

Cognitieve gedragstherapie helpt ook bij hart- en vaatziekten

S Stress geeft een hoger risico op hart- en vaatziekten (CVD) en sterfte, maar het effect van stressverlagende interventies is onzeker. In een gerandomiseerde trial is onderzocht of cognitieve gedragstherapie gericht op het verlagen van aanwezige stress effect heeft op recidiveren van hartziekten.

INLEIDING

ONDERZOEK

Design Gerandomiseerde klinische trial in Uppsala, Zweden. Het ging om patiënten die waren opgenomen in het ziekenhuis vanwege een eerste acuut myocardinfarct, bypass chirurgie, of percutane coronaire interventie, en na ontslag werden terugverwezen naar de huisarts: 85 vrouwen en 277 mannen jonger dan 75 jaar werden geïncludeerd tussen 1996 en 2002.

Interventie Traditionele zorg (170 patiënten) of traditionele zorg plus een cognitief gedragstherapeutisch programma (132 patiënten). Dit gestructureerde en gestandaardiseerde programma was gericht op stressmanagement en omvatte in een jaar 20 sessies van 2 uur.

Uitkomstmaten Sterfte (nationale sterfteregistratie) en ziekenhuisopname voor recidief CVD en recidief acuut myocardinfarct (ICD-classificatie in nationale ziekenhuisontslagregistratie) voor 2007.

Analyse Intention-to-treatbenadering. Univariate analyse, alsmede correctie voor leeftijd, geslacht, opleiding, huwelijkse status, roken, en medische voorgeschiedenis en comorbiditeit, cholesterol, bloeddruk en copingscore.

Resultaten Geïncludeerde patiënten verschilden niet van geëxcludeerde patiënten wat betreft leeftijd en diagnose. De gemiddelde follow-up was 94 maanden (range 14-128 maanden). De sterfte lag - na correctie - 28% lager in de interventiegroep, maar dit verschil was niet significant. In de interventiegroep kregen 69 deelnemers (35,9%) een niet-fatale CVD en 1 (0,5%) patiënt een fatale CVD. In de controlegroep waren dat respectievelijk 77 (45,3%) en 3 (1,8%) patiënten. Na correctie was het verschil tussen de interventie- en controlegroep 41% ($p = 0,002$). Het aantal recidief hartinfarcten was 41 (21,4%) in de interventiegroep en 51 (30,0%) in de controlegroep. Na correctie lag het aantal in de interventiegroep 45% lager dan in de controlegroep ($p = 0,007$). Het aantal patiënten dat behandeld moet worden (NNT) om 1 extra cardiovasculair recidief te voorkomen was 9.

Beschouwing Een cognitief gedragstherapeutische interventie verlaagt het risico op herhaling van CVD en recidief acuut myocardinfarct bij patiënten met een coronaire hartziekte in de voorgeschiedenis. Dit effect was bij mannen en vrouwen gelijk.

INTERPRETATIE

Praten lijkt te helpen om recidief CVD te voorkomen. Dat is op zich bemoedigend. Een eerdere systematische review toonde ook een positief effect aan van gedragsmatige interventies. Onduidelijk blijft hoe dit effect tot stand komt. De interventie was gericht op stressmanagement, het omgaan met stress (coping), het verlagen van dagelijkse stress, tijdsdruk en vijandigheid. De auteurs geven nauwelijks informatie over de mate waarin stress gereduceerd is. Beschrijvingen daarover zijn beperkt tot een algemene melding dat er verschillen waren die klein maar structureel zijn, zonder duiding van de richting van het verschil. Hierdoor ontstaat er toch een soort van *black box*: er is geen duiding van het resultaat mogelijk. Dat vind ik een belangrijke beperking van dit onderzoek. Uit een eerdere meta-analyse bleek namelijk dat een positief effect van psychologische interventies alleen wordt gezien als stress ook daadwerkelijk wordt verminderd.

Een tweede reden voor effectiviteit zou kunnen zijn dat bij het verminderen van stress de therapietrouw toeneemt. Ik kan me voorstellen dat de deelnemers aan een intensief programma bewuster omgaan met hun ziekte en de kans op herhaling. Zij zouden dan beter gemotiveerd kunnen zijn om de aangeboden (medicamenteuze) therapie trouw te volgen. De auteurs presenteren helaas maar zeer beperkte gegevens hierover; ze noemen alleen het aantal patiënten met bepaalde middelen, zonder enige indicatie van therapietrouw. We moeten het op dit punt doen met een indirecte suggestie, namelijk het gegeven dat de deelnemers die trouw de bijeenkomsten bijwoonden een betere uitkomst hadden dan de deelnemers die vaker wegbleven.

Het aangeboden programma was uitgebreid en vrij ingewikkeld. Deelnemers moesten een jaar lang 20 sessies van elk 2 uren volgen. De compliantie bleek hierbij hoog, waaruit je kunt opmaken dat dit voor deelnemers blijkbaar goed is op te brengen. Of deze interventievorm een plek zal krijgen in de Nederlandse richtlijnen is de vraag. Dit onderzoek zet - als het goed is - dokters wel aan het denken: pillen alleen zijn niet genoeg, heb ook aandacht voor stressverhogende factoren en bepaal samen met de patiënt wat daaraan gedaan zou kunnen worden. Dat past naar mijn mening uitstekend in de aanpak van huisartsen. ■

LITERATUUR

- Gulliksson MD, Burell G, Vessby B, Lundin L, Toss H, Svärdsudd K. Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy vs standard treatment to prevent recurrent cardiovascular events in patients with coronary heart disease: Secondary Prevention in Uppsala Primary Health Care Project (SUPRIM). Arch Intern Med 2011;171: 134-40.