

## Sammanfattning och slutsatser

### Syfte

Hetsätningsstörning är en ny diagnos i diagnossystemet DSM-5, men den har använts kliniskt i cirka 20 år. Det har varit oklart vilka behandlingar som har vetenskapligt stöd. Inom ramen för regeringens psykiatrisatsning (PRIO) fick SBU i uppdrag att göra en utvärdering av vilka behandlingar som fungerar vid detta tillstånd.

### Slutsatser

- ▶ Det finns flera behandlingar för personer med hetsätningsstörning som leder till att personerna slutar hetsäta eller hetsäter mer sällan.
- ▶ Såväl kognitiv beteendeterapi (KBT) som interpersonell psykoterapi (IPT) är psykologiska metoder som leder till att hetsätningen upphör eller minskar, vilket har visats med data från uppföljningar efter ett år. KBT i självhjälpsformat har också visat sig minska hetsätning, men detta är mätt direkt efter avslutad behandling.
- ▶ Behandling med antidepressiva läkemedel av typen SSRI och det centralstimulerande läkemedlet lisdexamfetamin leder till att hetsätningen upphör eller minskar, men det är oklart om effekten kvarstår på längre sikt.
- ▶ Framtida forskning bör undersöka behandlingarnas effekt på livskvalitet, kombinationen av olika behandlingar, nyttan på lång sikt och behandling av barn och ungdomar. Dessutom bör hälsoekonomiska studier genomföras.

### Bakgrund

Hetsätningsstörning orsakar mycket lidande och uppfattas som skamfullt av de drabbade. Diagnosen definieras som upprepade episoder av hetsätning som kännetecknas av minst tre av följande: man äter

mycket fortare än normalt, äter tills man är obehagligt mätt, äter trots att man inte känner sig hungrig, äter i ensamhet på grund av skam, har starka känslor av skuld, äckel eller nedstämdhet efter hetsätningen. Hetsätningsstörning liknar ätstörningen bulimia nervosa, men personer med hetsätningsstörning kräks inte upp maten eller kompenserar energiintaget på annat sätt. En viktig skillnad mellan hetsätningsstörning och övriga ätstörningsdiagnoser är att en betydande andel av patienter med hetsätningsstörning samtidigt lider av fetma eller övervikt.

I den allmänna befolkningen drabbas mellan en och fyra personer av hundra av detta tillstånd. Samsjuklighet är vanligt, drygt 70 procent av patienterna har minst en annan psykiatrisk diagnos någon gång i livet. Många söker aldrig hjälp och de som söker vård tycks vänta länge (10–20 år) innan de kontaktar vården.

### Metod för den systematiska översikten

Den systematiska översikten genomfördes enligt SBU:s metodik. Inklusionskraven var personer med hetsätningsstörning och alla typer av behandlingar. Kontrollerade kliniska studier, med eller utan randomisering, ingick. Vid bedömningen av det samlade vetenskapliga underlaget tillämpades GRADE som klassificerar evidensen i fyra nivåer: (starkt (⊕⊕⊕⊕), måttligt starkt (⊕⊕⊕○), begränsat (⊕⊕○○) och otillräckligt underlag (⊕○○○)). En hälsoekonomisk genomgång ingick också.

### Huvudresultat

Totalt identifierades 44 studier (53 publikationer) som uppfyllde våra inklusions- och kvalitetskrav. Samtliga är randomiserade. Granskning visar att det finns flera effektiva behandlingar på kort sikt för personer med hetsätningsstörning (Tabell 1). Däremot saknas studier som har undersökt kostnadseffektiviteten av de olika behandlingarna.

**Tabell 1** Sammanfattning av huvudresultaten från den systematiska litteraturoversikten.

| Intervention  | Remission (slutat hetsäta)                                       | Utfall  |   |  |
|---|--|---|---|--|
|   |  | Hetsätning-frekvens   | Ätstörnings-specifik psykopatologi <sup>1</sup> | Viktpåverkan   |
| <b>Psykologisk behandling</b>                                 |  |   |   |  |
| Kognitiv beteendeterapi (KBT) jämfört med väntelista* (4 RCT) | 400 fler per 1 000 slutat hetsäta (⊕⊕⊕⊕)                         | Minskar (⊕⊕○○)  | Minskar (⊕⊕○○)                                  | Otillräckligt underlag (⊕○○○)                                    |
| Självhjälp baserad på KBT jämfört med väntelista* (7 RCT)     | 250 fler per 1 000 slutat hetsäta (⊕⊕⊕⊕)                         | Minskar (⊕⊕○○)  | Minskar (⊕⊕⊕⊕)                                  | Otillräckligt underlag (⊕○○○)                                    |
| Interpersonell psykoterapi (IPT) jämfört med KBT (2 RCT)      | Likvärdiga, vid avslutad behandling och 1 år senare (⊕⊕○○)       | Likvärdiga, vid avslutad behandling och 1 år senare (⊕⊕○○)              | Otillräckligt underlag (⊕○○○)                   | Likvärdiga, vid avslutad behandling och 1 år senare (⊕⊕○○)       |
| Viktne­d­gå­ngs­pro­gram jämfört med KBT (4 RCT)              | Oklart vid avslutad behandling (⊕○○○)<br>1 år: KBT bättre (⊕⊕○○) | KBT bättre både direkt efter avslutad behandling och 1 år senare (⊕⊕○○) | Otillräckligt underlag (⊕○○○)                   | Oklart vid avslutad behandling (⊕○○○)<br>1 år: likvärdiga (⊕⊕○○) |
| <b>Läkemedelsbehandling</b>                                   |  |   |   |  |
| SSRI <sup>2</sup> jämfört med placebo* (6 RCT)                | 150 fler per 1 000 slutat hetsäta (⊕⊕○○)                         | Liten minskning (⊕⊕○○)  | Otillräckligt underlag (⊕○○○)                   | Otillräckligt underlag (⊕○○○)                                    |
| Lisdexamfetamin <sup>3</sup> jämfört med placebo* (3 RCT)     | 250 fler per 1 000 slutat hetsäta (⊕⊕○○)                         | Liten minskning (⊕⊕○○)  | Otillräckligt underlag (⊕○○○)                   | Viktminskning (⊕⊕○○)   |

\* Mätt direkt efter avslutad behandling.

1 = Viktiga variabler som kännetecknar och anses vidmakthålla ätstörningar (till exempel återhållsamt ätande, bekymmer med figuren eller vikten). Minskning av dessa variabler indikerar god effekt. I ingående studier har dessa studerats med frågeformuläret EDE-Q; 2 = Anti-depressivt läkemedel; 3 = Centralstimulerande läkemedel.

## Diskussion

En sammanfattande bedömning av remission (definierad i termer av upphörande av hetsätning) och hetsätning-frekvens visar att de två undersökta psykologiska behandlingarna KBT och IPT har effekt på hetsätning-störning. Även psykologisk behandling i form av självhjälp baserad på KBT samt läkemedelsbehandling med preparat av typen SSRI och lisdexamfetamin ökade andelen som gick i remission och/eller minskade hetsätning-frekvensen.

När det gäller läkemedelsbehandling visar sammanställningen att sedvanliga biverkningar som är förknippade med SSRI och lisdexamfetamin förekom också hos patienter med hetsätning-störning.

Patientens valmöjligheter kan vara begränsad eftersom tillgången till en viss behandling varierar i olika delar av landet. Ytterligare inskränkningar är dels att förskrivnings-möjligheten för lisdexamfetamin är begränsad i nuläget och dels att självhjälp sällan är en tillgänglig behandling i Sverige förutom inom ramen för tidsbegränsade forskningsstudier.

Viktiga kunskapsluckor är effekten av behandlingarna på lång sikt, risken för bieffekter i psykologiska behandlingar, påverkan på livskvalitet, fler direkta

jämförelser mellan aktiva behandlingar samt hälsoekonomiska studier. Det är också angeläget att utveckla andra behandlingar eftersom de som ingick i granskningen har små effekter framför allt vad gäller vikten.

### Projektgrupp

#### Sakkunniga

Ata Ghaderi (ordförande), Sanna Aila Gustafsson, Thomas Parling, Maria Råstam

#### SBU

Jenny Odeberg, projektledare  
Agneta Brolund, informationsspecialist  
Harald Gyllensvärd, hälsoekonom  
Emelie Heintz, hälsoekonom  
Therese Kedebing, projektadministratör  
Agneta Pettersson, biträdande projektledare

Rapport nr 248 (2016) • [registrator@sbu.se](mailto:registrator@sbu.se).  
Rapporten kan laddas ner från [www.sbu.se/248](http://www.sbu.se/248)  
eller beställas via 08-779 96 85 eller [sbu@strd.se](mailto:sbu@strd.se).  
Grafisk produktion: Anna Edling, SBU.