

Diureticareplek

De onderzoekers van het ALLHAT-onderzoek lagen het afgelopen jaar behoorlijk onder vuur. Uit hun grote onderzoek bleek immers dat chloortalidon op zijn minst zoveel infarcten, CVA's en mortaliteit voorkwam als nieuwe en veel duurere middelen als lisinopril en amlodipine. Bovendien deed chloortalidon het veel beter dan doxazosine. De kritiek was te voorspellen: de onderzoekers zouden geen onderscheid in eerste en tweede stap van behandeling maken, verkeerde comedicatie gebruiken en secundaire uit-

komstmaten als hartfalen en diabetes onduidelijk gedefinieerd hebben. Bovendien bleken de resultaten strijdig met die van de even later gepubliceerde Second Australian National Blood Pressure Study. De onderzoekers geven nu helder replek in een uitgebreid artikel in de *Annals of Internal Medicine*. Volgens de onderzoekers is het verschil tussen het Australische onderzoek en de ALLHAT helemaal niet zo groot als in de pers en door de industrie wordt gesuggereerd. De bovengrens van het betrouwbaarheidsin-

terval in de ANBP2 is gelijk aan het relatieve risico in de ALLHAT. Hartfalen was een harde secundaire uitkomstmaat, waar ze in speciaal valideringsonderzoek nog eens naar gekeken hebben. Chloortalidon blijft de eerste keus voor de behandeling van hypertensie. Dat je er vaak niet mee kunt volstaan is duidelijk, maar dat is geen reden om gelijk een ander middel te geven. (JZ)

Davis BR, et al. ALLHAT: setting the record straight. *Ann Intern Med* 2004;141:39-46.

Beating the Blues

Cognitieve gedragstherapie, gegeven door de computer is effectief bij de behandeling van angst en depressie in de huisartsenpraktijk.¹ In een tijd van technologische ontwikkelingen en multimedia zijn onderzoekers uit Australië op zoek naar psychologische behandelingen die eenvoudig en zonder veel menskracht in de huisartsenpraktijk kunnen worden toegepast. Daartoe ontwikkelden ze een interactieve computergestuurde vorm van cognitieve gedragstherapie: *Beating the Blues*. Dit pakket omvatte een introductievideo, gevolgd door 8 behandelingsessies. Elke wekelijkse, behandelingsessie duurde ongeveer 50 minuten. Daarnaast

kregen patiënten huiswerk mee. De onderzoekspopulatie bestond uit patiënten uit de huisartsenpraktijk tussen de 18 en 75 jaar met een depressieve en/of een angststoornis. Patiënten met suïcidale gedachten, psychose of alcohol- of drugsverslaving werden uitgesloten. Ook patiënten die gedurende het laatste halfjaar dagelijks medicatie voor depressie of angst gebruikten, werden geëxcludeerd. In totaal konden 274 patiënten gerandomiseerd worden. Een deel (146 patiënten) kreeg computergestuurde cognitieve gedragstherapie, de rest (128 patiënten) kreeg gebruikelijke zorg van de huisarts. Patiënten in de computergestuurde

groep konden indien nodig, medicatie of andere ondersteuning van de huisarts krijgen. Psychologische interventies waren echter niet mogelijk. De mate van depressie (Beck Depression Inventory) en angst (Beck Anxiety Inventory), problemen met werk, sociaal leven en relaties (Work and Social Adjustment Scale), positieve en negatieve attributies (Attributional Style Questionnaire) en tevredenheid over de behandeling werden gemeten vóór behandeling, na 2 maanden en 3 en 6 maanden na de laatste behandelingsessie. De onderzoekers vonden meteen na de laatste behandelingsessie een significant verschil van alle uitkomstmaten ten gunste van de computergestuurde, cognitieve gedragstherapie. Ook na 6 maanden was dit verschil nog steeds significant. Bovendien bleek computergestuurde cognitieve gedragstherapie kosteneffectief.² Kortom, een voor de patiënt acceptabele en effectieve manier voor het behandelen van angst en depressie in de huisartsenpraktijk. (ToH)



Foto: Herman Wouters/Hollandse Hoogte

1 Proudfoot J, et al. Clinical efficacy of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2004;185:46-54.

2 McCrone P, et al. Cost-effectiveness of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2004;185:55-62.