

Groepstherapie bij bulimia nervosa

door W. Hoek

Samenvatting

Groepstherapie blijkt, zowel in de praktijk als uit nog schaars wetenschappelijk onderzoek, goede resultaten te geven bij de behandeling van bulimia nervosa. Na een inleiding over de diagnostiek, het klinisch beeld en de epidemiologie bij bulimia nervosa wordt een casus beschreven. Daarna volgt een literatuurbespreking over groepstherapie bij bulimia nervosa. Ten slotte worden kort de achtergronden en de werkwijze van het wekelijkse poliklinische programma in het Academisch Ziekenhuis Utrecht, bestaande uit een dagboekbespreking, dramatherapie en groepspsychotherapie, toegelicht.

Inleiding

Bulimia nervosa werd ruim tien jaar geleden voor het eerst beschreven als een onheilspellende variant van anorexia nervosa (Russell 1979). In 1980 werd het als aparte ziekte-entiteit opgenomen in de DSM-III. De DSM-III-R-criteria (APA 1987) worden momenteel algemeen gebruikt, maar zullen binnenkort vervangen worden door die van de DSM-IV. Volgens de DSM-III-R-criteria is het mogelijk dat iemand zowel anorexia nervosa als bulimia nervosa heeft. In de DSM-IV (1994) komt een onderscheid in anorexia nervosa, bulimisch type of niet-bulimisch type. Bulimia nervosa is in de DSM-IV een aparte categorie, die anorexia nervosa uitsluit.

Klinisch beeld

Bij bulimia nervosa staan terugkerende periodes van 'vreetaanvallen' centraal. Een vreetaanval is het in kort tijdsbestek verorberen van grote hoeveelheden, meestal zeer calorierijk, voedsel. Tijdens zo'n vreetaanval heeft de patiënte het gevoel niet te kunnen stoppen met eten. Deze vreetbuien gebeuren meestal in het geheim en vormen een bron van schaamte voor de betrokkene. Bulimia nervosa-patiënten zijn net als

anorexia nervosa-patiënten geobsedeerd door lichaamsvorm en gewicht. Bulimia nervosa behelst dus meer dan alleen vreetbuien. Omdat bulimia nervosa-patiënten bang zijn te dik te worden, proberen ze toename in gewicht te voorkomen door met name zelf opgewekt braken of het gebruik van laxeremiddelen; daarnaast worden vaak strenge diëten gevolgd of energieke lichaams oefeningen gedaan. Soms worden diuretica gebruikt. Bulimia nervosa-patiënten kunnen een ondergewicht of een overgewicht hebben. Meestal hebben zij echter een normaal gewicht, waardoor het ziektebeeld moeilijk aan het uiterlijk herkenbaar is.

Niet alleen bij anorexia nervosa maar ook bij bulimia nervosa kunnen ernstige lichamelijke problemen optreden (Hoek en Maiwald 1991). Het is belangrijk dat er voorafgaand aan en zondig ook tijdens een (psychotherapeutische) behandeling een grondig lichamenlijk en laboratoriumonderzoek plaatsvindt.

Bij ongeveer de helft van de bulimia nervosa-patiënten treden menstruatiestoornissen op. Door laxantia- en diureticamisbruik en het regelmatig braken kunnen ernstige elektrolytstoornissen ontstaan, met name hypokaliëmie. Hypokaliëmie kan leiden tot hart- en nierfunctiestoornissen. Frequent braken leidt dikwijls tot keelpijn, chronische heesheid en zuurbranden. Daarnaast vindt men soms gezwollen speekselklieren (met name de oorspeekselklier), zweertjes of eeltvorming op de handrug en erosie van het gebit.

Voorlichting over de lichamenlijke gevolgen speelt ook in een psychotherapeutische behandeling van bulimia nervosa een belangrijke rol en draagt bij aan de motivatie tot verandering.

Epidemiologie

Bulimia nervosa komt veel meer voor bij vrouwen dan bij mannen, met name in de leeftijdsgroep 15-30 jaar. De meeste onderzoekers melden dat 5% van de onderzochte patiënten man is (Hoek 1993a). Onderzoek naar het voorkomen in de bevolking wordt bemoeilijkt, omdat eetproblemen door de patiënten zelf meestal ontkend worden en de vreetbuien en het braken vaak jarenlang heimelijk plaatsvinden voor er met iemand over gepraat wordt.

Met behulp van vragenlijsten is gepoogd een indruk te krijgen van de prevalentie van eetstoornissen. Bulimische symptomen blijken onder vrouwelijke studenten veel voor te komen (de onderzoeksresultaten variëren van 3 tot 19%). De prevalentie van bulimia nervosa volgens strikte diagnostische criteria wordt geschat op ten minste 1% onder jonge vrouwen (Fairburn en Beglin 1990). In de laatste decennia vindt er in de gezondheidszorg een enorme toename plaats van het aantal patiënten met eetstoornissen, ook in Nederland (Gezondheidsraad 1989; Hoek e.a. 1984, 1985, 1991). De Gezondheidsraad concludeert in zijn advies 'Anorexia Nervosa en Bulimia' (1989) dat er in Nederland wegens on-

voldoende behandelingsmogelijkheden lange wachttijden bestaan.

Het is de vraag of de toename van deze geregistreerde incidentie – het aantal nieuwe gevallen in de gezondheidszorg – ook een toename van de incidentie in de bevolking weerspiegelt. Hoewel hierover lange tijd twijfel bestaat (Van 't Hof 1990), lijkt in ieder geval de toename van anorexia nervosa in de leeftijdsgroep 15–24 jaar aangetoond (Lucas e.a. 1991).

Aetiologie

Over de aetiologie van eetstoornissen zijn vele theorieën ontwikkeld (Gezondheidsraad 1989; zie ook de handboeken, bij voorbeeld Vandereycken en Meerman 1984 en Vanderlinden e.a. 1989). Algemeen wordt aangenomen dat zowel biologische als psychologische en sociale factoren een rol spelen bij het ontstaan en beloop van eetstoornissen.

Uit tweelingstudies blijkt dat een genetisch bepaalde kwetsbaarheid bij eetstoornissen van belang zou kunnen zijn. De rol van eventuele biologische factoren in de aetiologie van eetstoornissen is echter allerminst duidelijk. Er wordt veel onderzoek verricht naar de rol van serotonine bij eetstoornissen. De serotonine-heropnameremmer Fluoxetine is onlangs als eerste geneesmiddel voor bulimia nervosa geregistreerd. Hoewel de behandeling met Fluoxetine – met name bij een hoge dosis (60 mg per dag) – veel betere resultaten geeft dan een placebobehandeling (Levine e.a. 1992), wordt aan een psychotherapeutische behandeling in het algemeen de voorkeur gegeven.

De reden waarom een bepaald individu bulimia nervosa heeft, lijkt vooral door psychologische factoren te worden bepaald. Etiologisch is er geen bepaalde stoornis in de persoonlijkheid (sontwikkeling) aan te wijzen die voor de meeste bulimia nervosa-patiënten zou gelden. Onderzoek toont een mogelijke causale relatie tussen incest en bulimia nervosa; de correlatie van 25% is echter niet hoger dan de correlatie tussen incest en andere psychiatrische stoornissen (Fairburn en Welch 1993; Hoek 1993b). Veel bulimia nervosa-patiënten komen terecht in dezelfde vicieuze cirkel. Wanneer zij zich kwaad of verdrietig voelen of zich anderszins onwel bevinden, dan wordt dit tijdelijk 'opgelost' in een vreetbui gevolgd door zelf opgewekt braken. Hierna voelen zij zich schuldig en dit 'rot voelen' leidt dan tot een nieuwe vreetbui, enzovoort.

Van de sociale factoren lijken het heersende slankheidsideaal, de veranderde opvattingen over de rol van de vrouw en de nadruk op lichaamsbeweging en gezonde voeding een grote rol te spelen (Vandereycken en Hoek 1992). Vooral meisjes en vrouwen in westerse landen staan de laatste decennia in toenemende mate onder druk om te beantwoorden aan een niet realistisch slankheidsideaal. In niet westerse landen komen anorexia en bulimia nervosa nauwelijks voor.

Een casus

De 22-jarige Sylvia lijdt sinds vijf jaar aan bulimia nervosa. Zij heeft dagelijks één of meer vreetbuien, waarna zij het eten uitbraakt door haar vinger in haar keel te steken. Voor haar vreetbuien slaat zij grote hoeveelheden voedsel in, waarvoor zij vele winkels, verspreid in de stad, bezoekt.

Na de intake en enkele individuele vervolggesprekken wordt Sylvia verwezen naar de wekelijkse poliklinische psychotherapiegroep voor bulimia nervosa. Zij geeft aan dat zij zich enorm schaamt voor haar eetgedrag en dat zij het ook in deze gelijkgestemde groep moeilijk vindt om open te zijn. Zij vergeet vaak haar dagboek – een belangrijk onderdeel van de behandeling – of heeft vele redenen waarom zij deze keer haar dagboek niet heeft ingevuld.

Op een dag belt de politie naar onze polikliniek met de mededeling dat Sylvia naar het politiebureau is gebracht in verband met haar zoveelste winkeldiefstal van voedsel. Haar winkeldiefstallen zijn noodzakelijk, omdat zij van haar inkomen haar vreetbuien niet kan bekostigen en al diep in de schulden zit. Zij heeft de politie verteld dat zij hiervoor behandeld wordt. Op haar initiatief belt de politie ons.

In de eerstvolgende groepszitting begint een van de therapeuten met de opmerking dat er telefonisch contact is geweest en vraagt Sylvia of zij er iets over wil vertellen. Sylvia zegt dat zij dat nu niet kan en wil het naar volgende week uitstellen. Na aandringen van haar groepsleden zegt zij dat zij zich te veel schaamt om het te vertellen. Joke is een groepslid dat niet meer braakt en zelden nog een vreetbui heeft en vaak voor de anderen als voorbeeld geldt dat een leven zonder bulimia nervosa mogelijk is. Joke zegt dat zij al veel stomme dingen in haar leven gedaan heeft, zoals een zelfmoordpoging, stelen en zoveel drinken dat zij in coma raakte. Hierna vertelt Sylvia haar verhaal. Een volgend groepslid vertelt dat zij ook weleens voedsel steelt en met de politie in aanraking is geweest en weer een ander bekent dat zij grote schulden heeft.

In de periode na deze zitting schrijft Sylvia open en trouw in haar dagboek en verminderen geleidelijk aan haar vreetbuien. Zij is ook vaak degene die anderen – weliswaar voorzichtig – durft te confronteren, wanneer de andere groepsleden meegaan met de weerstand. Als zij in een periode van terugval opnieuw betrapt wordt op winkeldiefstal, vertelt zij het zelf aan de groep. Hier koppelt zij het vaste voornemen aan om nu helemaal te stoppen met haar vreetbuien. Hoewel dit voornemen in de absolute zin niet lukt, heeft zij daarna nog zelden een vreetbui.

Groepstherapie

Voor de behandeling van bulimia nervosa wordt vaak gebruik gemaakt van technieken uit de cognitieve gedragstherapie, met name onder in-

vloed van het werk van Fairburn (1985). De laatste jaren wordt er in toenemende mate gepleit voor groepspsychotherapie – al of niet gecombineerd met cognitief-gedragstherapeutische technieken – als behandeling voor bulimia nervosa (Roy-Byrne e.a. 1984; Oesterheld e.a. 1987; Roth en Ross 1988; Johnson Laube 1990).

Recent wetenschappelijk onderzoek geeft aan dat een vorm van groepstherapie effectief is bij de behandeling van bulimia nervosa (Mitchell e.a. 1990; Pyle e.a. 1990; Olmsted e.a. 1991; Wolf en Crowther 1992; Fettes en Peters 1992; Davis e.a. 1992).

In de genoemde literatuur over groepstherapie gaat het over de behandeling in homogene groepen, dat wil zeggen bestaande uit alleen bulimia nervosa-patiënten. Bulimia nervosa-groepen zijn niet alleen homogeen wat betreft problematiek, maar meestal ook wat betreft geslacht en leeftijd, omdat bulimia nervosa overwegend bij jonge vrouwen voorkomt. Nicolai (1985) noemt de volgende voordelen van homogene groepen:

- groepsidentificatie en inzicht vinden sneller plaats;
- de psychodynamiek wordt sneller blootgelegd;
- de symptomatologie verdwijnt sneller.

Als nadelen noemt zij:

- Door de afwezigheid van bepaalde interactiefactoren blijft het niveau van de therapie oppervlakkig en daardoor ook de karakterstructuur van de patiënten betrekkelijk onaangepast.
- De gelegenheid tot 'reality testing' is minder door de afwezigheid van interactie met heterogene persoonlijkheden. De ontwikkeling van meerdere en veranderende overdrachten komt niet of nauwelijks op gang.

De beschreven casus illustreert één van de belangrijkste voordelen van behandeling in homogene groepen bij bulimia nervosa, namelijk het verminderen van de schaamte en de geheimhouding door het delen met lotgenoten. Bulimia nervosa-patiënten schamen zich enorm voor hun eetgedrag en slagen er vaak in dit vele jaren geheim te houden, zelfs voor hun naaste familieleden of hun partner. Openheid over het eetprobleem is de eerste en voor velen de belangrijkste stap voor verandering. Bulimia nervosa-patiënten voelen zich vaak zeer geïsoleerd door hun symptomen en alleen al praten in een groep met lotgenoten – zonder dat er nog sprake is van psychotherapie – geeft vaak reductie van het aantal vreetbuien (Lacey 1983, 1985).

In de literatuur over groepstherapie bij bulimia nervosa gaat men uit van de voordelen van homogene groepen, maar de effectiviteit vergeleken met die van heterogene groepen is niet onderzocht.

Vanuit de cognitieve gedragstherapie wordt groepstherapie in homogene groepen voor bulimia nervosa aanbevolen, omdat deze een goede structuur biedt voor psycho-educatie en taakgericht leren (Garner e.a. 1985; Roth en Ross 1988; Wolchik e.a. 1986; Gray en Hoage 1990). In

een cognitief-gedragstherapeutische groep kunnen taken geoefend worden en kan informatie gegeven worden over voeding, de gevaren van vasten en verslavingsgedrag, fysiologische processen, registratiemethoden, sociale relaties en alternatieven voor het huidige gedrag. Een groep lotgenoten ondersteunt en versterkt de gegeven informatie en taken.

De groepspsychotherapie van de bulimia nervosa-groep in het AZU vertoont overeenkomsten met de groepen van Roth en Ross (1988). Roth en Ross beschrijven een combinatie van dynamische en cognitieve (groeps)processen. Zij stellen dat veel patiënten met eetstoornissen de volgende overtuigingen hebben, namelijk:

1. mager zijn biedt eigenwaarde;
2. ik kan een streng dieet houden zonder mijn gezondheid te kort te doen;
3. ik ben vet en lelijk;
4. ik kan geen controle over mijn leven uitoefenen;
5. ik ben totaal waardeloos en ongeschikt voor alles.

Deze overtuigingen dragen ertoe bij dat relaties met anderen teleurstellen. Dit houdt de gedachten en gevoelens over zichzelf vervolgens in stand. Bovendien zijn deze patiënten geneigd om anderen één of meer van de volgende eigenschappen toe te schrijven:

1. mensen zijn niet te vertrouwen;
2. mensen willen mijn leven controleren;
3. mensen verwachten dat ik perfect ben;
4. mensen vinden mij en wat ik vertel niet interessant;
5. ik moet altijd andere mensen een plezier doen.

Vanuit deze ideeën over anderen worden interacties vaak verkeerd waargenomen en verkeerd begrepen, en leiden dientengevolge tot onbevredigende sociale relaties. Met name een (langdurige) groepspsychotherapie biedt een omgeving waarin deze overtuiging besproken, ervaren én gecorrigeerd kan worden.

Ook psychodynamisch georiënteerde therapeuten bevelen groeps therapie voor bulimia nervosa-patiënten aan vanwege hun problemen in de relaties met anderen. Ook zij stellen dat de groep de leden in staat stelt deze opnieuw te ervaren en te onderzoeken (Roy-Byrne e.a. 1984). Wooley en Wooley (1985) beschrijven dat psychotherapie in homogene groepen voor bulimia nervosa de leden dwingt eerlijk met elkaar om te gaan en verbanden te leggen tussen de ervaringen binnen de groep en relaties buiten de groep.

Hoewel in alle beschreven vormen van groepstherapie gelet wordt op zowel gedragsmatige als dynamische aspecten van bulimia nervosa, zijn er duidelijke verschillen in het focus van de behandeling. Een belangrijk onderscheid tussen de verschillende vormen van groepstherapie is welk behandelingsdoel wordt nagestreefd, alleen symptoombestrijding of ook vergroting van het zelfinzicht. Sommige groepstherapeuten stellen

vermindering van de kernsymptomen, zoals vreetbuien en braken, centraal. Andere groepstherapeuten geven expliciet aan dat in de groepstherapie meer dan symptoombestrijding wordt nagestreefd en richten het focus vooral op interpersoonlijk leren, het verminderen van het isolement en het bevorderen van zelfinzicht. De door diverse groepstherapeuten gebruikte technieken weerspiegelen hun verschillende theoretische achtergrond en leiden tot verschillen in de mate van structuur van de groep en de nadruk op het eetprobleem. Er bestaat echter consensus over de noodzaak van een actieve rol door zowel groepstherapeuten als groepsleden. Groepstherapeuten hebben vaak de rol van gids of leraar, bieden externe controle, geven feitelijke informatie en helpen bij de realiteitstoetsing. De groepsleden dienen hun eigen gedrag wat betreft voedsel en hun relaties met anderen te observeren, hun gevoelens te beschrijven en het verband tussen hun gevoelens en hun gedrag aan te geven. Met behulp van andere groepsleden kunnen zij realistische doelen stellen voor verandering.

Samenvattend kan men stellen dat er meer overeenkomsten dan verschillen zijn tussen de verschillende groepstherapeutische benaderingswijzen bij bulimia nervosa. Afgezien van de kortdurende educatieve programma's combineren veel groepstherapeutische programma's cognitieve gedragstherapie en psycho-educatie met meer psychodynamische elementen. De resultaten van onderzoek naar het effect van groepstherapie voor de behandeling van bulimia nervosa zijn moeilijk met elkaar te vergelijken, omdat er verschillende meetmethoden en criteria worden gebruikt. Op korte termijn lijken deze indrukwekkend, maar het ontbreekt nog aan follow-up-gegevens.

Het groepstherapeutisch programma in het AZU

De afdeling psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Utrecht heeft een gespecialiseerd centrum voor patiënten met anorexia nervosa of bulimia nervosa met klinische, dagklinische en poliklinische groepstherapeutische programma's. In dit artikel wordt het wekelijks poliklinisch programma voor mensen met bulimia nervosa beschreven. De drie onderdelen van dit programma maken echter ook deel uit van de dagklinische (5 dagen) en klinische programma's.

Wij kozen voor een homogene groep van maximaal acht personen op grond van onze ervaringen met individuele behandelingen en behandeling van patiënten met bulimia nervosa in heterogeen samengestelde groepen. De behandelingsresultaten van bulimia nervosa-patiënten in poliklinische heterogene groepen wezen wel op een – moeilijk meetbare – toename van inzicht en psychologische groei, maar toonden geen of weinig veranderingen in het eetgedrag.

Het merendeel van de naar het AZU verwezen bulimia nervosa-patiënten heeft reeds een (mislukte) behandeling elders achter de rug. Alle

patiënten met eetstoornissen nemen eerst deel aan een speciale intakeprocedure, die naast de gebruikelijke psychiatrische diagnostiek bestaat uit een diëtistisch onderzoek, een lichamenlijk en laboratoriumonderzoek, een psychologisch onderzoek en een gezinsdiagnostisch gesprek. Suïcidedreiging, somatische complicaties of te ernstige persoonlijkheidsproblematiek kunnen een indicatie vormen voor behandeling op de in eetstoornissen gespecialiseerde klinische of dagklinische afdelingen. Hoewel de meeste patiënten zelf de voorkeur geven aan het poliklinische programma, kiezen sommigen zelf voor het veel intensievere en daardoor meestal korter durende vijfdaagse dagklinische programma. Ook het intake-team geeft dat advies soms, bij voorbeeld wanneer patiënten reeds langere tijd in de ziektewet zitten. Als kozen wordt voor poliklinische behandeling, vindt voorafgaand meestal nog een aantal individuele gesprekken plaats gericht op de motivatie voor behandeling en soms ter overbrugging van de wachttijd voor de groep.

Het programma bestaat uit drie onderdelen gedurende in totaal viereneenhalf uur en lijkt daarmee meer op een eendaagse dagklinische behandeling dan op een gebruikelijke poliklinische groepstherapie. Het eerste gedeelte bestaat uit een dagboekbespreking, dan volgt dramatherapie en ten slotte een groepspsychotherapie-zitting. Daarnaast heeft ieder groepslid enkele gesprekken met een diëtiste over haar eetpatroon en eventueel haar gewicht. Op indicatie vindt er een vervolg lichamenlijk en laboratoriumonderzoek plaats. In uitzonderingsgevallen kan iemand een individueel gesprek aanvragen.

De minimale behandelduur is gesteld op een half jaar en gestreefd wordt naar een succesvolle beëindiging binnen een jaar, waarna soms nog een individuele psychotherapie volgt. Iedere drie maanden vindt er een evaluatie plaats. Aan de hand van evaluatieformulieren geven de patiënten aan wat in de afgelopen periode bereikt is en wat hun doelstellingen voor de komende periode zijn. Soms volgt na een evaluatie het advies tot een intensievere (dagklinische of klinische) behandeling (zie ook Norré en Vandereycken 1991). De afgelopen twee jaar bleek 25% van de patiënten een intensievere behandeling nodig te hebben.

De keuze voor een uit meer onderdelen samengesteld programma is vooral gemaakt op grond van de specifieke problematiek. Wegens de combinatie van abnormaal eetgedrag, een gestoord lichaamsbeeld en gestoorde cognities en gevoelens is de patiënt ons inziens gebaat bij een veelzijdige, multidisciplinaire aanpak. Hiervoor is de combinatie van een gestructureerd onderdeel (dagboek) met non-verbale en verbale psychotherapie zeer geschikt.

Het eerste onderdeel is de dagboekzitting. Dit is een groepszitting samen met een sociotherapeut. Het dagboek speelt een centrale rol bij het normaliseren en stabiliseren van het eetgedrag (zie Vanderlinden e.a. 1989; Vanderlinden en Vandereycken 1989). In het dagboek wordt op de linker bladzij het eetpatroon genoteerd, evenals de frequentie van het

braken en laxeren, en op de rechter bladzijde de bijbehorende gedachten en gevoelens. Wat betreft het bespreken van de dagboeken zijn verschillende methoden geprobeerd. Aanvankelijk werden de dagboeken door de patiënten voor de therapie opgestuurd en kort besproken in de groepspsychotherapie. Dit gestructureerde gedeelte ging echter ten koste van de groepsdynamische processen in de groepspsychotherapie. In een volgende fase vond een ook als zodanig aangekondigd experiment plaats met een dagboekzitting zonder therapeuten, waarbij de deelnemers paarsgewijs of in drietallen elkaars dagboek lezen en dit bespreken. In deze dagboekbespreking zonder therapeuten bleken de dagboeken steeds minder geschreven en besproken te worden. Mede op grond van de ervaringen in onze gespecialiseerde dagklinische en klinische groepen werd ten slotte gekozen voor een aparte dagboekbespreking met een sociotherapeut, waarbij de dagboeken van tevoren worden opgestuurd. De sociotherapeut schrijft commentaar bij de dagboeken en deze worden door de groepsgenoten gelezen. Voorafgaand aan de behandeling hebben de deelnemers een behandelcontract getekend met daarin onder meer de voorwaarde dat zij een dagboek bijhouden. De meeste patiënten beginnen overigens al na de intake gedurende de periode van individuele gesprekken met een dagboek. Vele problemen en weerstand tegen verandering worden duidelijk uit het dagboek of uit het niet bijhouden ervan.

Het tweede onderdeel van het programma is dramatherapie. Wij kozen voor dramatherapie als vorm van non-verbale therapie vanwege de beschikbaarheid van zowel een ervaren therapeute als reeds in de kliniek ontwikkelde methoden. Ook psychomotore therapie is echter een zeer geschikte vorm voor de behandeling van met name het gestoorde lichaamsbeeld bij patiënten met een eetstoornis (Vandereycken e.a. 1990, 1992). In de dramatherapie wordt met gefantaseerde situaties en allerlei technieken gewerkt, zoals het spelen van scènes, associatieoefeningen, stemoefeningen, het maken van maskers, etc. (Jacobse 1993). Zowel in de dramatherapie als in de groepspsychotherapie komen vaak dezelfde thema's aan bod, zij het op totaal verschillende manieren. Voorbeelden van thema's in de dramatherapie zijn: zwart-wit denken, angst om in beeld te zijn, vlakke expressie en het meer tijd nemen voor het maken van een negatief masker dan voor een positief masker. Naast gemeenschappelijke problematiek wordt ook de meer individuele problematiek zichtbaar. Het komt vaak voor dat een patiënte wegvlucht uit een situatie in de dramatherapie, wanneer daarin een parallel met een situatie uit het dagelijkse leven te vinden is.

In het derde deel van het programma, de groepspsychotherapie, komen vaak thema's uit de dramagroep of de dagboekbespreking terug. In dit nauwelijks gestructureerde onderdeel wordt de ruimte gegeven aan groepsdynamische processen, waarbij onderlinge interacties aan de orde komen. Ook wordt meer individuele psychodynamiek besproken naar

aanleiding van een bepaalde gebeurtenis. De andere groepsleden herkennen meestal bepaalde ervaren emoties en helpen de problematiek verder te verkennen.

Ter illustratie van de groepspsychotherapie volgt nog een casus. Sandra is een bulimia nervosa-patiënte, die extreme hoeveelheden laxantia gebruikt, 50 tot 150 tabletten dulcolax per dag. Nadat zij erin geslaagd was door middel van strenge afspraken, gemaakt in de dagboekzittingen, haar laxantiagebruik af te bouwen, kreeg zij na anderhalve maand toch een terugval. De andere groepsleden hadden haar twee zittingen tevoren aangesproken op haar geringe deelname aan de groepspsychotherapiezittingen. Sandra gaf aan dat zij niets belangwekkends te vertellen had en was niet van het tegendeel te overtuigen. De zitting na de terugval vertelde Sandra dat ze in het afgelopen weekend een dag in het ziekenhuis opgenomen was geweest. Zij had zich rot gevoeld en haar vroegere hoeveelheid laxeertabletten ingenomen. Zij had verschrikkelijke buikpijn gekregen en de huisarts gewaarschuwd, die haar liet opnemen. Haar groepsleden reageerden tot haar verbazing niet zozeer op haar ziekenhuisopname, maar vooral op de manier waarop zij het vertelde. In deze zitting ervoer zij duidelijk de belangstelling voor haar als persoon. Zij merkte dat haar gedachten en gevoelens en ook andere onderwerpen zoals haar ouderlijk gezin voor de andere groepsleden interessant waren.

Hoewel het duidelijk is dat poliklinische groepstherapie geen panacee is voor de behandeling van alle bulimia nervosa-patiënten, pleiten onze ervaringen en het beperkte empirische onderzoek voor een veelzijdig groepstherapeutisch programma voor bulimia nervosa. Er is echter grote behoefte aan follow-up-onderzoek naar de resultaten hiervan op langere termijn.

Literatuur

- American Psychiatric Association (1987), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders third edition revised*. Washington DC.
- Davis, R., M.P. Olmsted en W. Rockert (1992), Brief group psychoeducation for bulimia nervosa. II: Prediction of clinical outcome. *International Journal of Eating Disorders* 11, 3, 205-211.
- Fairburn, C.G. (1985), Cognitive behavioral treatment for bulimia. *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. The Guilford Press, 160-192.
- Fairburn, C.G., en S.J. Beglin (1990), Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry* 147, 4, 401-408.
- Fairburn, C.G., en S. Welch (1993), Sexual abuse and bulimia nervosa. Eating Disorders '93, London conference April 27-29, abstract, 43.
- Fettes, P.A., en J.M. Peters (1992), A meta-analysis of group treatments for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 11, 2, 97-110.
- Gamer, D.M., W. Rockert, M.P. Olmsted, C. Johnson en D.V. Coscina (1985), Psychoeducational principles in the treatment of bulimia and anorexia nervosa.

- In: D.M. Garner en P.E. Garfinkel (red.), *Handbook of Psychotherapy for Anorexia and Bulimia*. The Guilford Press, 513-572.
- Gezondheidsraad (1989), *Advies inzake anorexia nervosa en bulimia*. Den Haag.
- Gray, J.J., en C.M. Hoage (1990), Bulimia nervosa: group behavior therapy with exposure plus response prevention. *Psychological Reports* 66, 667-674.
- Hoek, H.W. (1991), The incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in primary care. *Psychological Medicine* 21, 455-460.
- Hoek, H.W. (1993a), Review of the epidemiological studies of eating disorders. *International Review of Psychiatry* 5, 61-74.
- Hoek, H.W. (1993b), Eetstoornissen als paradigma. In: G. Glas en H.W. Hoek (red.), *Psychotherapie en psychiatrie; lezingen afscheidssymposium Prof. Jongerius*, Academisch Ziekenhuis Utrecht, 49-59.
- Hoek, H.W., en F.G. Brook (1985), Patterns of care of anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research* 19, 155-160.
- Hoek, H.W., F.G. Brook, R. Giel en G.H.M.M. ten Horn (1984), Anorexia nervosa: een cohortonderzoek met het Register Geestelijke Volksgezondheid. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 10, 736-744.
- Hoek, H.W., en M. Maiwald (1991), Stoornissen in het lichaamsbeeld. Aandacht voor eetstoornissen als anorexia nervosa en bulimia nervosa. In: J.H. Bolk (red.), *Vorderingen en praktijk*. Leiden, Boerhaave commissie PAOG, RU Leiden, 57-62.
- Hof, S.E. van 't (1990), De toename van anorexia nervosa: niet bewezen, wel verklaard. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 6, 619-634.
- Jacobse, A.J.M. (1993), Spelen tussen de marges. Dramatherapie met anorexia en bulimia nervosa patiënten: werkt een kader beperkend of verrijkend? *Tijdschrift van de Nederlandse Vereniging voor Creatieve Therapie* 3, 74-81.
- Johnson Laube, J. (1990), Why group therapy for bulimia? *International Journal of Group Psychotherapy* 40, 2, 169-187.
- Lacey, J.H. (1983), Bulimia nervosa, binge eating, and psychogenic vomiting: a controlled treatment study and long term outcome. *British Medical Journal* 286, 1609-1613.
- Lacey, J.H. (1985), Time-limited Individual and Group Treatment for Bulimia. In: D.M. Garner en P.E. Garfinkel (red.), *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. The Guilford Press, 431-457.
- Levine, L.R., e.a. (1992), Fluoxetine in the treatment of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry* 49, 139-147.
- Lucas, A.R., C.M. Beard, W.M. O'Fallon en L. T. Kurland (1991), 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: A population-based study. *American Journal of Psychiatry* 148, 7, 917-922.
- Mitchell, J.E., R.L. Pyle, E.D. Eckert, D. Hatsukami, C. Pomeroy en R. Zimmerman (1990), A comparison study of antidepressants and structured intensive group psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry* 47, 149-157.
- Nicolai, N.J. (1985), Vrouwengroepen: categoriaal? *Studiedag van de Nederlandse Vereniging voor Groeps-Psychotherapie*, 71-91.
- Norré, J., en W. Vandereycken (1991), The limits of out-patient treatment for bulimic disorders. *British Review of bulimia and anorexia nervosa* 5, 2, 55-63.
- Olmsted, M.P., R. Davis, W. Rockert, M.J. Irvine, M. Eagle en D.M. Garner (1991), Efficacy of a brief group psychoeducational intervention for bulimia nervosa. *Behavioural Research Therapy* 29, 1, 71-83.

- Oesterheld, J.R., M.S. McKenna en N.B. Gould (1987), Group psychotherapy of bulimia: a critical review. *International Journal of Group Psychotherapy* 37, 2, 163-184.
- Pyle, R.L., J.E. Mitchell, E.D. Eckert, D. Hatsukami, C. Pomeroy en R. Zimmerman (1990), Maintenance treatment and 6-month outcome for bulimic patients who respond to initial treatment. *American Journal of Psychiatry* 147, 7, 871-875.
- Roth, D.M., en D.R. Ross (1988), Long-term cognitive interpersonal group therapy for eating disorders. *International Journal of Group Psychotherapy* 38, 4, 491-510.
- Roy-Byrne, P., K. Lee-Benner en J. Yager (1984), Group therapy for bulimia. *International Journal of Eating Disorders* 3, 2, 97-115.
- Russell, G. (1979), Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 9, 429-448.
- Vandereycken, W., en R. Meermann (1984), *Anorexia nervosa: a clinician's guide to treatment*. De Gruyter, Berlijn.
- Vandereycken, W. (1990), The relevance of body-image disturbance for the treatment of bulimia. In: M.M. Fichter (red.), *Bulimia Nervosa: Basic Research Diagnosis and Treatment*. John Wiley, New York, 320-330.
- Vandereycken, W., M. Probst en M. van Bellinghen (1992), Treating the Distorted Body Experience of Anorexia Nervosa Patients. In: *Journal of Adolescent Health* 13, 403-405.
- Vandereycken, W., en H.W. Hoek (1992), Are eating disorders culture-bound syndromes? In: K.M. Halmi (red.), *Psychobiology and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. American Psychiatric Press, Washington DC, 19-36.
- Vanderlinden, J., J. Norré en W. Vandereycken (1989), *De behandeling van bulimie - een gids voor de therapeutische praktijk*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Vanderlinden, J., en W. Vandereycken (1989), Directieve groepstherapie bij patiënten met anorexia en bulimia nervosa. In: K. v.d. Velden e.a. (red.), *Direktieve Therapie, deel 3*. Deventer, 278-295.
- Wolchik, S.A., L. Weiss en M.A. Katzman (1986), An empirically validated, short-term psychoeducational group treatment program for bulimia. *International Journal of Eating Disorders* 5, 1, 21-34.
- Wolf, E.M., en J.H. Crowther (1992), An evaluation of behavioral and cognitive-behavioral group interventions for the treatment of bulimia nervosa in women. *International Journal of Eating Disorders* 11, 1, 3-15.
- Wooley, S.C., en O.W. Wooley (1985), Intensive outpatient and residential treatment for bulimia. In: D.M. Garner en P.E. Garfinkel (red.), *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. The Guilford Press, 391-430.

Summary: Group therapy for bulimia nervosa

The department of psychiatry of the University Hospital Utrecht in the Netherlands incorporates a special unit for anorexia nervosa and bulimia nervosa patients. The unit offers specialised programmes on clinical, day-treatment or outpatient basis. Firstly, diagnosis, clinical features and epidemiology of bulimia nervosa are described. After a case-description the literature on group psychotherapy for bulimia nervosa is reviewed. Finally out outpatient programme and methods are described. Bulimia nervosa patients are offered a group-therapeutic programme on an outpatient basis, including diary sessions, drama therapy and group psychotherapy.

Dankwoord

Bij de ontwikkeling van het huidige therapieprogramma zijn vele mensen intensief betrokken geweest. De auteur wil Leonie Breteler, Astrid Jacobse, prof. Piet Jonge-rius, Stanneke Lunter, Margo Maiwald, Harold van Megen, Gert Minkjan, Jan Mod-deraar, Ariëtte van Reekum, Elles Steenhagen, Jan van Trier en prof. Walter Vander-eycken bedanken voor hun bijdragen.

De auteur is psychiater, hoofd van de dagkliniek psychiatrie AZU en als UHD ver- bonden aan de vakgroep Psychiatrie RUU, Postbus 85500, 3508 GA, Utrecht.