

Videnskabelig Leder

Skal patienter med inflammatorisk tarmsygdom tilbydes psykoterapi?

Af Mark A. Ainsworth

Afdeling for Medicinske Mavetarmsygdomme, Odense Universitetshospital

Ugeskr Læger 2025;187:V06250476. doi: 10.61409/V06250476

De fleste læger, der behandler patienter med inflammatorisk tarmsygdom (IBD), kender alt for godt den bidirektionelle påvirkning mellem sind og tarm: Når maven gør ondt, påvirker det sindet – og omvendt.

Patienterne fortæller ofte, at deres symptomer forværres under psykisk belastning som eksaminer, jobskifte eller parforholdsproblemer, og omvendt beretter de om, at sygdommen går i ro, når andre problemer løser sig. Sygdommen i sig selv har dog også en stærk negativ effekt på psyken. En betydelig del af patienter med IBD lider således af angst eller depression [1]. Hvad der er hønen, og hvad der er ægget, forbliver ubesvaret. Der er evidens for, at psykisk stress kan forudgå opblussen af IBD-symptomer [2], samt for at psykologiske faktorer er kausalt forbundne med opblussen af IBD-symptomer [3]. Om dette skyldes øget symptomfølsomhed eller reelle ændringer i inflammationen, er dog fortsat uklart.

Denne komplicerede sammenhæng har naturligt ført til stor interesse for at undersøge effekten af psykologiske interventioner hos patienter med IBD – både for at bedre livskvalitet og psykiske symptomer og for at se, om sådanne tiltag kan påvirke sygdomsaktiviteten.

Et aktuelt Cochrane-review samler data fra 48 prospektive, randomiserede, kontrollerede studier, der har undersøgt effekten af psykoterapi, undervisning (bredt spænd fra egentlig psykoedukation til blot undervisning om IBD) eller afslapning på hhv. livskvalitet, symptomer på angst og depression samt sygdomsaktivitet hos både voksne og børn [4]. Komparatorerne var ingen behandling, anden aktiv behandling eller sham-intervention (placebo). Hos voksne fandtes en lille (i henhold til forfatterens prædefinerede kriterier for effektstørrelse), men statistisk signifikant effekt på livskvalitet samt angst- og depressionssymptomer, men ikke nogen sikker effekt på sygdomsaktivitet. Hos børn og unge sås en tilsvarende effekt på livskvalitet, mens data ikke tillod sikre konklusioner om effekt på stress, depression eller sygdomsaktivitet. Evidensens sikkerhed blev vurderet som moderat.

Metaanalysen er udført efter strengeste metodologiske standarder med grundig vurdering af

heterogenitet og rapporteringsbias, som Cochrane-samarbejdet kræver. Der er således intet at udsætte på selve analysen. Alligevel rummer de inkluderede studier alvorlige svagheder, der gør, at man skal være varsom med at drage vidtgående konklusioner.

For det første var det ikke muligt at blinde hverken deltagere eller behandlere – et generelt problem ved psykoterapiforskning, hvor placebo er svær, ofte umulig, at etablere. Risikoen for forventningsbias er derfor stor. Effektmålene, herunder sygdomsaktivitet (ofte vurderet ud fra symptomscore frem for objektiv inflammation), var primært baseret på subjektive observationer. Studierne var desuden præget af stor heterogenitet: Psykoterapi dækkede alt fra kognitiv adfærdsterapi til psykodynamisk terapi og stresshåndtering, ofte i multimodale forløb, mens undervisning og afslapning spændte fra patientuddannelse til yoga og autogen træning. Desuden inkluderede man både patienter med colitis ulcerosa og Crohns sygdom. Lidt overraskende var der dog ingen forskel mellem de to sygdomme med hensyn til effekten af interventionerne. Med hensyn til de forskellige interventioner synes multimodulære interventioner at have bedst effekt. Effekten var godt nok statistisk signifikant, men effektstørrelsen lille og ifølge forfatterne af usikker klinisk relevans. Effekten vedrørte hovedsageligt kortsigtede resultater (under otte måneder), og der var ikke sikker evidens for langsigtede effekter.

Samlet set mener jeg ikke, at der er overbevisende evidens for, at de anførte interventioner har en sikker og klinisk betydende effekt. Det er med andre ord for tidligt at anbefale, at patienter med IBD generelt skal tilbydes psykoterapi, undervisning eller afslapningstræning. Enkelte patienter kan selvfølgelig have gavn af de nævnte interventioner, men data er aktuelt for svage til at anbefale dette som et generelt tilbud. Fremtidig forskning bør fokusere på at definere virksomme komponenter og identificere de subgrupper, der har størst gavn af interventionerne.

Korrespondance *Mark A. Ainsworth*. E-mail: mark.ainsworth@rsyd.dk

Publiceret dato

Interessekonflikter MAA oplyser økonomisk støtte fra eller interesse i Danmarks Frie Forskningsfond, Regionernes Medicin- og Behandlingspulje, Eli Lilly, MSD, Takeda og Celltrion. Forfatter har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Denne er tilgængelig sammen med lederen på ugeskriftet.dk.

Artikelreference Ugeskr Læger 2025;187:V06250476. doi: 10.61409/V06250476

doi 10.61409/V06250476

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

REFERENCER

1. Arp L, Jansson S, Wewer V, et al. Psychiatric disorders in adult and paediatric patients with inflammatory bowel diseases: a systematic review and meta-analysis. *J Crohns Colitis*. 2022;16(12):933-1945.
<https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjac095>

2. Black J, Sweeney L, Yuan Y, et al. Systematic review: the role of psychological stress in inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2022;56(8):1235-1249. <https://doi.org/10.1111/apt.17202>
3. Schoultz M, Beattie M, Gorely T, et al. Assessment of causal link between psychological factors and symptom exacerbation in inflammatory bowel disease: a systematic review utilising Bradford Hill criteria and meta-analysis of prospective cohort studies. *Syst Rev.* 2020;9(1):169. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01426-2>
4. Tiles-Sar N, Neuser J, de Sordi D, et al. Psychological interventions for treatment of inflammatory bowel disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2025;4(4):CD006913. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006913.pub3>