen B and AlBadareen A. (2025). Is bariatric surgery a crime? A systematic review and meta-analysis of postoperative psychiatric symptoms and eating disorders. *Clinical Obesity*, , pp.e70017.

Appleton R and Barnett P; Clarke C; Yang J; Begum S; Edbrooke-Childs J; Emptage I; Foye U; Griffiths J; Hanson I; Hunt N C; Jarvis R; McAuliffe M; Maynard E; Mitchell L; Mostafa I; Pemovska T; Saunders R; Trevillion K; Waite P; Lloyd-Evans B; Johnson S. (2025). Approaches to early intervention for common mental health problems in young people: a systematic review. *medRxiv*.

Asgharian P and Quispe C; Herrera-Bravo J; Sabernavaei M; Hosseini K; Forouhandeh H; Ebrahimi T; Sharafi-Badr P; Tarhriz V; Soofiyan S R; Helon P; Rajkovic J; Durna Daştan; S; Docea A O; Sharifi-Rad J; Calina D; Koch W; Cho W C. (2022). Pharmacological effects and therapeutic potential of natural compounds in neuropsychiatric disorders: An update. *Frontiers in pharmacology*, 13, pp.926607.

Chen Y and Lun T; Li L; Yu J; Xiang M. (2023). Acupuncture at Sifeng (EX-UE 10) for pediatric anorexia: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Medicine*, 78, pp.102988.

Chen H L and Li C; Wang J; Fei Y; Min M; Zhao Y; Shan E F; Yin Y H; Liu C Y; Li X W. (2023). Non-Pharmacological Interventions for Feeding and Eating Disorders in Persons with Dementia: Systematic Review and Evidence Summary. *Journal of Alzheimer's Disease*, 94(1), pp.67-88.

Chew H S. J and Chng S; Rajasegaran N N; Choy K H; Chong Y Y. (2023). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on weight, eating behaviours and psychological outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Eating & Weight Disorders: EWD*, 28(1), pp.6.

Forman E M and Evans B C; Berry M P; Lampe E W; Chwyl C; Zhang F. (2023). Behavioral weight loss outcomes in individuals with binge-eating disorder: A meta-analysis. *Obesity*, 31(8), pp.1981-1995.

Harith S and Backhaus I; Mohbin N; Ngo H T; Khoo S. (2022). Effectiveness of digital mental health interventions for university students: an umbrella review. *PeerJ*, 10, pp.e13111.

Kao T A and Ling J; Alanazi M; Atwa A; Liu S. (2025). Effects of mindfulness-based interventions on obesogenic eating behaviors: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 26(3),

Kudlek L and Eustachio Colombo; P; Mueller J; Sharp S J; Boothby C E; Griffin S J; Butryn M; Chwyl C; Forman E; Hagerman C; Hawkins M; Juarascio A; Knauper B; Kolehmainen M; Levin M E; Lillis J; Maiz E; Manasse S; Palmeira L; Pietilainen K H; Sherwood N E; Ahern A L. (2025). Individual participant data meta-analysis of eating behaviour traits as effect modifiers in acceptance and commitment therapy-based weight management interventions: Behaviour, Psychology and Sociology. *International Journal of Obesity*, 49(6), pp.1142-1152.

Law M and Pickering I; Bartlett E; Sebaratnam G; Varghese C; Gharibans A; O'Grady G; Andrews C N; Calder S. (2023). Cognitive behavioural therapy-based interventions for gastroduodenal disorders of gut-brain interaction: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 175, pp.111516.

Liu J and Tynan M; Mouangue A; Martin C; Manasse S; Godfrey K. (2025). Mindfulness-based interventions for binge eating: an updated systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 48(1), pp.57-89.

Madonna Megan and Jeffers Elodie; Harding Katherine E. (2024). Caregiver training improves child feeding behaviours in children with paediatric feeding disorder and may reduce caregiver stress: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 27(5), Epub 2024 Sep 5.

Moustafa A F and Quigley K M; Wadden T A; Berkowitz R I; Chao A M. (2021). A systematic review of binge eating, loss of control eating, and weight loss in children and adolescents. *Obesity*, 29(8), pp.1259-1271.

Rondanelli M and Gasparri C; Rigon C; Ferraris C; Riva A; Petrangolini G; Peroni G; Faliva M A; Naso M; Perna S. (2023). A meta-analysis on the changes of BMI during an inpatient treatment with different follow-up lengths (short and long term) compared with the outpatient phase in obese patients. *International Journal of Obesity*, 47(7), pp.538-545.

Schlegl S and Hirler F; Gerich A; Hojlund M; Stice E; Wade T; Wilfley D; Downs J; Voderholzer U; Perry J; Haas V; Solmi M; Correll C. (2025). Comparative efficacy and acceptability of interventions for universal, selective and indicated prevention of eating disorders: study protocol for a systematic review and network meta-analysis. *Journal of Eating Disorders*, 13(1), pp.72.

Scott V and Saini V; Totino M. (2024). On the efficacy and efficiency of treating pediatric feeding disorder. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 57(4), pp.859-878.

Stoffers-Winterling J M and Storebo O J; Pereira Ribeiro; J; Kongerslev M T; Vollm B A; Mattivi J T; Faltinsen E; Todorovac A; Jorgensen M S; Callesen H E; Sales C P; Schaug J P; Simonsen E; Lieb K. (2022). Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, pp.CD012956.

Wang X, Hou Y; Ding L; Zheng X; Sheng Y; Yu Q; Bi X; Yang J. (2022). Moxibustion for anorexia in COVID-19: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 101(8), pp.e28894.

Ekskludert Ingen behandling for spiseforstyrrelse

Alcaraz-Ibanez M and Paterna A; Sicilia A; Griffiths M D. (2020). Morbid exercise behaviour and eating disorders: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(2), pp.206-224.

Aouad P and Ahmed M U; Nassar N; Miskovic-Wheatley J; Touyz S; Maguire S; Cunich M. (2023). Appraisal of the costs, health effects, and cost-effectiveness of screening, prevention, treatment and policy-indicated evidence-based interventions for eating disorders: a systematic review

protocol. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), pp.83.

Blithikioti C and Tomei G; Visconti F; Pizzocri L; Cadorin C; Gomez-Gomez I; Cristea I A. (2025). Access to treatment protocols and manuals for evidence-based psychological interventions for severe mental disorders: a survey of randomised trials included in network meta-analyses. *BMJ Mental Health*, 28(1), pp.20.

Campbell L and Viswanadhan K; Lois B; Dundas M. (2024). Emerging Evidence: A Systematic Literature Review of Disordered Eating Among Transgender and Nonbinary Youth. *Journal of Adolescent Health*, 74(1), pp.18-27.

Chaer R and Nakouzi N; Itani L; Tannir H; Kreidieh D; El Masri D; El Ghoch M. (2020). Fertility and Reproduction after Recovery from Anorexia Nervosa: A Systematic Review and Meta-Analysis of Long-Term Follow-Up Studies. *Diseases*, 8(4), pp.16.

Chang P and Delgadillo J; Waller G. (2021). Early response to psychological treatment for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 86, pp.102032.

Chiang C P and Hayes D; Panagiotopoulou E. (2023). Apps targeting anorexia nervosa in young people: a systematic review of active ingredients. *Translational Behavioral Medicine*, 13(6), pp.406-417.

Crane C and Hotton M; Shelemy L; Knowles-Bevis R. (2024). The Association Between Individual Differences in Motivational Readiness at Entry to Treatment and Treatment Attendance and Outcome in Cognitive Behaviour Therapy: A Systematic Review. *Cognitive Therapy and Research*, 48(6), pp.1066-1089.

Cuijpers P and Harrer M; Miguel C; Donker T; Keshen A; Karyotaki E; Linardon J. (2025). Delivery formats of cognitive behavior therapy in adults with eating disorders: a network meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, , pp.1-13.

de Rijk E S. J and Almirabi D; Robinson L; Schmidt U; van Furth E F; Slof-Op 't Landt; M C T. (2024). An overview and investigation of relapse predictors in anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 57(1), pp.3-26.

Fiorini S and Neri L C. L; Guglielmetti M; Pedrolini E; Tagliabue A; Quatromoni P A; Ferraris C. (2023). Nutritional counseling in athletes: a systematic review. *Frontiers in Nutrition*, 10, pp.1250567.

Frieiro P and González-Rodríguez R; Domínguez-Alonso J; Riobóo-Lois B. (2024). Social Work and attention to the social dimension of eating disorders: an international systematic review. *European Journal of Social Work*, 27(1), pp.108-125.

Frisone F and Brizzi G; Sansoni M; Di Natale A F; Pizzoli S F. M; Stanghellini G; Riva G. (2025). Autobiographical Memory in Feeding and Eating Disorders: A Systematic Review. *Psychopathology*, 58(1), pp.44-68.

Gianni A D and De Donatis D; Valente S; De Ronchi D; Atti A R. (2020). Eating disorders: Do PET and SPECT have a role? A systematic review of the literature. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 300, pp.111065.

Heywood L, Conti J; Hay P. (2022). Paper 1: a systematic synthesis of narrative therapy treatment components for the treatment of eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), pp.137.

Huneke N T. M and Amin J; Baldwin D S; Bellato A; Brandt V; Chamberlain S R; Correll C U; Eudave L; Garner M; Gosling C J; Hill C M; Hou R; Howes O D; Ioannidis K; Kohler-Forsberg O; Marzulli L; Reed C; Sinclair J M. A; Singh S; Solmi M; Cortese S. (2024). Placebo effects in randomized trials of pharmacological and neurostimulation interventions for mental disorders: An umbrella

review. *Molecular Psychiatry*, 29(12), pp.3915-3925.

Ignatova E S and Sevryugina A D. (2022). Effectiveness of online-interventions aimed to correct eating disorders and change weight: assessment and recommendations for studying and improving effectiveness. *Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture*, 14(4), pp.36-52.

Janas-Kozik M and Zmijowska A; Zasada I; Jelonek I; Cichon L; Siwiec A; Wilczynski K M. (2021). Systematic Review of Literature on Eating Disorders During Pregnancy-Risk and Consequences for Mother and Child. *Frontiers in psychiatry Frontiers Research Foundation*, 12, pp.777529.

Jenkins P E and Proctor K; Snuggs S. (2024). Dietary intake of adults with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 175, pp.393-404.

Kerimler Alara and Ogutlu Hakan; Cutinha Darren. (2024). Do adolescents really recover from anorexia? Or the lack of standardised definition may mask their process?: A systematic review. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 24(1), pp.81-107.

Kiely L, Touyz S; Conti J; Hay P. (2022). Conceptualising specialist supportive clinical management (SSCM): current evidence and future directions. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), pp.32.

Lin J, Kao TW; Cheng YC; Fan KC; Huang YC; Liu CW. (2022). Dehydroepiandrosterone status and efficacy of dehydroepiandrosterone supplementation for bone health in anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 55(6), pp.733-746.

Loizou S and Pemovska T; Stefanidou T; Foye U; Cooper R; Kular A; Greenburgh A; Baldwin H; Griffiths J; Saunders K R. K; Barnett P; Minchin M; Brady G; Ahmed N; Parker J; Chipp B; Olive R; Jackson R; Timmerman A; Sapiets S; Driskell E; Parsons B; Spain D; Totsika V; Mandy W; Pender R; Clery P; Trevillion K; Lloyd-Evans B; Simpson A; Johnson S. (2024). Approaches to improving mental healthcare for autistic people: Systematic review. *BJPsych Open*, 10(4), e128.

Lozano-Munoz N and Borrallo-Riego A; Guerra-Martin M D. (2024). [Effectiveness of interventions to help mitigate the influence of social networks on anorexia and bulimia nervosa: a systematic review]. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 47(1), pp.16.

Martin F and Dahmash D; Glover S; Duncan C; Turner A; Halligan S L. (2023). Needs of parents and carers of children and young people with mental health difficulties: protocol for a systematic review. *BMJ Open*, 13(2), pp.e071341.

McCord A and Rice K; Rock A. (2025). Caregiver factors influencing family-based treatment for child and adolescent eating disorders: a systematic review and conceptual model. *PeerJ*, 13, pp.e19247.

Minuti A and Bianchi S; Pula G; Perlangeli A; Tardani M; Cuzzucoli L; Pastorino L; Menculini G; Moretti P. (2023). Coercion and Compulsory Treatment in Anorexia Nervosa: a Systematic Review on Legal and Ethical Issues. *Psichiatria Danubina*, 35(Suppl 2), pp.206-216.

Nicholls-Clow R and Simmonds-Buckley M; Waller G. (2024). Avoidant/restrictive food intake disorder: Systematic review and meta-analysis demonstrating the impact of study quality on prevalence rates. *Clinical Psychology Review*, 114, pp.102502.

Pratt V B and Hill A P; Madigan D J. (2024). Multidimensional perfectionism and orthorexia: a systematic review and meta-analysis. *Eating & Weight Disorders: EWD*, 29(1), pp.67.

Reche-Garcia C and Piernas C; Garcia-Vizcaino E M; Lorente-Gallego A M; Piuvezam G; Frutos M D; Hernandez Morante; J J. (2024). Bariatric-Metabolic Surgery is the Most Effective Intervention in Reducing Food Addiction Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obesity Surgery*, 34(9), pp.3475-3492.

Rienecke R D and Trotter X; Jenkins P E. (2024). A systematic review of eating disorders and family functioning. *Clinical Psychology Review*, 112, pp.102462.

Sala M and Shankar Ram; S; Vanzhula I A; Levinson C A. (2020). Mindfulness and eating disorder psychopathology: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 53(6), pp.834-851.

Subasinghe A and Hart L M; Radeka A; Paxton S J; Morgan A. (2023). Young people's help-giving actions towards a peer with a mental health problem: A systematic review and narrative synthesis. *Early Intervention in Psychiatry*, 17(4), pp.337-353.

Taba J V and Suzuki M O; Nascimento F S. D; Iuamoto L R; Hsing W T; Pipek L Z; Carneiro-D'Albuquerque L A; Meyer A; Andraus W. (2021). The Development of Feeding and Eating Disorders after Bariatric Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*, 13(7), pp.13.

Zuckerman S L and Tang A R; Richard K E; Grisham C J; Kuhn A W; Bonfield C M; Yengo-Kahn A M. (2021). The behavioral, psychological, and social impacts of team sports: a systematic review and meta-analysis. *Physician & Sportsmedicine*, 49(3), pp.246-261.

Ekskludert Land ekskluderer Norden

Patel S V and Hart L; Booth G; Rotunda W; Kugley S; Pilar M; Schwimmer M; Voisin C; Koesters S; Viswanathan M; Gartlehner G. (2025). Implementing Screening and Counseling for Adolescent Mental Health and Substance Use. *Pediatrics*, 16, pp.16.

Ekskludert Annet språk

Betrains H and Vrieze E. (2023). Body and mind in anorexia nervosa; A systematic literature review. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 65(7), pp.437-442.

Betrains H J and Vrieze E. (2023). [Lichaam en geest bij anorexia nervosa; een systematisch literatuuroverzicht]. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 65(7), pp.437-442.

D'Huys Y and Simons A; Glazemakers ;. (2023). [Multi-family therapy for adolescents with anorexia nervosa]. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 65(8), pp.498-503.

Fulep Martin and Pilarik Lubor; Novak Lukas; Mikoska Petr. (2021). The effectiveness of Emotion-Focused Therapy: A systematic review of experimental studies. *Ceskoslovenska Psychologie: Casopis Pro Psychologickou Teorii a Praxi*, 65(5), pp.459-473.

Huang C and Shi Z; Luo C; Li H. (2023). Best evidence summary for the management of eating behaviors in patients with anorexia nervosa. *Chinese Journal of Nursing*, 58(8), pp.993-1000.

Schlegl S, Voderholzer U; Maier J; Naab S; Lock J. (2020). [Efficacy, Moderators and Mediators of Manualized Family-Based Treatments in Adolescents with Eating Disorders: A Systematic Review]. *Psychotherapie, Psychosomatik and Medizinische Psychologie*, 70(3-04), pp.112-121.

Schoenenberg Katrin and Munnich Marny; Martin Alexandra. (2021). Use of virtual reality in the treatment of body image disorders. Systematic review. *Psychotherapeut*, 66(5), pp.431-438.

Scotto Di Rinaldi and Stéphane. (2023). Présentation d'un protocole de détente psychomusicale instrumentale pour les personnes souffrant d'anorexie mentale : le « DéPi-AM ». *Canadian Journal of Music Therapy*, 29(1), pp.42-74.

Zhan X and Zheng X; Wang J; Yang N; Cai J; Ren M; Xie M. (2023). Psychosocial intervention for improving health in patients with bariatric surgery: a Meta-analysis. *Chinese Journal of Nursing*, 58(23), pp.2920-2928.

Ekskludert Thesis/konferanseabstrakt

Ahsan Zafina. (2023). Diabulimia: A systematic review of treatment. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 84(12-B), pp.No Pagination Specified.

Hubbard Julia Bryn. (2022). Psychotherapy outcome for eating disorders: A meta-analysis. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 83(1-B).

Trably Francois and Gorwood Philip; Di Lodovico Laura. (2024). Art therapy in eating disorders. A systematic review of controlled trials. *Journal of Psychopathology*, 30(3), pp.178-186.

Ekskludert Paraplyoversikter

Correll C U and Cortese S; Croatto G; Monaco F; Krinitski D; Arrondo G; Ostinelli E G; Zangani C; Fornaro M; Estrade A; Fusar-Poli P; Carvalho A F; Solmi M. (2021). Efficacy and acceptability of pharmacological, psychosocial, and brain stimulation interventions in children and adolescents with mental disorders: an umbrella review. *World Psychiatry*, 20(2), pp.244-275.

Garcia-Fernandez Gloria and Krotter Andrea; Udeanu Amalia. (2023). Effectiveness of psychological interventions for eating disorders in adolescence: An overview of systematic reviews. *Revista de Psicologia Clinica con Ninos y Adolescentes*, 10(1), pp.116-126.

Kaidesoja M and Cooper Z; Fordham B. (2023). Cognitive behavioral therapy for eating disorders: A map of the systematic review evidence base. *International Journal of Eating Disorders*, 56(2), pp.295-313.

Law S and Dong S; Zhou F; Zheng D; Wang C; Dong Z. (2023). Bariatric surgery and mental health outcomes: an umbrella review. *Frontiers in Endocrinology*, 14, pp.1283621.

Lehtimäki S and Martić J; Wahl B; Foster K T; Schwalbe N. (2021). Evidence on digital mental health interventions for adolescents and young people: Systematic overview. *JMIR Mental Health*, 8(4), e25847.

Leichsenring F and Steinert C; Rabung S; Ioannidis J P. A. (2022). The efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for mental disorders in adults: an umbrella review and meta-analytic evaluation of recent meta-analyses. *World Psychiatry*, 21(1), pp.133-145.

Longo P and Bevione F; Lacidogna M C; Lavalle R; Abbate Daga; G; Preti A. (2025). Neuromodulatory techniques in eating disorders: From electroconvulsive therapy to transcranial magnetic stimulation and beyond: A mixed method systematic meta-review. *Psychiatry Research*, 344, pp.116346.

Marchesi G and Cammisuli D M; Semonella M; Castelnovo G; Pietrabissa G. (2024). The Efficacy of Cognitive Remediation Therapy for Anorexia Nervosa: A Systematic Review of Systematic Reviews. *Brain Sciences*, 14(2), pp.24.

Monteleone A M and Pellegrino F; Croatto G; Carfagno M; Hilbert A; Treasure J; Wade T; Bulik C M; Zipfel S; Hay P; Schmidt U; Castellini G; Favaro A; Fernandez-Aranda F; Il Shin; J; Voderholzer U; Ricca V; Moretti D; Busatta D; Abbate-Daga G; Ciullini F; Cascino G; Monaco F; Correll C U; Solmi M. (2022). Treatment of eating disorders: A systematic meta-review of meta-analyses and network meta-analyses. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 142, pp.104857.

Ekskludert Protokoller

Gentile A and Kristian Y Y; Cini E. (2024). Effectiveness of Computer-Based Psychoeducational Self-Help Platforms for Eating Disorders (With or Without an Associated App): Protocol for a Systematic Review. *JMIR Research Protocols*, 13, pp.e60165.

Hambleton A and Aouad P; Miskovic-Wheatley J; Le Grange D; Touyz S; Maguire S. (2022). The efficacy of family treatments for adolescent anorexia nervosa in specialist versus non-specialist settings: protocol for a systematic review and meta-analysis. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), pp.120.

Martenstyn J A and Touyz S; Maguire S. (2021). Treatment of compulsive exercise in eating disorders and muscle dysmorphia: protocol for a systematic review. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), pp.19.

Martenstyn Jordan Andre and Aouad Phillip; Touyz Stephen; Maguire Sarah. (2022). Treatment of compulsive exercise in eating disorders and muscle dysmorphia: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 29(2), pp.143-161.

Proulx-Cabana S and Taddeo D; Jamouille O; Frappier J Y; Tremblay-Racine F; Stheneur C. (2021). Initial inpatient management of adolescents and young adults admitted with severe malnutrition due to anorexia nervosa: protocol for a systematic review. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), pp.36.

Salucci K G and Austin A. (2025). Mentalisation-based therapy for eating disorder treatment: protocol for a systematic review. *BMJ Open*, 15(3), pp.e097639.

Yoshida K and Imai H; Sahker E; Luo Y; Kikuchi S; Tsujimoto Y; Michopoulos I; Furukawa T A; Watanabe N. (2024). Antipsychotic drugs for anorexia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2024(11).

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Desember 2025
Postboks 222 Skøyen
NO-0213 Oslo
Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra www.fhi.no