

## Psychotherapeutische merknamen

Stel dat een deelnemer aan een RCT verbetert met een bepaalde vorm van psychotherapie en stel dat die RCT volgens de regelen der kunst uitgevoerd is, kan men dan zeggen dat die verbetering het gevolg is van de specifieke vorm van psychotherapie die gebruikt werd in de trial? Dat kan alleen als de behandelaar zich strikt heeft gehouden aan het behandelprotocol en geen technieken heeft gebruikt van andere therapievormen. Gebeurt dat ook echt in trials?

Kortdurende interpersoonlijke psychotherapie en cognitieve gedragstherapie werden in een trial met elkaar vergeleken bij depressieve patiënten. De behandelingen werden gegeven door ervaren, in de desbetreffende therapie gespecialiseerde psychotherapeuten. Het resultaat

van de trial was dat beide therapievormen effectief zijn in de behandeling van depressie. De krant zou kunnen schrijven: 'zowel interpersoonlijke psychotherapie als cognitieve gedragstherapie effectief bij behandeling van depressie'. Maar wat was nu precies de feitelijke inhoud van de toegepaste behandeling? Ablon en Jones rapporteren wat er werkelijk gebeurde. Zij vergeleken de transcripten van de behandelingen met prototypes van elke behandeling. Daaruit bleek dat cognitieve therapie zoals toegepast bij patiënten vrij goed leek op cognitieve gedragstherapie volgens protocol. Dat gold niet voor interpersoonlijke psychotherapie: de behandeling in de praktijk leek meer op de cognitieve therapie volgens protocol dan op de interpersoonlijke psychotherapie

volgens protocol. Hoe meer de therapeut werkte volgens cognitief gedragstherapeutisch model, hoe beter de resultaten waren. Behandeling volgens interpersoonlijk psychotherapeutisch model had echter ook positieve effecten.

Blijkbaar zijn er algemene kenmerken in verschillende vormen van psychotherapie die alle bijdragen aan het effect. Worden van een bepaald 'merk' psychotherapie uitspraken gedaan over de effectiviteit, dan dient men zich te realiseren dat de werkzaamheid niet per se het gevolg hoeft te zijn van het geclaimde specifieke aspect van die behandelvorm. (PL)

*Ablon JS, Jones EE. Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: findings from the NIHM treatment of depression collaborative research program. Am J Psychiatry 2002;159:775-83.*

## Tienermoeders



Foto: Klaas Fopma/Hollandse Hoogte

Daalde het aantal jonge moeders na de introductie van de pil van bijna 10.000 per jaar in 1965 naar 1900 in 1996, sinds die tijd stijgt het aantal tienermoeders weer (2300 in 1999). In Den Haag steeg het aantal in 5 jaar tijd met 22%. Het

merendeel van de jonge moeders is van allochtone afkomst: bij Turkse meisjes baren 50/1000 15-19-jarigen een kind, bij Antilliaanse is dit 40/1000 en bij Marokkaanse en Surinaamse meisjes 20/1000. Autochtone jonge moeders zijn

zeldzaam (2/1000). Tienermoeders komen vooral in de vier grote steden voor. In Den Haag steeg de afgelopen jaren vooral het aantal Antilliaanse, Chinese en Afrikaanse jonge moeders sterk. Turkse en Marokkaanse jonge moeders zijn bijna allemaal getrouwd in tegenstelling tot moeders met een andere etnische achtergrond. Meer dan de helft van de Afrikaanse en Chinese meisjes is jonger dan 18 jaar, terwijl de meeste Turkse en Marokkaanse tienermoeders ouder dan 18 zijn. Tienermoeders hoeven niet per se problemen te krijgen, maar de kans op problemen is groter bij minder sociale steun en een jongere leeftijd. In die zin is de stijging van het aantal zwangerschappen bij Afrikaanse en Chinese jonge vrouwen – die vaak pas kort in Nederland waren – een groter probleem dan die bij Marokkaanse of Turkse. (JZ)

*Van Koolwijk D, Burger I, Van Lier L. Stijging in het aantal tienermoeders; Haagse signalen en cijfers. Epidemiologisch Bull 2002;37:20.*