

N5 Psychotherapiegroepen voor patiënten met anorexia en boulimia nervosa

Gerrit Glas*

Inhoud

1. Inleiding
2. Diagnostiek en indicatiestelling
3. Algemene kenmerken van de groepstherapeutische behandeling van eetstoornissen
 - 3.1. De controleparadox
 - 3.2. Homogeen versus heterogeen
 - 3.3. Fasering
4. Ambulante groepen
 - 4.1. Literatuur
 - 4.2. Psycho-educatie in de groep
 - 4.3. Cognitieve groeps-gedragstherapie
 - 4.4. Interpersoonlijke groepspsychotherapie
5. Klinische en dagklinische groepen
6. Aspecten van de groepsdynamiek
7. Andere groepen
 - 7.1. Oudergroepen
 - 7.2. Steun- en zelfhulpgroepen
 - 7.3. Groepen voor chronische patiënten
8. Tot slot
- Literatuur

* Prof. dr. G. Glas is als psychiater verbonden aan de Afdeling Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Utrecht en als bijzonder hoogleraar Reformatorische Wijsbegeerte aan de Rijksuniversiteit Leiden. Hij is hoofd van een klinische afdeling die zich heeft gespecialiseerd in de behandeling van patiënten met eetstoornissen en angststoornissen.

Samenvatting

Groepstherapie is in de regel niet het enige maar wel een belangrijk onderdeel in de behandeling van patiënten met eetstoornissen. Deze bijdrage biedt een overzicht van de ambulante, dagklinische en klinische groepstherapie bij patiënten met eetstoornissen. Eerst wordt ingegaan op diagnostiek, indicatiestelling en groepstherapie bij eetstoornissen in het algemeen, dan wordt aandacht geschonken aan de verschillende settings waarin groepstherapie onderdeel vormt van het behandelaanbod. Vervolgens worden specifieke kenmerken van de groepsdynamiek bij deze categorie patiënten besproken. Ten slotte komen enkele bijzondere vormen van groepsbehandeling aan de orde: oudergroepen, zelfhulpgroepen en groepen voor chronische patiënten.

Centraal in de behandeling van patiënten met eetstoornissen staat het oplossen van de 'controleparadox'. Enerzijds dient aansluiting te worden gezocht bij het centrale gevoel van onmacht waar deze patiënten onder lijden, anderzijds is er de noodzaak gewicht en eetgedrag onder controle te brengen. Beschreven wordt hoe deze paradox kan worden gehanteerd door behandelafspraken vast te leggen in een protocol en door de controle gedeeltelijk in handen te leggen van de groep. Een steunende en empathische basishouding van de therapeut is van cruciaal belang.

N5 Psychotherapeutische groepen voor patiënten met anorexia en boulimia nervosa

Gerrit Glas

1. Inleiding

In de *Practice guideline for eating disorders* van de American Psychiatric Association (1993) beveelt men voor patiënten met anorexia nervosa voortgezette behandeling in individuele en/of groepssetting aan gedurende ten minste één en vaak een aantal jaren. Patiënten met ongecompliceerde vormen van boulimia nervosa kunnen volgens deze richtlijn baat hebben bij kortdurende vormen van individuele of groepstherapie. Ter bestrijding van de factoren die boulimia nervosa uitlokken en/of onderhouden, worden langerdurende psychodynamische en interpersoonlijke vormen van psychotherapie aangeraden. Deze aanbevelingen verlenen erkenning aan het belang van psychotherapie, en daarmee van groepspsychotherapie, bij patiënten met eetstoornissen. Onderzoek naar de effecten van psychotherapie bleef ook bij deze categorie patiënten in hoofdzaak beperkt tot gedragstherapeutische en cognitieve interventies. Dat maakt de erkenning van het belang van niet-gedragstherapeutische vormen van psychotherapie des te opvallender.

In deze bijdrage worden verschillende vormen van groepspsychotherapie bij patiënten met anorexia en boulimia nervosa beschreven en toegelicht. Groepen voor patiënten met obesitas blijven buiten beschouwing (vgl. Ciliska, 1990).

In veel gevallen zal groepstherapie een onderdeel vormen van een breder behandelpakket; bijvoorbeeld symptoom-management, voedingsadviezen, medicatie, gezinsinterventies, sociale vaardigheidstraining en allerlei verbale en non-verbale vormen van psychotherapie. Al deze behandelvormen worden bovendien in verschillende settings aangeboden. Dit betekent dat groepstherapie heel verschillen-

de doelen kan hebben en dat in de praktijk hoge eisen worden gesteld aan de afstemming van de verschillende onderdelen van de behandeling.

Na te zijn ingegaan op diagnostiek, indicatiestelling en groepstherapie bij eetstoornissen in het algemeen, zal aandacht worden geschonken aan groepstherapie in ambulante en (dag)klinische settings. Volgens zullen specifieke kenmerken van de groepsdynamiek bij deze categorie patiënten worden besproken. Verder wordt aandacht geschonken aan enkele bijzondere vormen van groepsbehandeling.

2. Diagnostiek en indicatiestelling

Anorexia nervosa (hierna AN) en boulimia nervosa (hierna BN) zijn betrekkelijk vaak voorkomende en in veel gevallen ernstige aandoeningen die indien zij onbehandeld blijven, neigen tot chroniciteit. De eerste verschijnselen van AN doen zich vaak al in de puberteit voor. Het volledige beeld ontwikkelt zich in de adolescentie en op jongvolwassen leeftijd. BN ontstaat doorgaans op jongvolwassen leeftijd en wordt nogal eens voorafgegaan door een anorectische periode. Beide stoornissen komen ongeveer tien keer vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. BN komt bijna tien keer vaker voor dan AN.

In de laatste editie van de DSM (APA, 1994) wordt meer aandacht geschonken aan de overlap tussen beide stoornissen. AN wordt nu verdeeld in een restrictief en een boulimisch (vreetbui-braak) type, BN in een purgerend en een niet-purgerend type (tabel 1).

Tabel 1. Anorexia nervosa volgens DSM-IV.

-
- A. Onvermogen om gewicht boven 85% van het normale gewicht te handhaven
 - B. Intense angst om dik te worden
 - C. Gestoorde waarneming van lichaamsvorm en lichaamsgewicht
 - D. Amenorroe gedurende drie achtereenvolgende cycli

Specificeer:

- Restrictief type
 - Vreetbui - braaktype
-

Het belangrijkste kenmerk van AN is de angst om te dik te worden, c.q. de angst de controle te verliezen over het eigen eetgedrag. Deze angst wordt in hoge mate versterkt door de gestoorde perceptie van gewicht en lichaamsomvang en door intense gevoelens van haat en walging over het eigen lichaam. Om hun angst te bezweren nemen patiënten hun toevlucht nu eens tot lijnen en excessief bewegen (restrictief type), dan weer tot braken, misbruik van laxantia, clysmas en diuretica (boulimisch type), soms ook tot combinaties van beide.

Een kenmerk van BN is het verlies van controle. Dit komt tot uiting in vreetbuien gecombineerd met compensatoir gedrag zoals braken en laxantia-gebruik (purgerend type) of lijnen en excessief bewegen (niet-purgerend type) (tabel 2). Ook bij BN staat de preoccupatie met gewicht, uiterlijk en voedsel centraal. Veel patiënten met eetstoornissen denken bijna continu aan wat zij mogen eten en hoe ze er uitzien.

*Tabel 2. *Boulimia nervosa* volgens DSM-IV.*

-
- A. Terugkerende episodes met vreetbuien
1. veel meer dan normaal, binnen een begrensde periode
 2. controleverlies over het eetgedrag (niet kunnen stoppen)
- B. Compensatoir gedrag
- zelf-geïnduceerd braken
 - misbruik van laxantia, diuretica, clysmas
 - lijnen
 - excessieve lichaamsbeweging
- C. Vreetbuien en compensatoir gedrag ten minste tweemaal per week gedurende drie maanden
- D. Zelfwaardering sterk afhankelijk van lichaamsvorm en lichaamsgewicht
- E. De stoornis bestaat niet uitsluitend wanneer er gelijktijdig ook sprake is van anorexie
- Specificeer:
- Purgerend type (braken, laxantia, diuretica)
 - Niet-purgerend type (vasten, excessief bewegen)
-

Ongecompliceerde vormen van BN kunnen dikwijls ambuland worden behandeld. AN-patiënten met een sterk ondergewicht moeten vaak opgenomen worden om de cirkel van vasten en vertekening van de re-

aliteit te doorbreken. Men is het er in het algemeen over eens dat de behandeling zich in eerste instantie moet richten op het doorbreken en onder controle brengen van het gestoorde eetgedrag. Intrapsychische en interpersoonlijke problematiek kunnen dan in een latere fase van de behandeling worden geëxploreerd.

In het empirisch onderzoek richt men zich de laatste jaren steeds meer op factoren die het beloop op langere termijn kunnen voorspellen. Deze factoren zijn uiteraard ook van belang voor de indicatiestelling voor groepstherapie. Het beeld dat uit dit onderzoek naar voren komt is niet geheel consistent, maar er klinkt toch wel het vermoeden in door dat patiënten met co-morbiditeit op as-I en as-II er ernstiger aan toe zijn en vaker opname behoeven. Voorspellend voor het behandelresultaat zijn: ernst en duur van de symptomen voor de eerste behandeling, lage 'body mass index' (bij AN), obesitas (bij BN), kwaliteit van sociale contacten (c.q. vermogen tot empathie) en persoonlijkheidsstoornissen (Steinhausen, Rauss-Mason & Seidel, 1991; Fahy & Russell, 1993; Rastam, Gillberg & Gillberg, 1995). Bij BN heeft vooral de borderline-persoonlijkheidsstoornis een negatief voorspellende waarde (Coker, Vize, Wade & Cooper, 1993). Bij AN komen de zogenoemde cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen vaker voor en duiden op een ongunstiger prognose (dependente, vermijdende en obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis). Uit een aantal onderzoeken komt als conclusie naar voren dat affectieve stoornissen de behandeling wel ingewikkelder maken (intensievere behandeling, vaker opname), maar niet voorspellend zijn voor het beloop op langere termijn (Mitchell et al., 1988; Rastam et al., 1995).

3. Algemene kenmerken van de groepstherapeutische behandeling van eetstoornissen

3.1. De controleparadox

Het oplossen van de zogenoemde *controleparadox* (vgl. Vandereycken & Meerman, 1984, p. 209vv) staat centraal in de behandeling van patiënten met eetstoornissen. Enerzijds moet er aansluiting worden gevonden bij het immense gevoel van onmacht waaronder deze patiënten lijden, anderzijds moeten gewicht en eetgedrag onder controle worden gebracht. Omdat dit laatste aspect op z'n minst enige beïn-

vloeding van buitenaf vereist, ontstaat er gemakkelijk een strijd tussen patiënt en behandelaar. Het lichaam is voor de patiënt het laatste bastion waarover zij zeggenschap uitoefent. Tijdens de behandeling dreigt zij echter ook die zeggenschap te verliezen.

Men kan de impasse die hier dreigt, op verschillende manieren tegemoet treden. In de eerste plaats zal de behandelaar vanaf het begin moeten proberen *zich te richten op het gevoel van onmacht, dat centraal staat*; door zich naast en niet tegenover de patiënt op te stellen; door begrip te tonen, ook voor de neiging om vast te houden aan oude patronen; door veelvuldig uitleg te geven over de stoornis en de behandeling daarvan; door daarbij te anticiperen op vermijdingsgedrag; en door expliciet instemming en medewerking te vragen bij elke nieuwe stap die gezet wordt.

Vervolgens verdient het aanbeveling de behandeling volgens een bepaald *protocol* te laten verlopen (Vandereycken & Meermann, 1984; Hersen & Detre, 1994). Het protocol deelt de behandeling in een aantal stappen in en beschrijft voor elke fase de doelen en de afspraken met betrekking tot handhaving of herstel van gewicht en normalisering van het eetpatroon. Tevens beschrijft het protocol maatregelen wanneer de patiënt zich niet aan de afspraken kan houden en stelt het een grens aan de behandelduur. Het voordeel van een dergelijke aanpak is dat de patiënt vooraf precies weet waar zij aan toe is, hetgeen overzicht geeft, het gevoel van controle versterkt en de patiënt mede verantwoordelijk maakt. Een niet onbelangrijk neveneffect is dat het protocol – behalve angst – ook vertrouwen wekt en respect afdwingt: de behandelaar weet kennelijk waar hij of zij het over heeft, hoe moeilijk het is om aan te komen en vastgeroeste eetgewoonten en compensatiegedrag te doorbreken en welke daarbij de valkuilen zijn. In wezen speelt het protocol in op de ambivalentie die zo typerend is voor de patiënt met een eetstoornis: externe controle en structuur worden gevreesd, maar vaak ook verlangd. Men kan deze patiënten soms met minachting horen spreken over behandelaars die zich al te gemakkelijk om de tuin laten leiden. Het valt niet te verhelten dat, in het verlangen naar een harde aanpak masochisme ook vaak een rol speelt. In de praktijk liggen structureren en sadomasochistisch getinte overdracht en tegenoverdracht om die reden soms zeer dicht tegen elkaar aan. In de psychodynamische (groeps)therapie zal dit dan ook een belangrijk thema zijn (vgl. Lerner, 1991; Zerbe, 1992).

Een derde manier om de strijd om de macht op te lossen is de controle voor een deel in handen te leggen van de groep. Dat kan wanneer gedragingen, gedachten en gevoelens met betrekking tot eten en compensatiegedrag worden geregistreerd (het dagboek of eetschrift) en aan de orde worden gesteld in de groep. De taak van de therapeut bestaat in dat geval uit het zichtbaar maken van de vooruitgang of het gebrek daaraan, waarna de bespreking van terugval, vermijdingsgedrag en factoren die dit in stand houden in eerste instantie wordt overgelaten aan de groep. Confrontatie door lotgenoten wordt in de regel beter verdragen dan confrontatie door de therapeut, zeker als het over zoiets heikels gaat als eten, braken of laxantia-gebruik. Het werken met open groepen biedt hier duidelijk voordelen. Oudere groepsleden laten zien dat het mogelijk is de moeilijkheden te overwinnen, zij bieden steun en fungeren als model.

Twee kanttekeningen moeten hierbij gemaakt worden. De groep kan nu als geheel volharden in verzet en/of schijnaanpassing. De groep vertoont kenmerken van de autoriteitscrisis uit het fasenmodel van Levine (1982). Er bestaat voor deze lastige situatie geen standaardoplossing. Het is vooral belangrijk dat de therapeut de eigen onmacht verdraagt en empathie toont voor de onmacht van de groep. Een actieve techniek en een ondersteunende basishouding zijn ook in psychodynamische groepen onontbeerlijk voor het herstel van een sfeer waarin er gewerkt kan worden. Zwijgen wordt als dodelijk ervaren, abstinentie als verwaarlozing. Soms is het ook in psychodynamische groepen nodig uitleg te geven over cognitieve vertekeningen. In andere gevallen zijn er één of twee dissidenten die onder druk van andere groepsleden hun mond houden. Wanneer zij echter uitgenodigd worden, kunnen ze nieuw licht werpen op de achtergronden van het verzet. Strijd met de therapeut kan immers een manier zijn om onderlinge conflicten uit de weg te gaan. Van belang is een zorgvuldig intake-beleid: het groepsproces wordt onnodig belemmerd door patiënten die te depressief zijn, middelen misbruiken of antisociaal zijn en om die reden voortijdig de groep verlaten.

Een tweede kanttekening betreft de eenduidigheid van de doelen van de groep. Uit ervaring in onze kliniek en ook elders weten we dat de agenda van de groep gemakkelijk overladen raakt, wanneer in één zitting zowel het eetgedrag als de achterliggende intrapsychische en interpersoonlijke problematiek aan de orde moeten komen. Als regel

zijn hier twee zittingen voor nodig. Men kan beide in één zitting combineren – er zijn centra waar dit gebeurt – maar dit betekent bijna onvermijdelijk een keuze voor een individuele benadering binnen de groep. Zo'n keuze kan legitiem zijn, bijvoorbeeld bij ernstig gestoorde patiënten voor wie groepsdruk te veel is (depressieve, psychotische of ernstig persoonlijkheidsgestoorde patiënten); maar ze heeft ook een prijs, namelijk dat minder gebruik kan worden gemaakt van de kracht van de groepsdynamiek.

3.2. *Homogeen versus heterogeen*

Psychodynamisch georiënteerde psychotherapeuten hebben altijd een zekere huiver getoond voor het behandelen van patiënten in homogene groepen (De Jong, 1982). Deze huiver heeft zowel een theoretische als een praktische achtergrond. Vanuit een theoretische optiek heeft het geen zin patiënten te selecteren op symptomen. Psychodynamische groepspsychotherapie richt zich namelijk op achterliggende innerlijke conflicten. Geschiktheid voor deze vorm van psychotherapie wordt vooral beoordeeld aan de hand van een inschatting van de aard en de ernst van deze conflicten, en het al dan niet voldoen aan criteria als motivatie en vermogen tot introspectie en verbalisatie. De aard van de symptomatologie speelt bij deze inschatting nauwelijks een rol, behalve als criterium voor uitsluiting, bijvoorbeeld in het geval van extreem ondergewicht.

Behalve dit meer theoretische bezwaar zouden er ook praktische bezwaren zijn. Selectie op symptomen zou afbreuk doen aan de voor groepspsychotherapie gewenste heterogeniteit. Patiënten zouden wat betreft weerstands- en persoonlijkheidsprofiel te veel op elkaar gaan lijken en daardoor neigen tot coalitievorming. Tot overmaat van ramp zouden zij elkaar de hand boven het hoofd houden bij hun eetgewoonten en compensatoir gedrag. De afweer zou aldus worden versterkt en patiënten doen volharden in hun pseudo-identiteit van anorexie- of boulimiepatiënt. Vooral in de klinische setting zou dit aanstekelijk werken. Aan het behoud van het symptoom zijn immers bepaalde privileges verbonden, zoals extra aandacht, en een zekere status, de dunste en de sterkste te zijn. Patiënten zouden elkaar op die manier versterken in een negatieve competitie.

Deze bezwaren zijn niet uit de lucht gegrepen en verklaren wellicht het vanouds nogal negatieve beeld over de behandelmogelijkheden van met name anorexiepatiënten. Hun rigiditeit en neiging tot zelfbestrafing, splitting en manipulatie zouden vrijwel altijd leiden tot een uitzichtloze machtsstrijd met de behandelaar(s). Toch zijn inmiddels in vele centra behandelprogramma's ontwikkeld waarin het mogelijk is gebleken deze bezwaren te ondervangen (Vanderlinden, Van Werde & Vandereycken, 1985; Moreno, 1994). Ook uit de literatuur over groepstherapie bij patiënten met een eetstoornis blijkt een duidelijke tendens om te kiezen voor homogene groepen (Moreno, 1994). In de argumentatie draait het steeds om twee punten:

1. de noodzaak tijdelijk de controle over te nemen over het gestoorde eetgedrag en de regulatie van het gewicht;
2. de ontdekking dat de meesten van deze patiënten basale tekorten vertonen in hun egostructuur, vooral in de ontwikkeling van hun identiteit, of, in termen van de zelf-psychologie, niet beschikken over een 'cohesive self'.

Over het eerste punt kunnen we kort zijn. In de voorgaande paragraaf werd al gewezen op de noodzaak expliciet aandacht te besteden aan de symptomatologie. We bespraken hoe kan worden omgegaan met de paradox dat gewicht en eetgedrag controle van buitenaf behoeven, terwijl dat nu juist de patiënt van haar laatste, gefantaseerde restje autonomie berooft. We hebben trachten duidelijk te maken hoe deze paradox kan worden opgelost: door een combinatie van een empathische houding, invoering van een protocol en groepsbehandeling. We concentreren ons nu op het tweede punt: de ontdekking dat de meeste van deze patiënten basale tekorten vertonen in hun egostructuur. Juist omdat patiënten met een eetstoornis vaak defecten in hun ego-structuur vertonen, zijn zij aanvankelijk niet in staat om zelf de autonomie van het gestoorde eetpatroon te doorbreken. Zij moeten gedoseerd en op specifieke punten ondersteund worden in hun pogingen op een andere wijze met voedsel om te gaan. Het volharden in de pseudo-identiteit, de negatieve competitie en de strijd om de macht zijn dus niet zozeer iatrogen geïnduceerd – namelijk door het homogeniseren van de groep – alswel de uitdrukking van een basaal en alles doordringend gevoel van waardeloosheid en nietigheid. Dit gevoel is zo onverdraaglijk dat de patiënt zich kost wat kost vastklampt aan het illusionaire gevoel van almacht dat het symptoom verschaft.

De groep is het medium bij uitstek voor de geleidelijke desillusionering van deze magische omnipotentie-belevingen. Overdracht en tegenoverdracht worden over de groepsleden gespreid en aldus teruggebracht tot hanteerbare proporties.

Behalve het handhaven van een schijn-identiteit heeft de negatieve competitie vaak nog een andere achtergrond. Ze is vaak ook geworteld in vroegere sibling-rivaliteit. Juist de groep biedt een context om jaloezie en afgunst door te werken. Het aangestoken worden door allerlei vormen van weerstand en acting out heeft dan te maken met het recapituleren van vroegere gezinsverhoudingen en is niet in de eerste plaats een neveneffect van de homogene groep.

Over die homogeniteit valt verder op te merken dat deze juist in psychodynamische zin vaak ook weer betrekkelijk is. Patiënten met eetstoornissen blijken in de praktijk nogal te verschillen wat betreft de precieze aard van de achterliggende conflicten en defecten (Swift & Stern, 1983; Johnson, 1991; Engel & Meyer, 1991). Dat geldt ook op symptoom-niveau, vooral wanneer anorectische en boulimische patiënten gemengd in een groep geplaatst worden. De impulsiviteit en behoefte aan spanning van de boulimische patiënt zijn een welkome aanvulling op de als regel aangepaste en conflict vermijdende opstelling van de anorexiapatiënt. In de praktijk is de vermeende homogeniteit vaak ver te zoeken.

3.3. Fasering

Theoretisch gezien past de hier geschetste aanpak binnen de zogenoemde integratieve of multimodale benadering. Hierbij probeert men methoden te combineren die uit verschillende theoretische referentiekaders stammen. Juist het onderzoek naar en de ervaringen met de behandeling van patiënten met eetstoornissen hebben de laatste jaren krachtige impulsen gegeven aan de integratie van behandelmodellen uit verschillende referentiekaders (Garner, Garfinkel & Bemis, 1981; Tobin & Johnson, 1991). Zo is (individuele) cognitieve gedragstherapie effectiever gebleken dan (individuele) gedragstherapie *sec* (Fairburn et al., 1995) en hebben psychodynamisch georiënteerde therapeuten gepleit voor een modificatie van de traditionele psychoanalytische techniek. Abstinentie wordt dan ingeruild voor een meer actieve en steunend-confronterende benadering

(Bruch, 1974, 333 vv; 1981). Analytici en systeemtherapeuten hebben gewezen op het complementaire karakter van object-relatie/theorie, systeem-modellen en interpersoonlijke benaderingen, juist bij patiënten met eetstoornissen (Humphrey, 1991; Stern, 1991). Eetstoornissen worden in deze benadering gezien als aandoeningen met een ingewikkelde ontstaansgeschiedenis. Daarbij kan een onderscheid gemaakt worden tussen predisponerende, precipiterende en bestendige factoren (Garner & Garfinkel, 1980; Davis & Olmstedt, 1992). Predisponerend zijn cultureel verankerde normen wat betreft uiterlijk, gewicht en prestatieniveau; gezinsfactoren en factoren op het niveau van de individu (biologisch, psychologisch). Precipiterend zijn de stressoren die aanleiding geven tot de eerste manifestatie van de stoornis. Bestendigend zijn de psychologische en fysiologische gevolgen van extreem lijnen, gewichtsverlies, vreten en braken. In de praktijk kan dit geheel worden gereduceerd tot een drielagig schema met op het hoogste niveau gedragingen passend bij de eetstoornis, daaronder cognitieve vertekeningen waaronder de stoornis in het lichaamsbeeld, en op het laagste niveau de conflicten en defecten op het intrapsychische en interpersoonlijke vlak (tabel 3).

Tabel 3. Lagen in de psychopathologie van de patiënt met een eetstoornis.

1. Gedrag	lijnen vreten braken en ander purgeergedrag overmatig bewegen
2. Cognities	gedachten en attitudes m.b.t. gewicht en lichaamsvorm cognitieve vervormingen lichaamsbeeld
3. Zelf-concept	interpersoonlijke tekorten intrapsychische conflicten en tekorten

Er bestaat tegenwoordig een tendens om in de ambulante praktijk te opteren voor een fasenmodel. In de eerste fase staan dan psycho-educatieve en gedragsmodellerende interventies centraal (laag 1 en 2), terwijl pas in de daarop volgende fase, aan wie hiervoor geschikt is, psychodynamische en/of interpersoonlijke vormen van psychothera-

pie worden aangeboden (laag 3) (Riess, 1992; Harper-Giuffre & MacKenzie, 1993). In de eerste fase wordt dan vaak nog een caesuur gelegd tussen het eerste stadium van *symptoom-management* en psycho-educatie (laag 1) en het tweede stadium met cognitieve herstructurering (laag 2) (Fairburn & Cooper, 1989).

4. Ambulante groepen

4.1. Literatuur

In de literatuur over ambulante groepstherapie concentreert men zich in hoofdzaak op de cognitieve (groeps)gedragstherapie (CGGT) bij BN, op afstand gevolgd door interpersoonlijke groepspsychotherapie (IGPT). Dat men zich hierop concentreert is begrijpelijk, omdat het hier gaat om betrekkelijk kortdurende vormen van psychotherapie. Deze laten onderlinge vergelijking toe, aangezien zij gebaseerd zijn op handleidingen en protocollen. Overigens blijkt onder CGGT in de praktijk meestal een combinatie van psycho-educatie, symptoommanagement en cognitieve therapie in engere zin verstaan te worden. Met IGPT wordt in de regel een combinatie van cognitieve en interactie-gerichte groepstherapie bedoeld. Oosterheld, McKenna & Gould (1987) concluderen dan ook dat in de praktijk zelden zuivere modellen worden gehanteerd. Voorts stellen zij dat in de eclectische mix van benaderingen de overeenkomsten groter zijn dan de verschillen. Deze conclusie slaat met name terug op de toepassing van gedragstherapie. Onderzoek heeft uitgewezen dat gedragstherapie zonder bewerking van cognitieve schema's slechts een kortdurend effect heeft (Fairburn et al., 1995). *Exposure* en *responspreventie* in de sessies zelf blijken bovendien geen extra voordeel op te leveren boven CGGT (Wilson et al., 1991; Thackwray et al., 1993).

Er is wel verslag gedaan van groepstherapie bij AN, meestal in de vorm van casuïstische beschrijvingen van poliklinische therapiegroepen of van klinische en dagklinische behandelprogramma's waarin ook andere onderdelen verwerkt zijn. Systematisch en gecontroleerd onderzoek naar de uitkomsten van groepstherapie bij AN is tot nu toe echter nauwelijks van de grond gekomen. Ook voor BN valt dit overigens tegen: van de 550 publikaties over BN (tot april 1990) voldeden er slechts achttien aan de vereisten zoals operationalisatie van dia-

gnostische criteria en kwantitatieve verslaglegging van vreet- en braakfrequentie (Hartmann, Herzog & Drinkmann, 1992).

Fettes & Peters (1992) concluderen in een meta-analyse van veertig onderzoeken naar groepsbehandeling bij BN dat ruim driekwart van de patiënten met groepstherapie beter af is dan zonder therapie. De behandelresultaten zijn over het algemeen matig tot redelijk en worden beter bij een grotere intensiteit van de behandeling (vgl. Mitchell, Raymond en Specker, 1993) en bij combinatie van groepstherapie met andere vormen van therapie, waaronder individuele psychotherapie. Tussen CGGT en IGPT (of andere meer eclecticische vormen van groepstherapie) vonden Fettes en Peters geen grote verschillen. In de eerdergenoemde meta-analyse van Hartmann et al. (1992), waarin striktere criteria worden gehanteerd en ook individuele psychotherapie in de vergelijking wordt betrokken, worden evenmin verschillen in behandelresultaat gevonden tussen de verschillende benaderingen. Methodologisch goed onderbouwde onderzoeken na die tijd bevestigen dit beeld (Fairburn et al., 1993; Fairburn et al., 1995; Wilfley et al., 1993). Wellicht hangt dit samen met structurende elementen die CGGT en IGPT gemeenschappelijk hebben ('monitoring' van eetgewoonten; evaluatie van uitlokkende situaties; informatie over de rationale van de behandeling; vgl. Fairburn et al., 1986). Een andere mogelijke verklaring is dat niet-specifiek therapeutische factoren de belangrijkste bijdrage aan herstel leveren. Een argument hiervoor zou onder andere gevonden kunnen worden in een recent onderzoek waarin kortdurende (individuele) psychodynamische therapie werd vergeleken met (individuele) cognitieve gedragstherapie (Garner et al., 1993). In dit onderzoek verschilden de resultaten evenmin, uitgezonderd de iets gunstiger uitkomsten voor cognitieve therapie wat betreft frequentie van zelf-geïnduceerd braken, houding ten opzichte van eten en gewicht, en depressiviteit. Gezien deze geringe verschillen is het begrijpelijk dat in het Nederlandse taalgebied de multidimensionele en inmiddels rijk gedocumenteerde benadering van de Leuvense groep populair is geworden (Vandereycken & Meermann, 1984; Vanderlinden, Norré & Vandereycken, 1989; Norré & Vandereycken, 1993). Directieve groepstherapie vormt een belangrijk onderdeel van deze benadering (Vanderlinden, Van Werde & Vandereycken, 1985).

Wat betreft de behandelresultaten: na twintig weken individuele therapie voldoet grosso modo tussen de 40 en 50 procent van de patiënten aan de criteria van een atypische eetstoornis, terwijl 20 procent nog voldoet aan de criteria van BN (Fairburn et al., 1995; vgl. ook Mitchell et al., 1993). Wanneer alle onderzoeken naar groepstherapie te zamen worden genomen, ontstaat ongeveer hetzelfde beeld. Moreno (1994) concludeert in een overzicht van 97 onderzoeken naar groepstherapie bij eetstoornissen dat er na afloop van de behandeling sprake is van 75 procent reductie van het aantal vreetbuien en van 70 procent reductie van de braakfrequentie. Een derde van de patiënten vreet niet meer en een even groot deel braakt niet meer. De vrees van veel BN-ers dat zij door therapie zullen aankomen, bleek in geen enkel van deze onderzoeken bewaarheid. Behalve een grote intensiteit van de groepszittingen blijkt ook een sterke nadruk op het vroeg stoppen met vreten en braken een gunstig effect te hebben op het therapieresultaat (Crosby et al., 1993). Al te drastische veranderingen van het eetgedrag worden door Norré en Vandereycken (1993) evenwel afgeraden, omdat mislukkingen vaak in termen van alles-of-niets en dus als definitief worden beleefd.

Voor een gedetailleerde weergave van de uitvoering van CGGT, IGPT en directieve groepstherapie zij in eerste instantie verwezen naar de literatuur (bijv. Davis & Olmstedt, 1992; Harper-Giuffre, MacKenzie & Sivitilli, 1992; Vanderlinden, Van Werde & Vandereycken, 1985). Hier beperken we ons tot enkele hoofdzaken. Omdat in de praktijk groepen AN- en BN-patiënten vaak worden gemengd, zie ik af van een aparte bespreking van groepstherapie bij AN en bij BN.

4.2. Psycho-educatie in de groep

Tabel 4 biedt een overzicht van de onderwerpen die bij de psycho-educatie aan de orde kunnen komen. Om de laagdrempeligheid te bevorderen wordt psycho-educatie vaak aan grotere groepen patiënten aangeboden (15-25 personen). De bijeenkomst heeft in dat geval het karakter van een lezing die ondersteund wordt door dia's, sheets en voorlichtingsmateriaal. Voor werkenden kunnen deze bijeenkomsten 's avonds worden gehouden. Er wordt uitgegaan van het ziektemodel. Als men een ex-patiënt bereid vindt de voorlichting met eigen ervaringen te illustreren, zal daarvan in de regel een sterk motiveren-

de invloed uitgaan. Er zijn aanwijzingen dat voor een subgroep van maatschappelijk goed functionerende patiënten met een korte ziektegeschiedenis en zonder co-morbiditeit psycho-educatie alleen voldoende is.

Tabel 4. Psycho-educatie bij eetstoornissen.

-
1. Overzicht eetstoornissen; doelen van de psycho-educatie
 2. Predisponerende, uitlokkende en bestendigende factoren
 3. Psychologische en fysiologische gevolgen van gewichtsverlies
 4. Hoe om te gaan met voedsel; gevolgen van het stoppen met lijnen
 5. Hoe om te gaan met gewicht en lichaamsvorm; lijnen en vreten als coping-mechanisme
 6. Hoe om te gaan met het eigen lichaam
 7. De weg naar herstel; motivatie; behandelmogelijkheden
-

(naar Davis & Olmstedt, 1992)

De keuze voor het formaat zal in de praktijk afhangen van het aanbod (werving en selectie) en van de setting waarin men werkt. In tweedelijnsinstellingen zal meestal worden gekozen voor een combinatie van psycho-educatie en CGGT in engere zin. Ook dan kan men nog een drempel inbouwen door alleen daarvoor gemotiveerde patiënten door te laten stromen naar de CGGT. Patiënten met co-morbiditeit zullen soms eerst individueel moeten worden voorbereid op de CGGT.

4.3. Cognitieve groepsgedragstherapie

In de CGGT staan zelfregistratie, het aanleren van zelfcontroletechnieken en cognitieve herstructurering centraal (tabel 5). De zelfregistratie vindt plaats in de vorm van een dagboek waarin het eetgedrag, de voorafgaande omstandigheden, de gevolgen en de daarbij optredende gedachten en gevoelens worden beschreven. Het dagboek kan één of twee dagen voor de zitting worden opgestuurd en door de therapeut van tevoren worden gelezen. In principe is het dagboek niet geheim, tenzij de patiënt hierom vraagt. Het staat de therapeut vrij om in dat geval in de groep naar de redenen voor de geheimhouding te informeren.

Tabel 5. Cognitieve groepsgedragstherapie.

1. Zelfregistratie	eetgedrag (vasten, vreten) compensatiegedrag kopen van voedsel gevoelens en gedachten
2. Stimuluscontrole	eetgedrag 'blootstelling' aan voedsel inkopen purgativa
3. Cognitieve herstructurering	analyse van problematische gedachten, overtuigingen en cognitieve vertekeningen beredeneerde weerlegging vergroten van het 'coping'-repertoire
4. Voorkomen van recidive	leren herkennen van de gevarezone leren omgaan met tijdelijke terugval

Aan de hand van de dagboeken worden bij iedere patiënt problematische gedachten en attitudes met betrekking tot eten, purgeergedrag, bewegen en het kopen van voedsel geïdentificeerd en bewerkt. Vaak berusten deze problematische gedachten en attitudes op cognitieve vertekeningen (tabel 6).

Tabel 6. Cognitieve vertekeningen bij eetstoornissen.

Selectieve abstractie	'De enige manier om me goed te voelen is dun te zijn'
Overgeneralisatie	'Ik doe alles verkeerd, want met het eten kan ik me niet beheersen'
Uitvergroten	'Als ik die boterham opeet, word ik zo dik als een olifant'
Alles-of-niets denken	'Gisteren voelde ik weer een drang om te vreten; alles is dus verloren, ik heb niets bereikt'
Gebeurtenissen op zichzelf betrekken	'Iemand keek me aan in de bus; ik moet wel vreselijk dik zijn'
Magisch denken	'Als mijn maag pijn doet van de honger, dan ben ik echt sterk en kan ik de hele wereld aan'

(ontleend aan Garner & Bemis, 1985; verkort, voorbeelden van de auteur)

Wie vertrouwd is met de cognitieve therapie van angststoornissen en depressies zal hier veel bekends aantreffen. Bij patiënten met veel

weerstand (cognitieve vermijders bijvoorbeeld) kan het nodig zijn de cognitieve patronen te provoceren in de groep, bijvoorbeeld door middel van rollenspel. Indien gemeenschappelijke maaltijden deel uitmaken van het behandelaanbod leveren deze uiteraard ook materiaal op.

De zelfcontroletechnieken slaan op de aanwijzingen die de groepsleden krijgen over het eten: afgemeten hoeveelheden, die op een vaste plaats en op vaste tijden worden genuttigd, zonder iets anders te doen; er wordt met vork en mes gegeten, langzaam gekauwd, terwijl ander voedsel uit zicht is; er mag voor niet meer dan een paar dagen voorraad in huis zijn. Andere aanwijzingen betreffen gedragsalternatieven voor het geval de drang tot vreten of braken optreedt – bijvoorbeeld iets leuks doen of iemand bellen. In de Leuvense directe variant van deze therapie wordt de behandeling verder gestructureerd door te werken met een therapie-doel-evaluatie (TDE-)formulier, waarop voor drie probleemgebieden ieder afzonderlijk twee concrete en haalbare doelen worden geformuleerd. Deze probleemgebieden zijn de symptomen van de eetstoornis, de zelfbeleving en interacties. Op gezette tijden wordt dit formulier geëvalueerd in de groep.

4.4. Interpersoonlijke groepspsychotherapie

Onder IGPT moeten nogal uiteenlopende vormen van psychotherapie worden verstaan. In de eerste plaats heeft deze term betrekking op modificaties van een kortdurende, focale psychotherapie voor depressie, ontworpen door Klerman en Weissman (Klerman et al., 1984). De vier probleemgebieden waarop deze vorm van psychotherapie zich richt zijn:

- rouw,
- moeilijkheden in de omgang met anderen,
- rolveranderingen, en
- interpersoonlijke tekorten.

De therapie is 'manual-based'. In de afgelopen jaren is deze handleiding herschreven voor tal van andere psychiatrische stoornissen. In de literatuur over eetstoornissen wordt echter slechts zelden deze vorm van psychotherapie bedoeld. Zo beschrijven Harper-Giuffre et al. (1992) een integratie van cognitief-gedragstherapeutische en psy-

chodynamische technieken die gebaseerd is op inzichten uit de zelfpsychologie. De door Roth en Ross (1988) beschreven 'cognitief-interpersoonlijke' groepstherapie en de 'interactionele' groepstherapie van Shisslak et al. (1986) vertonen sterke verwantschap met dit model. De cognitieve en de interactionele benadering kunnen worden gecombineerd, omdat de manier waarop men denkt over gewicht, lichaamsvorm en voedsel grote invloed uitoefent op het interpersoonlijke verkeer. Bovendien is dit denkpatroon ingebed in een aangeleerde interactiestijl die op zijn beurt tot de eetstoornis predisponeert. De cognitieve vertekeningen die aan deze interactiestijl ten grondslag liggen, kunnen in de groep in vivo worden onderzocht en doorgewerkt. Afhankelijk van de theoretische oriëntatie van de auteurs worden ook psychodynamische inzichten en technieken gebruikt (Lacey, 1983; Roy-Byrne, 1984).

Groepssamenstelling, structuur van de zittingen, en techniek zijn bij IGPT betrekkelijk traditioneel. Ze zijn, afgezien van de sterkere nadruk op vertekende denkpatronen, vergelijkbaar met de interpersoonlijke benadering van Yalom (1975). De ambulante groep is als regel gecontraïndiceerd voor psychotische, sterk depressieve, verslaafde, suïcidale, automutilerende, schizoïde en 'low-level'-borderline patiënten. De voorkeur van Harper-Giuffre et al. (1992) voor het werken met gesloten groepen is zeker niet dwingend. De meeste auteurs zeggen betere ervaringen te hebben met gemengde groepen (AN en BN) dan met groepen die wat betreft de eetstoornis homogeen zijn. Groepen die uitsluitend bestaan uit anorectische patiënten van het restrictieve type, worden over het algemeen als moeilijk en ondankbaar beschreven. Sommigen zien af van de regel dat groepsleden buiten de zittingen geen contact met elkaar mogen hebben. Soms wordt dit contact juist bevorderd vanwege het gebrek aan sociale contacten van de patiënten (Hendren et al., 1987; Inbody & Ellis, 1985). Omdat dit type groepen in de praktijk tot een hoger dan gemiddeld drop-out percentage neigt, staat in de eerste fase het streven naar cohesie en universaliteit nog meer centraal dan in andere groepen. Vanwege de drop-out wordt soms aangeraden de gesloten groep met tien deelnemers te beginnen. Bij een groot aanbod aan patiënten kan ter wille van de onderlinge herkenning gekozen worden voor een indeling naar leeftijdscategorie (middelbare scholieren, studenten, ouderen).

Thema's die veelvuldig aan de orde komen zijn: afhankelijkheid, perfectionisme, neiging tot aanpassing ('good little girl'-syndroom), neiging om op negatieve wijze aandacht te vragen, jaloezie en competitie, angst voor controleverlies, angst voor intrusie, angst voor seksualiteit en voor mannen in het algemeen, isolatie, vervreemding en onvermogen tot communicatie (Inbody & Ellis, 1985; Hendren et al., 1987; Richard, 1991). Wanneer men groepen naar leeftijdscategorie indeelt, dan zal zich dit in de thematiek weerspiegelen: gezinsthema's en angst voor rijping bij de scholieren; afhankelijkheid, separatie, presteren, seksuele gevoelens en activiteiten bij de studerende; eenzaamheid, somberheid, gebrek aan zelfwaardering en ontevredenheid over het maatschappelijk functioneren bij de 'ouderen' (Hendren et al., 1987).

Interpretatie van de weerstand leidt volgens sommige auteurs tot meer weerstand en doet het groepsproces stokken. Vrijwel unaniem is men het eens over het belang van een warme, empathische, moed uitstralende en geïnteresseerde attitude. Vanwege het nu eens zuigende dan weer machteloos makende karakter van deze groepen wordt aangeraden met twee therapeuten te werken, idealiter een man en een vrouw. De meningen zijn verdeeld over de combinatie van TGPT en individuele therapie (symptoom-management; farmacotherapie). Sommigen zien hierin slechts een bron van moeilijkheden (Hendren et al., 1987), anderen oordelen iets positiever (Richard, 1991). Zeker is dat territoriale en competitiekwesties gemakkelijk leiden tot het niet meer kunnen hanteren van één van beide behandelmodaliteiten en/of tot vroegtijdig vertrek uit de groep. Regelmatig overleg tussen de individuele en de groepspsychotherapeut is uiteraard geboden, maar biedt geen panacee voor alle moeilijkheden. Het lijkt het beste om individuele psychotherapie te vermijden bij lange-termijngroeps-therapieën. Wel dient dan het gewicht te worden gecontroleerd (bij voorkeur door een verpleegkundige). Verder moeten patiënten hun vreetbui en purgeergedrag schriftelijk vastleggen. Het wordt aan het oordeel van de groepstherapeut overgelaten om dit materiaal, als de patiënt er zelf niet over begint, in de groep in te brengen. De symptomen van de eetstoornis fungeren zo als een signaal dat de patiënt moeite heeft met het oplossen van een bepaald relationeel of innerlijk conflict. Individuele (psycho)therapie blijft zo voorbehouden aan degenen die niet van een groep kunnen profiteren.

5. Klinische en dagklinische groepen

De eerste publikatie over groepspsychotherapie bij eetstoornissen komt van vaderlandse bodem en heeft betrekking op groepspsychotherapie in de klinische setting (Lafeber, Lansen & Jongerius, 1967; vgl. Lansen, 1986). Ondanks het vroege tijdstip van deze publikatie is er al met al toch betrekkelijk weinig geschreven over de klinische en dagklinische behandeling van patiënten met eetstoornissen (vgl. Bossert et al., 1987; Bossert et al., 1988; Duncan & Kennedy, 1992; Engel & Wilfarth, 1988; Engel, 1989; Engel & Meyer, 1991; Gerlinghoff & Ploog, 1987; Gerlinghoff, Mai & Backmund, 1988; Hoek & Modderaar, 1994; Kreipe & Kidder, 1986; Stern, 1986; Vandereycken, 1985). Vergelijkende onderzoeken die aan basale methodologische eisen voldoen, ontbreken zelfs geheel (Moreno, 1994). Bedacht moet worden dat dit ten dele een weerspiegeling is van de situatie in de geestelijke gezondheidszorg buiten Nederland (en België). In Groot-Brittannië, Canada en de Verenigde Staten – landen waaruit het grootste deel van de empirische onderzoeken naar eetstoornissen komt – is de gemiddelde opnameduur veel korter dan bij ons. Als gevolg hiervan valt het accent in onderzoek dat afkomstig is uit deze landen vooral op symptoomcontrole. Waardevolle suggesties voor het opzetten van een (dag)klinisch behandelprogramma zijn te vinden in de onderzoeken van Duncan en Kennedy (1992), Gerlinghoff et al. (1988), Hoek en Modderaar (1994), Vandereycken en Meermann (1984) en Vandereycken (1985).

In principe bestaat er een indicatie voor opname indien ambulante behandeling gedurende een half à een jaar geen resultaat heeft opgeleverd of wanneer tevoren kan worden voorzien dat ambulante behandeling niet zal aanslaan. Dit laatste is het geval bij langdurig ernstig ondergewicht (30% onder het norm-gewicht), somatische complicaties en co-morbiditeit in de zin van therapie-resistente depressies, cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen, psychotische of obsessief-compulsieve verschijnselen, suïcidaliteit en/of automutilatie. De praktijk leert overigens dat het meestal veel langer dan een jaar duurt voor de patiënt tot opname te motiveren is.

Twee aspecten kleuren de groepspsychotherapie in de (dag)klinische setting:

1. de als regel ernstiger symptomatologie van de patiënten, en

2. de inbedding van de groepspsychotherapie in een breder behandel aanbod.

Ad 1. De ervaringen in onze kliniek, die in veel gevallen als derdelijnsbehandelcentrum fungeert, bevestigen de waarneming van Zerbe (1992) dat patiënten gemiddeld aan de DSM-criteria van drie à vier stoornissen voldoen. Toch betekent dit niet dat groepstherapie geen haalbare kaart is.

Ad 2. Voor de integratie van het behandel aanbod zij in eerste instantie verwezen naar paragraaf 3. Ik beperk me hier tot enkele aanvullende opmerkingen.

Gegeven de neiging tot splitting en manipulatie zijn heldere en consistent gehanteerde behandelafspraken een conditio sine qua non. Deze afspraken liggen vast in het protocol. In het intake-gesprek wordt de patiënt gevraagd of zij met deze afspraken kan instemmen. Wanneer de groep het belangrijkste hulpmiddel voor het bewerken van veranderingen is, verdient het aanbeveling individuele gesprekken alleen op strikte indicatie en in tijd gelimiteerd te laten plaatsvinden (bijvoorbeeld alleen met de behandelcoördinator). Patiënten die dit niet verdragen, dienen in eerste instantie individueel en in een langzamer tempo behandeld te worden. Grosso modo gaat het om een derde van het klinische aanbod. Soms kan de – in dat geval diagnostisch heterogene – groep daarbij als decor fungeren. Bij zeer sterk ondergewicht of somatische complicaties zal voor een medische benadering gekozen moeten worden (veel bedrust, beperking van het contact met medepatiënten, intensieve somatische controle). De veiligheid en structuur die dit biedt, kunnen motiverend werken voor de vervolgbehandeling.

Het schema met de lagen in de psychopathologie (tabel 3) kan als uitgangspunt fungeren bij de samenstelling van het programma. De symptomen van de eetstoornis (laag 1) worden bewerkt door de (protocollair vastgestelde) afspraken met betrekking tot gewichtsherstel (AN) of handhaving van gewicht (BN), eetgewoonten en rusttijden. Eet- en purgeergedrag worden in een dagboek genoteerd en besproken in de eetgroep. Dit is een thematisch gestructureerde psycho-educatieve groep waarin behalve over het dagboek ook wordt gesproken over voedingsgewoonten, lichamelijke verzorging en lichaamsperceptie. Cognitieve vervormingen en negatieve cognities (laag 2) wor-

den bewerkt in de cognitieve (groeps-gedrags)therapie. Elementen uit de sociale vaardigheidstraining en psychodrama-technieken kunnen het therapeutisch proces in de CGGT bevorderen. Het lichaamsbeeld kan worden geëxploreerd en gecorrigeerd in de psychomotorische therapie, met behulp van spiegel oefeningen en videotechneken. Interpersoonlijke en intrapsychische conflicten en tekorten (laag 3) komen aan de orde in de groepspsychotherapie, die bij voorkeur ten minste tweemaal per week plaatsvindt. Deze therapie heeft als belangrijkste kenmerk de combinatie in de vorige paragraaf besproken van cognitieve, interpersoonlijke en psychodynamische elementen.

De groep vormt in deze benadering het centrale medium waarin veranderingsprocessen plaatsvinden. Uiteraard zijn er allerlei variaties op dit model denkbaar. De belangrijkste variant heeft betrekking op de setting. Zo vindt in sommige centra het hele groepstherapeutische programma poliklinisch plaats. Op andere plaatsen worden klinische patiënten voornamelijk op de dagkliniek behandeld. De afdeling is in beide gevallen de plaats waar men overnacht. Deze varianten zijn te verkiezen als men om wat voor reden ook gedwongen is de (klinische) opnameduur te beperken tot minder dan twee à drie maanden. De continuïteit van de behandeling wordt zo bevorderd. Nadeel is wel dat de therapeuten in dat geval veel minder zicht hebben op wat zich buiten de therapie-uren, bijvoorbeeld aan tafel, tussen de patiënten afspeelt. Bovendien wordt zo meer ruimte gelaten om te splitsen tussen psychotherapie en verpleegkundige begeleiding, respectievelijk dag- en nachttregime (nachtelijke gesprekken; nachtelijke vreet- en braakpartijen). Vooral voor de klinische groep is het milieutherapeutische aspect van de behandeling van grote betekenis. Juist de informele uren vormen de proef op de som. Een niet-punitieve sfeer, heldere en consequent gehanteerde afdelingsregels en zorgvuldig gedoseerde steun bieden de noodzakelijke rust en structuur en zijn als regel voldoende om in de therapie-uren de groep het belangrijkste werk te laten doen.

De begeleiding van het gezin, waar hier niet verder op ingegaan wordt, vormt in de praktijk een belangrijke pijler van de behandeling. Ook hier kan de groep in beeld komen: de oudergroep. Hierop zal in paragraaf 7.1 worden ingegaan.

Als min of meer specifiek eetstoornis-gerichte vormen van groepsbehandeling kunnen voorts nog dramatherapie en vrouwenhulpverlening worden genoemd. Dramatherapie kan een effectieve manier zijn om in korte tijd cognitieve vertekeningen en interpersoonlijke thema's aan het licht te brengen. In de variant zoals die in onze kliniek werd ontwikkeld, wordt gebruik gemaakt van rollenspel (aan de hand van uitgeschreven scènes of aan de hand van thema's die door de groepsleden zelf zijn aangedragen), stemoefeningen, associatieoefeningen en het maken van maskers. Patiënten met een eetstoornis hebben moeite met in beeld zijn, zich uiten, vormgeven en zich inleven. Het zijn bij uitstek deze items die in de dramatherapie aan de orde komen (Jacobse, 1994). De 'vrouwengroep' richt zich op thema's als lichaamsverzorging, primaire en secundaire socialisatie, seksualiteit en maatschappelijke verwachtingen ten aanzien van het uiterlijk en de vrouwelijke rol. Deze thema's worden kort ingeleid, waarna patiënten ervaringen uitwisselen. Soms bereiden één of meer groepsleden iets voor. Vaak ademt deze groep een heel eigen sfeer: men is nu werkelijk onder elkaar. De cohesie en herkenning worden bevorderd, hetgeen een positieve invloed heeft op andere onderdelen van de behandeling. Voorwaarde is wel dat deze groep door het hele team wordt gedragen. Hobbyisme leidt ook hier gemakkelijk tot splitsing en uitageren van niet-herkende overdracht en tegenoverdracht.

Aparte vermelding verdient ten slotte de deeltijd-dagbehandeling. In de literatuur is dit een witte plek, maar in de praktijk vormt deze een waardevolle tussenvariant voor patiënten voor wie ambulante behandeling onvoldoende biedt en klinische behandeling te zwaar geschut is. De eendaagse variant zoals die in onze kliniek is ontwikkeld, biedt een programma dat uit drie onderdelen bestaat: de dagboekzitting (naar het model van Vanderlinden & Vandereycken, 1989); drama-therapie (zie boven); en groepspsychotherapie (psychodynamisch, met cognitieve elementen) (Hoek & Modderaar, 1994). In plaats van dramatherapie kan ook voor een andere non-verbale vorm van psychotherapie worden gekozen. Omdat van deze therapie een sterk faciliterende werking uitgaat met betrekking tot de processen en thema's die in de (verbale) groepspsychotherapie aan de orde komen, is dit een van de redenen voor het invoeren van deze non-verbale tussenschakel.

6. Aspecten van de groepsdynamiek

Patiënten met eetstoornissen hebben te lijden onder 'deficits in the concept of self and the conviction of all pervasive ineffectiveness and powerlessness' (Bruch, 1981). Hun onmacht concentreert zich in het gevoel niet de baas te zijn over het eigen lichaam. Ik herinner aan Van de Loo's (1975) treffende typering van het anorectische bestaan als 'belichaamde levensonmacht'.

Vooraf vanuit de hoek van de zelf-psychologie, de object-relatietheorie en de psychoanalytische ontwikkelingstheorie is tot nu toe gepoogd deze onmacht en dit gevoel van onteigening naar herkomst en structuur te begrijpen (Johnson, 1991; Stern, 1991). De existentiële thematiek die hier zeker ook belangrijk is (zinloosheid, isolatie en vervreemding (Yalom, 1980)), is betrekkelijk onderbelicht gebleven.

Zelf-psychologen als Barth en Wurman (1986) wijzen op het onvermogen tot 'self-soothing'. De eetstoornis kan volgens hen worden uitgelegd als een poging zichzelf te sussen en aldus te beschermen tegen het gevoel een speelbal te zijn van eigen en andermans behoeften. De door Kohut (1971) beschreven typen van overdracht (spiegel-, tweeling- en idealiserende overdracht) zouden in de groep terugkeren; bijvoorbeeld in overgevoeligheid voor tekenen van bewondering, in de totale identificatie tussen twee groepsleden en in het idealiseren van de groep of de therapeut.

Object-relatietheoretici zijn geneigd de aandacht te vestigen op de intense afgunst en nijd waartegen de anorexiapatiënt zich beschermt door zelfbestrafing in de vorm van een intensieve dressuur en uitpuittend vreten en braken (Boris, 1984). Ook is gewezen op primitieve introjectiemechanismen, waarbij het behoeftige lichaam wordt vereenzelvigd met de alles-opeisende en alles-verslindende moederfiguur. Almachtsfantasieën kunnen de sadomasochistische cirkel onderhouden: 'Hoe intrusiever en woedender de ander, hoe minder ik klein te krijgen ben'; 'Als ik de honger voel krampen, als alle gevoel uit mijn lichaam samentrekt naar mijn maag, dan voel ik mij echt goed, dan ben ik de baas over mijzelf.'

Vanuit de psychoanalytische ontwikkelingstheorie is gewezen op het onvermogen om eigen lichaamssignalen te herkennen en daarmee om te gaan zonder angstig te worden. Bruch (1974) vermoedde reeds

dat vroegkinderlijke verwaarlozing en gebrek aan empathie hierbij een rol spelen (Bemporad et al., 1992a en b).

Genoemde aspecten keren terug in de groep. Ik beperk me hier tot de beschrijving van enkele veel voorkomende fenomenen: verlamming, collectieve schijnaanpassing en 'scape-goating'.

Eerst iets over *verlamming*, kenmerkend voor dit type groep is de grote ambivalentie over deelname aan de groep. Vaak wordt het initiatief om iets in te brengen beleefd als een zich opofferen voor de groep. Wie het eerst haar mond opendoet, is het haasje. Spoedig wordt men omringd door een schare hulptherapeuten die de initiatiefneemster met een spervuur van vragen bestoken. De ene keer wordt deze bemoeienis als kritiek of als een intrusieve vorm van controle beleefd. De andere keer overheerst het gevoel ingezogen en opgeslokt te worden: de groep als verzwelgende 'moeder'. Deelnemen aan groeps-therapie is balanceren op de rand. Eén woord kan al te veel zijn. Involveert men te veel dan maken anderen zich van je meester, blijft men afzijdig dan overheerst het aloude gevoel van verlatenheid en uitsluiting. Groepen waarin dit dilemma overheerst verlopen vaak in een gespannen sfeer, waarbij snelle interacties worden afgewisseld door beklemmende stiltes.

Collectieve schijnaanpassing is vaak moeilijker te doorzien. Het type patiënten dat neigt tot *schijnaanpassing* heeft over het algemeen een sterk ontwikkeld vermogen om in te tunen op de behoeften van de ander, in het bijzonder van de therapeut. Men speelt het spel mee, er is een levendige interactie, allerlei belangwekkende zaken komen aan bod, toch houdt men het gevoel dat er niet echt iets gebeurt. De therapeut wordt bekropen door een gevoel van onwerkelijkheid, van overbodig te zijn of buitengesloten te worden. Interventies worden omzeild of zelfs genegeerd. Tegenoverdracht in de vorm van verveling, onmacht, boosheid of een desolaat gevoel geeft belangrijke informatie over de aard van het groepsproces: men voelt zich niet begrepen of verlaten; men is boos op de therapeut of jaloers op elkaar. Sessies waarin schijnaanpassing de overhand heeft, worden vaak gedomineerd door patiënten met kenmerken van de 'as-if'- en de narcistische persoonlijkheid. Duidelijk wordt hoe vertrouwd het is om eigen gevoelens en verlangens uit te schakelen en rusteloos te zorgen voor de ander. Soms onttaardt de groep in een 'mutual admiration society'. Confrontatie leidt vaak tot grote verwarring en angst: 'Je

vindt zeker dat we het niet goed doen'. Cynisch glimlachen ('ik heb jullie wel door') of sarcastisch ongelooft ('jullie willen toch zeker niet zeggen dat je niet weet waarmee je bezig bent') vormen voor de therapeut een grote verleiding, maar hebben als regel een desastreus effect op het groepsproces. Het is van belang niet alleen empathie te voelen voor de onderliggende onmacht, maar deze ook te tonen.

'*Scape-goating*' vindt vaak op een buitengewoon subtiele manier plaats. Het slachtoffer wordt getolereerd maar niet serieus genomen. Kritiek en opmerkingen van de uitgeslotene worden gepareerd met een ooverdovend zwijgen. In de praktijk hebben vooral die patiënten uitstoting te duchten die door hun extreme gedrag angst of jaloezie oproepen. De destructiviteit die vaak achter een etherische presentatie schuilgaat, wordt door iedereen gevoeld maar niet aan de orde gesteld. Het gaat hier met name om patiënten met een zeer ernstig ondergewicht en met zichtbare tekenen van verwonding (automutilatie; dwarslaesie na suïcidepoging). Vaak hebben deze patiënten een borderline-persoonlijkhedenorganisatie. Toch leidt dit proces in onze ervaring lang niet altijd tot vroegtijdig vertrek. Wellicht geeft de positie van uitgeslotene de betrokkene een herkenbaar gevoel en is deze voor haar (en de groep) altijd nog veiliger dan de angst om werkelijk te voelen.

De angst voor verandering is vaak massaal en men kan zich afvragen wat er met deze angst en de daaruit resulterende woede en onlust uiteindelijk gebeurt. Wordt hij misschien toch afgesplitst en uitgegeerd in gedragingen die men voor de therapeut geheim houdt? Wordt hij opgespaard tot na de behandeling? Er is geen antwoord dat passend is voor alle situaties. Voor een deel lost de angst op als gevolg van de 'holding' die de behandeling biedt, het sterkst uiteraard in een (dag)klinische setting. Vooral in deze settings kunnen diepere lagen worden aangeboord en is de groep in staat een flinke hoeveelheid primitieve angst en woede te verdragen. De groep fungeert als 'container', gevoelens worden 'gemetaboliseerd' (overigens een metafoor die deze patiënten aanspreekt!). De angst is niet meer dat grote en zwarte monster waar alles voor wijkt en waar niemand tegen opgewassen lijkt. Anderzijds heeft de veiligheid van de klinische setting ook een prijs. De drempel naar buiten wordt hierdoor hoger; vaak heeft men het gevoel regelrecht de afgrond in te stappen en opnieuw iedere controle te verliezen. Soms zal de negatieve overdracht zich over

het instituut als geheel uitspreiden. De (dag)kliniek is de plaats waar men beter is geworden, maar tegelijk de nachtmerrie die men na ontslag liefst zo gauw mogelijk vergeet. Deze ambivalentie is prognostisch uiteraard minder gunstig: het gevaar bestaat dat de behandeling in toto wordt afgesplitst – hetzij als paradijs, hetzij als plaats waar men afscheid heeft genomen van 'vriendje eetstoornis' aan wie met heimwee wordt teruggedacht en wiens lege plek nog niet is opgevuld.

7. Andere groepen

7.1. Oudergroepen

Het wordt steeds duidelijker hoe belangrijk het is om het thuisfront bij de behandeling te betrekken. Ouders en partners worden vaak geplaagd door schuldgevoelens. Patiënten zijn in de regel erg gevoelig voor deze gevoelens van anderen. Zij neigen ertoe alle schuld op zich te nemen, daarmee hun ouders ontlastend en hun afhankelijkheid bevestigend. Soms lijkt een breuk met de familie de enige manier om zich aan deze negatieve spiraal te ontworstelen.

Om te zorgen dat individuatie niet automatisch leidt tot schuldinductie, wordt in de huidige begeleiding van ouders en partners steeds meer nadruk gelegd op uitleg, voorlichting en op de eetstoornis als ziekte. Dat kan op allerlei manieren. De laatste jaren worden hiervoor ook oudergroepen georganiseerd, zowel in behandelcentra als door de oudervereniging van anorexiapatiënten. In de GGZ hebben deze groepen zowel een psycho-educatief als ondersteunend karakter. Het onvoorstelbare leed van ouders (en partners) die vaak jaren met de patiënt hebben getobd voor zij bereid was zich te laten behandelen, kan in deze groepen worden gedeeld. In reguliere gezinsgesprekken is het zeker in de eerste fase van de behandeling vaak niet mogelijk dit leed in volle omvang boven tafel te krijgen: men houdt zich in omdat de patiënt zich hopeloos schuldig zou gaan voelen of omdat men zich schaamt over de uitgeoefende dwang en/of de eigen kwetsbaarheid.

De psycho-educatie in de oudergroep bevat dezelfde elementen als bij de behandeling van patiënten aan de orde komen. Daarnaast geeft men adviezen over het omgaan met het gedrag van de patiënt aan tafel en met haar wensen met betrekking tot eettijden, bereiding van

maaltijden en het inkopen van voedsel. Men kan kiezen voor open (voornamelijk in de klinische en dagklinische setting) of voor gesloten groepen (poliklinisch). De frequentie wisselt afhankelijk van de setting, de turn-over, de beschikbare formatie en de behoefte van de deelnemers. Bij gesloten groepen zal men in het begin frequenter bijeenkomen, bijvoorbeeld eens per drie à vier weken, later eens in de twee maanden. In onze kliniek heeft voor de psycho-educatie de 'expressed emotions'-benadering model gestaan (vermijden van kritiek, vijandigheid en overbetrokkenheid; Van Furth, 1991). Ook is het mogelijk dat een van de ouders co-therapeut is naast de therapeut (Eliot, 1990). Soms worden niet alleen de ouders, maar ook andere gezins- en familieleden uitgenodigd (Slagerman & Yager, 1989).

De bereidheid om aan deze groepen deel te nemen is in de regel groot. Als men de groepsleden niet alleen wil informeren maar ook ervaringen wil laten delen, moeten er niet meer dan twintig deelnemers zijn.

7.2. Steun- en zelfhulpgroepen

Steun- en zelfhulpgroepen zijn in de eerste plaats bedoeld om het overstelpende aanbod aan patiënten aan te kunnen. Steungroepen kunnen als nazorg worden ingezet na klinische behandeling. Volgens sommigen kunnen zij door ervaren verpleegkundigen worden geleid (Staples & Schwartz, 1990). In dit type groep gaat het vooral om het doorbreken van het sociale isolement en om het opvangen van vaak heftige gevoelens van verlatenheid en wanhoop wanneer men de structuur van de klinische setting moet missen. Deze groepen hebben dus een interpersoonlijke focus. Zelfhulpgroepen genieten een zekere populariteit sinds gebleken is dat een subgroep van boulimische patiënten met hulp van een dergelijke groep symptoomvrij kan worden. Ook deze groepen verlopen gestructureerd. Deelnemers moeten van tevoren een zelfhulphandleiding bestuderen. Deze handleiding bevat onderdelen uit de eerste psycho-educatieve fase van de cognitieve gedragstherapie (Cooper, Coker & Fleming, 1994). In de eerste sessie, die door twee co-therapeuten wordt begeleid, wordt deze handleiding toegelicht. Hierna kan de wekelijks bijeenkomende groep hooguit eens per maand één van de therapeuten uitnodigen om uitleg te geven of een bepaalde impasse te doorbreken (Rathner

et al., 1993). Werkende BN-patiënten, zonder co-morbiditeit, met een redelijk sociaal netwerk en een korte voorgeschiedenis komen voor dit soort groepen in aanmerking.

7.3. Groepen voor chronische patiënten

In de literatuur wordt tot nu toe weinig aandacht besteed aan de begeleiding van chronische AN-patiënten. Op verschillende plaatsen zijn de laatste jaren evenwel 'continue-zorg' groepen juist voor deze categorie patiënten gestart. In deze langlopende groepen wordt het lage gewicht als een gegeven geaccepteerd en is de eetstoornis als zodanig geen focus van behandeling, met uitzondering van de preventie en behandeling van somatische complicaties (Kerr, Lezcz & Kaplan, 1992). Voornaamste doel is het doorbreken van het vaak schrijnende sociale isolement. Vaak gaat het om oudere patiënten (dertig jaar en ouder) die bezig zijn met de verwerking van hun (blijvende) onvruchtbaarheid, werkloosheid en van het wegvallen van (groot)ouderlijke steun. Deze groepen worden gekenmerkt door een eigenaardig spanningsveld waarbij enerzijds de dood voortdurend realiteit is en het anderzijds de hoop op verbetering is die de groep bij elkaar houdt.

8. Tot slot

De groepstherapeutische behandeling van patiënten met eetstoornissen stelt hoge eisen aan de creativiteit en volharding van de therapeut. In dit hoofdstuk is duidelijk geworden dat deze eisen niet te hoog zijn als gekozen wordt voor een probleemgerichte, door adequate diagnostiek geleide en multimodale aanpak. Succesvol komen de verschillende lagen in de psychopathologie aan bod: de symptomen van de eetstoornis, de vertekende denkpatronen en de intrapsychische en interpersoonlijke tekorten en conflicten. Voorwaarde voor dat alles is dat de therapeut contact weet te leggen met het centrale gevoel van onmacht en ineffectiviteit van de patiënt. Als dat lukt is groepspsychotherapie bij deze op andere gebieden vaak zo getalenteerde patiënten geen ontmoedigende activiteit, maar juist een activiteit die stimulerend werkt en de verbeelding prikkelt.

Literatuur

- American Psychiatric Association Practice Guidelines (1993). Practice guideline for eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 150, 207-228.
- American Psychiatric Association Committee on Nomenclature and Statistics (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4e ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- Barth, D., & Wurman, V. (1986). Group therapy with bulimic women: a self-psychological approach. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 735-745.
- Bemporad, J.R., Beresin, E., Ratey, J.J., O'Driscoll, G., Lindem, K., & Herzog, D.B. (1992a). A psychoanalytic study of eating disorders: I. A developmental profile of 67 cases. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 20 (4), 509-531.
- Bemporad, J.R., Beresin, G.E., Ratey, J.J., O'Driscoll, G., Lindem, K., & Herzog, D.B. (1992b). A psychoanalytic study of eating disorders: II. Intergroup and intragroup comparisons. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 20 (4), 533-41.
- Boris, H.N. (1984). On the treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Psychoanalysis*, 65, 435-442.
- Bossert, S., Schnabel, E., Krieg, J.-C., Molitor, P., Kemper, J., & Berger, M. (1987). Integratives stationär-ambulantes Therapiekonzept bei Patienten mit Anorexia nervosa: ein revidierter Therapieansatz. *Psychotherapie und medizinische Psychologie*, 37, 331-336.
- Bossert, S., Schnabel, E., Krieg, J.-C., & Berger, M. (1988). Modifications and problems of behavioural inpatient management of anorexia nervosa: a 'patient-suited' approach? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 105-110.
- Bruch, H. (1974). *Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. London and Henley: Routledge & Kegan Paul.
- Bruch, H. (1981). Psychotherapy in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 1 (4), 3-14.
- Ciliska, D. (1990). *Beyond dieting. Psychoeducational interventions for chronically obese women: a non-dieting approach*. New York: Brunner/Mazel.
- Coker, S., Vize, C., Wade, T., & Cooper, P.J. (1993). Patients with bulimia nervosa who fail to engage in cognitive behavior therapy. *International Journal of Eating Disorders*, 13 (1), 35-40.
- Cooper, P.J., Coker, S., & Fleming, C. (1994). Self-help for bulimia nervosa: a preliminary report. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 401-404.
- Crosby, R.D., Mitchell, J.E., Raymond, N., Specker, S., Nugent, S.M., & Pyle, R.L. (1993). Survival analysis of response to group psychotherapy in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 13 (4), 359-368.
- Davis, R., & Olmstedt, M.P. (1992). Cognitive-behavioral group treatment for bulimia nervosa: integrating psychoeducation and psychotherapy. In H. Harper-Giuffre & K. Roy MacKenzie (Eds.), *Group psychotherapy for eating disorders*. Washington: American Psychiatric Press, 71-103.
- Duncan, J., & Kennedy, S.H. (1992). Inpatient treatment. In H. Harper-Giuffre & K. Roy MacKenzie (Eds.), *Group psychotherapy for eating disorders*. Washington: American Psychiatric Press, 149-160.

- Eliot, A. O. (1990). Group coleadership: a new role for parents of adolescents with anorexia and bulimia nervosa. *International Journal of Group Psychotherapy*, 40, 339-351.
- Engel, K. (1989). Kriterien für die Beendigung stationärer Psychotherapie bei Anorexia-nervosa-Patienten. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 37 (4), 422-428.
- Engel, K., & Willfarth, B. (1988). Therapy results and follow-up of an integrated inpatient treatment for severe cases of anorexia nervosa. *Psychotherapie und Psychosomatik*, 50, 5-14.
- Engel, K., & Meyer, E.-E. (1991). Therapie schwer erkrankter Anorexie-Patienten. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, 37, 220-248.
- Fahy, T.A., & Russell, G.F.M. (1993). Outcome and prognostic variables in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 14 (2), 135-145.
- Fairburn, C.G., Kirk, J., O'Connor, M., & Cooper, P.J. (1986). A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa. *Behavior Research and Therapy*, 24, 629-643.
- Fairburn, C.G., & Cooper, P.J. (1989). Eating disorders. In K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk & D.M. Clark, *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide*. Oxford/NY/Tokyo: Oxford University Press, 277-314.
- Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R.C., Hope, R.A., & O'Connor, M. (1993). Psychotherapy and bulimia. Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry*, 50, 419-428.
- Fairburn, C.G., Norman, P.A., Welch, S.L., O'Connor, M.E., Doll, H.A., & Peveler R.C. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52, 304-312.
- Fettes, P.A., & Peters, J.M. (1992). A meta-analysis of group treatments for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 97-110.
- Furth, E.F. van (1991). *Parental expressed emotion and the course of eating disorders*. Dissertation RU: Utrecht.
- Garner, D.M., Garfinkel, P.E., & Bemis, K.M. (1981). A multidimensional psychotherapy for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 3-46.
- Garner, D.M., & Garfinkel, P.E. (1985). *Handbook of psychotherapy of anorexia nervosa and bulimia*. New York: The Guilford Press.
- Garner, D.M., Rockert, W., Davis, R., Garner, M.V., Olmstedt, M.P., & Eagle, M. (1993). Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 150 (1), 37-46.
- Gerlinghoff, M., & Ploog, D. (1987). Anorexia nervosa und Bulimie - Ein mehrdimensionale stationäre Psychotherapie. *Psychotherapie und medizinische Psychologie*, 37, 312-316.
- Gerlinghoff, M., Mai, N., & Backmund, H. (1988). Erfahrungsgeleitete Entwicklung von Therapiekonzepten bei Anorexia Nervosa. *Nervenartz*, 59, 714-720.
- Harper-Giuffre, H., & MacKenzie, K.R. (Eds.) (1992). *Group psychotherapy for eating disorders*. Washington: American Psychiatric Press.

- Harper-Giuffre, H., MacKenzie, K.R., & Sivitilli, D. (1992). Interpersonal group psychotherapy. In H. Harper-Giuffre & MacKenzie, K.R. (Eds.), *Group psychotherapy for eating disorders*. Washington: American Psychiatric Press, 105-145.
- Hartmann, A., Herzog, D., & Drinkmann, A. (1992). Psychotherapy of bulimia nervosa: what is effective? A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 36 (2), 159-167.
- Hendren, R.L., Atkins, D.M., Sumner, C.R., Barber, J.K. (1987). Model for the group treatment of eating disorders. *International Journal of Group Psychotherapy*, 37, 589-602.
- Hersen, M., & Detre, T. (1994). The behavioral psychotherapy of anorexia nervosa. In T.B. Karasu & L. Bellak (Eds.), *Specialized techniques for specific clinical problems in psychotherapy*. Northvale/London: Jason Aronson, 295-304.
- Herzog, D.B., Hamburg, P., & Brotman, A.W. (1987). Commentary. Psychotherapy and eating disorders: an affirmative view. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 545-550.
- Hoek, H.W., & Modderaar, J. (1994). Groepstherapeutische interventies bij bulimia nervosa. *Groepspsychotherapie*, 28 (1), 1-7.
- Horne, M., & Gallen, M. (1987). Anorexia Nervosa: an object relations approach to primary treatment. *British Journal of Psychiatry*, 151, 192-194.
- Humphrey, L.L. (1991). Object relations and the family system: an integrative approach to understanding and treating eating disorders. In C.L. Johnson (Ed.), *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York/London: The Guilford Press, 321-353.
- Inbody, D.R., & Ellis, J.J. (1985). Group therapy with anorectic and bulimic patients: implications for therapeutic intervention. *American Journal of Psychotherapy*, 39, 411-420.
- Jacobse, A. (1994). Dramatherapie in een groep anorexia en bulimia nervosa patiënten. *Groepspsychotherapie*, 28 (1), 8-15.
- Johnson, C.L. (Ed.) (1991). *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York/London: The Guilford Press.
- Johnson, C.L. (1991). Treatment of eating-disordered patients with borderline and false self/narcissistic disorders. In C.L. Johnson (Ed.), *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York/London: The Guilford Press, 165-193.
- Jong, A.J. de (1982). Eet- en gewichtstoornissen in een psychotherapeutische gemeenschap. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 24, 497-505.
- Kennedy, S.H., McVey, G., & Katz, R. (1990). Personality disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of psychiatric Research*, 24, 259-269.
- Kerr, A., Lezcz, M., & Kaplan, A.S. (1992). Continuing care groups for chronic anorexia nervosa. In H. Harper-Giuffre & MacKenzie, K. R. (Eds.), *Group psychotherapy for eating disorders*. Washington: American Psychiatric Press, 259-272.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J., & Chevron, E.S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. Northvale/London: Jason Aronson.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Kreipe, R.E., & Kidder, F. (1986). Comparison of two hospital treatment programs for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 5 (4), 649-657.

- Lacey, J.H. (1983). An outpatient treatment program for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 209-214.
- Lafeber, C., Lansen, J., & Jongerius, P.J. (1967). *A group therapy with anorexia nervosa patients*. Paper aangeboden op de vijfde Conference of Psychotherapy, Wiesbaden.
- Lansen, J. (1986). Group therapy with anorexia nervosa patients. *International Journal of Group Psychotherapy*, 36, 321-322.
- Lerner, H.D. (1991). Masochism in subclinical eating disorders. In C.L. Johnson (Ed.), *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York/London: The Guilford Press, 109-127.
- Levine, B. (1982). *Groepspsychotherapie. Praktijk en ontwikkeling*. (Ned. vert. van Group psychotherapy. Practice and development. Prentice Hall, 1979). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Loo, K.J.M. van de (1975). Anorexia nervosa: belichaamde levensonmacht. *Gedrag*, 3, 135-151.
- Mitchell, J.E., Pyle, R.L., Hatsukami, D., Goff, G., Glotter, D., & Harper, J. (1988). A 2-5 year follow-up study of patients treated for bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 8 (2), 157-165.
- Mitchell, J.E., Raymond, N., & Specker, S. (1993). A review of the controlled trials of pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 14 (3), 229-247.
- Moreno, J.K. (1994). Group treatment for eating disorders. In A. Fuhriman & G.M. Burlingame (Eds.), *Handbook of Group Psychotherapy. An empirical and clinical synthesis*. New York/Chichester: John Wiley & Sons, 416-457.
- Norrís, J., & Vandereycken, W. (1993). *Ambulante behandeling van eetstoornissen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Oosterheld, J.R., McKenna, M.S., & Gould, N.B. (1987). Group psychotherapy of bulimia: a critical review. *International Journal of Group Psychotherapy*, 37 (2), 163-184.
- Outsem, R.E. (1991). Anorexia nervosa in vier soorten. De praktijk van een differentieële benadering. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, 394-406.
- Rastam, M., Gillberg, I., & Gillberg, C. (1995). Anorexia nervosa 6 years after onset: Part II. *Comorbid psychiatric problems*. *Comprehensive Psychiatry*, 36 (1), 70-76.
- Rathner, G., Bönsch, C., Maurer, G., Walter, M.H., & Söllner, W. (1993). The impact of a 'guided self-help group' on bulimic women: a prospective 15 month study of attenders and non-attenders. *Journal of Psychosomatic Research*, 37 (4), 389-396.
- Richard, B. (1991). Thérapies de groupe de l'anorexie mentale (à propos d'une revue de la littérature). *Psychiatrie de l'enfant*, 34, 285-302.
- Riess, H. (1992). Group therapy for eating disorders. In J. Scott Rutan (Ed.), *Psychotherapy for the 1990s*. New York/London: The Guilford Press, 287-301.
- Rosenvinge, J.H. (1990). Group therapy for anorexia and bulimic patients. Some aspects on the conduction of group therapy and a critical review of some recent studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl.* 361, 82, 38-43.
- Roth, D.M. & Ross, D.R. (1988). Long-term cognitive-interpersonal group therapy for eating disorders. *International Journal of Group Psychotherapy*, 38 (4), 491-510.

- Roy-Byrne, P., Lee-Benner, K., & Yager, J. (1984). Group therapy for bulimia. A year's experience. *International Journal of Eating Disorders*, 3 (2), 97-116.
- Shisslak, C.M., Crago, M., Schnaps, L., & Swain, B. (1986). Interactional group therapy for anorectic and bulimic women. *Psychotherapy*, 23 (4), 598-606
- Slagerman, M., & Yager, J. (1989). Multiple family group treatment for eating disorders: a short term program. *Psychiatric Medicine*, 7 (4), 269-283
- Staples, N.R., & Schwartz, M. (1990). Anorexia nervosa support group: providing transitional support. *Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 28 (2), 6-10.
- Steinhausen, H.-Ch., Rauss-Mason, R., & Seidel, R. (1991). Follow-up studies of anorexia: a review of four decades of outcome research. *Psychological Medicine*, 21, 447-454.
- Stern, S. (1986). The dynamics of clinical management in the treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa: an organizing theory. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 233-254.
- Stern, S. (1991). Managing opposing currents: an interpersonal psychoanalytic technique for the treatment of eating disorders. In C.L. Johnson (Ed.), *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York/London: The Guilford Press, 86-105.
- Swift, W.J., & Stern, S. (1983). The psychodynamic diversity of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2 (1), 17-35.
- Thackwray, D.E., Smith, M.C., Bodfish, J.W., & Meyers, A.W. (1993). A comparison of behavioral and cognitive-behavioral interventions for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 639-645.
- Tobin, D.L., & Johnson, C.L. (1991). The integration of psychodynamic and behavior therapy in the treatment of eating disorders: clinical issues versus theoretical mystique. In C.L. Johnson (Ed.), *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York/London: The Guilford Press, 374-397.
- Vandereycken, W. (1985). Inpatient treatment of anorexia nervosa: some research-guided changes. *Journal of psychiatric Research*, 19, 413-422.
- Vandereycken, W., & Meermann, R. (1984). *Anorexia nervosa. A clinician's guide to treatment*. Berlin/New York: Walter de Gruyter.
- Vanderlinden, J., van Werde, D., & Vandereycken, W. (1985). Directieve groepstherapie bij patiënten met anorexia en bulimia nervosa. *Directieve therapie*, 5 (1), 4-26.
- Vanderlinden, J., & Vandereycken, W. (1989). Directieve groepstherapie bij patiënten met anorexia en bulimia nervosa. In K. van der Velden (red.), *Directieve Therapie. Deel 3*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 278-301.
- Vanderlinden, J., Norré, J., & Vandereycken, W. (1989). *De behandeling van boulimie; een gids voor de therapeutische praktijk*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Wilfley, D.E., Agras, W.S., Telch, C.F., Rossiter, E.M., Schneider, J.A., Cole, A.G., Sifford, L., & Raeburn, S.D. (1993). Group-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic individual: a controlled comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 296-305.
- Wilson, G.T., Eldredge, K.L. Smith, D., & Niles, B. (1991). Cognitive-behavioral treatment with and without response prevention for bulimia. *Behavior Research and Therapy*, 29, 575-583.

- Yalom, I.D. (1975). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yalom, I.D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yellowlees, P. (1988). Group psychotherapy in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 649-655.
- Zerbe, K.J. (1992). Eating disorders in the 1990s: Clinical challenges and treatment implications. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 56, 167-187.