

# Eet- en gewichtsstoornissen in een Psychotherapeutische Gemeenschap

door A. J. de Jong

## Inleiding

Het aantal patiënten met eet- en gewichtsstoornissen is in onze kliniek, een psychotherapeutische gemeenschap, de laatste 10 jaren fors gestegen. Wanneer ik mij beperk tot die patiënten die een aanzienlijke gewichtsvermindering vertonen, dan wel in hun ziektegeschiedenis vertoond hebben ('aanzienlijk' is meer dan 20% gewichtsverlies t.o.v. het oorspronkelijke lichaamsgewicht) en die ongewoon met voedsel omgaan (te lang vasthouden of obstipatie, te snel loslaten of braken, peuzelen, stelen, alleen voor anderen voedsel bereiden, weigeren te eten, etc.), dan is het aantal patiënten dat wij met dit type stoornis behandelden gestegen van twee à drie patiënten per jaar in 1970 en 1971 tot vijftientig patiënten over de jaren 1978, 1979 en 1980. Het is echter uiterst moeilijk om in een terugblik te berekenen met hoeveel procent dit probleem in de afgelopen tien jaar in onze kliniek in omvang is toegenomen. Criteria voor wie lijdende is aan een gedragsstoornis uit deze categorie en met name de grenzen tussen anorexia nervosa, dat een specifieke diagnose beoogt te zijn, en de veel vagere omschrijving: eet- en gewichtsstoornissen zijn, zoals ik later nog zal illustreren, moeilijk of niet aan te geven (Vandereycken, 1979). Feit is, dat op zeker ogenblik in 1981, 25% van de kliniepopulatie was opgenomen omdat deze een sterk ondergewicht combineerde met ongewoon eetgedrag. Anders gezegd – aangezien het vooral vrouwen zijn die deze combinatie van stoornissen vertonen – leed de helft van het aantal opgenomen vrouwen aan een kwaal, die in zoverre identiek was, dat zij allen te mager waren (variërend van 20% onder het normale gewicht tot ronduit uitgemergeld) en rommelden met eten. Een dergelijke situatie waarbij een kwart van de kliniekbevolking stoornissen vertoont, waarvan de overeenkomsten tussen de verschillende patiënten voor iedereen zo evident en zichtbaar zijn, had zich nog niet eerder voorgedaan.

---

Schrijver was tot voor kort als psycholoog-psychotherapeut en chef de clinique van de Kliniek voor Psychotherapie van Volwassenen verbonden aan het Psychotherapeutisch Centrum 'De Viersprong' te Halsteren.

Adres: c/o Remmerswaal, 338 Sunset Road, Rotorua, Nieuw Zeeland.

De hier besproken setting betreft een psychotherapie-kliniek voor volwassenen, die plaats biedt aan 56 patiënten, verdeeld over 7 groepen van elk vier mannen en vier vrouwen. Er wordt gewerkt volgens de principes van de Psychotherapeutische Gemeenschap, die sinds Maxwell Jones (1953) in Nederland een eigen ontwikkeling heeft gekend (Eykman, 1982). De Psychotherapeutische Gemeenschap in Nederland bevindt zich op het kruispunt van ontdekkende psychotherapie en milieutherapie. Het kliniekmilieu wordt tot in al haar facetten zodanig ingericht, dat alles binnen dat milieu kan bijdragen tot het behandeldoel van de individuele patiënten (Jongerius, 1981).

Dit impliceert dat alles wat er gebeurt belangrijk is. Het milieu is immers therapeuticum in zichzelf. Het is de taak van de staf om voortdurend te taxeren of het milieu nog is afgestemd op de behandeling of dat zich antitherapeutische ontwikkelingen voordoen. Staf en patiënten voeren hun acties en tegenacties, zetten en tegenzetten met de bedoeling het milieu in de door hen gewenste richting om te buigen. Op het sociale niveau van interactie is de gewenste richting van staf en patiënten dezelfde: het bevorderen van voorwaarden die via confrontatie met het eigen gedrag tot verandering leiden. Op het psychologisch niveau van interactie lopen de wensen uiteen: de patiënt wil weliswaar veranderen c.q. beter worden, maar zonder dat het pijn doet. Openlijk zegt hij de confrontatie te zoeken, maar heimelijk vermijdt hij deze. In de interactie tussen staf en patiënten is het psychologisch niveau, ook wel 'verborgen niveau' genoemd, omdat het in tegenstelling tot het sociale niveau onuitgesproken en onder de oppervlakte werkzaam is, bepalend voor de uitkomst ervan (Woollams en Brown, 1978). Uitkomst wordt hier bedoeld in de zin van verschuiving van het milieu in de gewenste, therapeutische dan wel in de ongewenste, anti-therapeutische richting.

Aan de hand van deze kleine omzwerving in de milieutherapie zal men zich kunnen voorstellen wat er met het psychologisch niveau van interactie gebeurt wanneer een kwart van de kliniekbevolking op overeenkomstige wijze bezig is met eten en gewicht. Het milieu verschuift, als men even niet oplet in de anti-therapeutische richting, horend bij het pathologische gedrag van een anorectische patiënte; de hele kliniepopulatie gaat zich als één anorexia nervosa patiënte gedragen.

Dit artikel wil beschrijven hoe het 'opletten' in ons geval gebeurde. In de eerste plaats hebben wij onderzocht in hoeverre al deze patiënten met eet- en gewichtsstoornissen in eenzelfde categorie zijn onder te brengen, bijvoorbeeld in de categorie anorexia nervosa, onder welke naam de meesten de kliniek binnenkwamen. Met andere woorden: gaat het hier om een homogene groep die een speciale aanpak vereist? Het beantwoorden van deze vraag is van essentieel belang, omdat er verschillende beleidsconsequenties uit voortvloeien. Indien het om een homogene groep zal blijken te gaan, moeten we hetzij ons milieu aanpassen aan de verandering van de populatie, hetzij zodanige selectie toepassen, dat niet meer

dan een milieutherapeutisch gezien 'onschadelijk' aantal anorectische patiënten tegelijkertijd wordt behandeld. Indien het echter niet om een homogene groep zal blijken te gaan, moeten we zeker niet volharden in een aanpak die ervan uitgaat dat we al deze patiënten moeten benaderen als: anorexia nervosa, maar dan moeten we de samensholing zien op te breken.

In het navolgende wordt eerst de homogeniteit van de groep met eet- en gewichtsstoornissen onderzocht en wordt vervolgens nader ingegaan op de milieutherapeutische aspecten.

### **Eet- en gewichtsstoornissen: een homogene groep?**

De periode 1978 t/m 1980 leverde ons 25 patiënten (23 vrouwen en 2 mannen) met eet- en gewichtsstoornissen. Bij ieder van hen stelden wij ons de vraag: anorexia nervosa of niet. Het antwoord hierop lieten we evenwel niet door onszelf geven, maar door enkele gezaghebbende auteurs op het gebied van de anorexia nervosa. Hiervoor kozen wij: Dally en Gomez (1979), Bliss en Branch (1960), Lafeber (1971), Feighner (1972), Selvini-Palazzoli (1974) en Bruch (1973). Als extra bron voegden wij toe de 'Diagnostical and Statistical Manual' (DSM-III, 1980).

Elk der genoemde auteurs formuleerde, op grond van ervaringen en onderzoekingen, criteria aan welke een ziektebeeld dient te voldoen alvorens in aanmerking te komen voor de diagnose: anorexia nervosa. Onze werkwijze was eenvoudig: het vergelijken van al deze criteria met de symptomen die wij zagen bij ieder van de 25 patiënten (voor de criteria zelf verwijs ik naar de literatuur zoals aangegeven).

Deze procedure pretendeert geen research te zijn; zij illustreert de pragmatische wijze waarop wij de theorie gebruiken om een klinisch probleem aan te pakken.

De resultaten zijn weergegeven in tabel 1; een kruisje achter de naam van een patiënt geeft aan, dat zij of hij volgens de in de kolom vermelde auteur lijdende is aan anorexia nervosa.

De laatste kolom geeft aan, dat slechts 4 patiënten door geen der auteurs als een anorexia nervosa patiënt zouden beschouwd worden (Rosa, Stef, Trui en Mia). Ten aanzien van vier anderen: (Merie, Renée, Josje en Els) bestaat evenmin onduidelijkheid: volgens elke der classificatiewijzen lijden zij aan anorexia nervosa. In de overige gevallen, 68%, bestaat onduidelijkheid over de diagnose. Zo heeft bijv. Jet anorexia nervosa volgens Dally, Bliss en Branch, Lafeber en Selvini, maar niet volgens de DSM-classificatie, Feighner en Bruch, terwijl Aal juist wel volgens Feighner anorexia nervosa heeft, maar weer niet volgens Lafeber en Selvini.

Behalve over de diagnostische betrouwbaarheid van de term anorexia nervosa, zegt de uitkomst van de hiervoor beschreven procedure vooral iets over de homogeniteit van de groep eet- en gewichts-gestoorde patiënten.

Volgens Dally zou hier sprake zijn van een homogene groep, 19

Tabel 1: Eet- en gewichtsstoornissen getoetst aan de diagnose anorexia nervosa volgens Dally en Gomez, Bliss en Branch, Lafeber, Selvini, DSM-III, Feighner en Bruch

	Dally & Gomez	Bliss & Branch	Lafeber	Selvini	DSM-III	Feighner c.s.	Bruch	niet onder te brengen
Rosa								x
Jet	x	x	x	x				
Aal	x	x				x		
Inge	x	x						
Lies	x	x						
Vera	x	x	x	x				
Ank	x							
Belle				x				
Stef								x
Pam	x	x					x	
Tine	x	x	x					
Alet	x	x						
Trui								x
Merie	x	x	x	x	x	x	x	
Sonja	x	x	x					
Geertje	x	x						
Renée	x	x	x	x	x	x	x	
Hans		x			x		x	
Fem	x							
Mia								x
Josje	x	x	x	x	x	x	x	
Els	x	x	x	x	x	x	x	
Len	x	x	x	x	x	x		
Kit	x	x	x		x			
Meg	x	x						
	19	18	10	8	7	6	6	4

patiënten (76%) lijden aan anorexia nervosa – voor Bruch daarentegen zouden geen aanwijzingen bestaan voor homogeniteit daar slechts 6 patiënten (24%) aan haar criteria voldoen.

Het is niet de bedoeling mij te mengen in de ingewikkelde en vaak moeizame discussie rond het thema anorexia nervosa.

Waar het mij als behandelaar om gaat is het gegeven dat zich binnen de kliniekbevolking nogal onverhoeds een grote subgroep genesteld heeft. In verband met de consequenties voor de behandeling is het noodzakelijk te weten of deze subgroep een min of meer objectieve samenhang vertoont (in dit geval getoetst aan interbeoordelaar betrouwbaarheid), of dat deze subgroep alleen maar op grond van eigen definitie homogeen is, bij voorbeeld doordat iedereen zich anorexia nervosa patiënt noemt.

De resultaten, zoals weergegeven in bovenstaande tabel, geven

geen overeenkomst te zien voor wat betreft de diagnose anorexia nervosa: in slechts 32% van de gevallen zou men het eens kunnen zijn. Er is met andere woorden geen homogeniteit als het gaat om een ziektebeeld. De enige homogeniteit binnen deze groep van patiënten is gelegen in de klachten, de symptomen zo men wil, zonder dat men deze echter in een nauwer patroon kan vangen dan: eet- en gewichtsstoornissen.

Al 'oplettende' weten wij nu dat hetgeen eruit zag als een vloedgolf van anorexia nervosa patiënten, bij nader onderzoek niet méér blijkt te zijn dan een toename van het aantal patiënten met eet- en gewichtsstoornissen. Het aantal patiënten met anorexia nervosa, waarover geen twijfel bestaat (vier in onze onderzoeksgroep) kan zelfs tot de conclusie leiden, dat er ten opzichte van de periode 1970-1971 geen verandering is opgetreden.

Het probleem dat ons nu rest kan dus worden geformuleerd in de vraag: hoe reageert een Psychotherapeutische Gemeenschap op de toename van eet- en gewichtsstoornissen?

### **Milieu therapeutische aspecten**

#### *De 'ondermijning'.*

In onze kliniek worden al geruime tijd anorexia nervosa patiënten behandeld. Uit deze ervaring is een behandelstrategie ontstaan, welke dikwijls met succes op dit type patiënten kon worden toegepast (Bolten, 1981). Een belangrijke pijler van deze strategie is de zogenaamde '40 kilo grens'. Indien men voor behandeling in aanmerking wil komen dient men tenminste 40 kilo te wegen – bij intake wordt meestal wat meer bedongen bij wijze van motivatie-toets. De argumentatie achter deze voorwaarde is, dat er een minimum gewicht nodig is wil men psychotherapie kunnen bedrijven; onder dat gewicht wordt men snel gedwongen een somatisch aangrijpende therapie in te stellen. Een consequentie van deze 40 kilo grens is dat men de klinische psychotherapie moet staken en de kliniek moet verlaten indien men onder dit gewicht geraakt. Een gevolg van het inbouwen van deze conditie is dan weer dat de staf regelmatig zal moeten controleren hoeveel een anorexia nervosa patiënte weegt. Weliswaar moet men bij 39,9 kilo de kliniek inderdaad terstond verlaten, maar na behandeling op een interne afdeling in een algemeen ziekenhuis mag men ook weer direct terugkomen, zodra het bij intake afgesproken gewicht weer is bereikt. Dit in tegenstelling tot de bij ons gebruikelijke policy dat een opname éénmalig is.

Hoewel het een der basisprincipes van een Psychotherapeutische Gemeenschap is, dat iedereen dezelfde behandeling krijgt, werden er voor de enkele anorexia nervosa patiënten dus een paar uitzonderingen gemaakt: zij werden wekelijks gewogen en zij hadden de kans tot heropname. Zolang het aantal patiënten dat voor een uitzonderingspositie in aanmerking komt gering blijft, houden voor- en nadelen ervan elkaar nog wel in evenwicht. Bij voorbeeld in dit geval het beschamende van bloot gewogen worden tegenover

het voordeel van de extra aandacht van de staf, en het nare van het wegmoeten bij minder dan 40 kilo tegenover het voordeel een der weinigen te zijn die terug mag komen.

Dit evenwicht bleek grondig verstoord te worden toen het aantal patiënten met een gewicht net boven die 40 kilo grens drastisch toenam. Het was niet langer een enkeling, maar een hele subgroep die voor wegen en heropname in aanmerking kwam. De nadelen voor de patiënt vielen weg – men deelde die nu immers met voldoende anderen – en de voordelen (voordeel gezien in het licht van de weerstand) namen toe. De subgroep van magere patiënten kreeg van de totale gemeenschap het predikaat 'breekbaar' toegevoegd: tere patiënten, die wekelijks gewogen moesten worden en die, in tegenstelling tot de anderen, als het de eerste keer niet lukte terug mochten komen. Bovendien braakten ze bijna allemaal erbarmelijk, zagen blauw van de kou, etc., etc. Zij werden langzamerhand zo ontzien, dat men zou wensen één van hen te zijn! Men kan moeilijk de grote toename van de anorexia-nervosa-achtige beelden uitsluitend verklaren op grond van dit soort pseudo-besmettelijkheid. Ik wil niet meer doen dan aangeven dat het er in onze klinische praktijk zeker een aspect van geweest is. De invloed van de problematiek van de subgroep ging verder en strekte zich uit over de gehele cultuur van de gemeenschap, het duidelijkst zichtbaar in de eet-cultuur.

Een belangrijke gebeurtenis in elke gemeenschap is de maaltijd. Driemaal per dag zit men bijeen en is iedereen zichtbaar voor iedereen. Openlijke pogingen van de patiënten om deze confronterende gebeurtenis uit de weg te gaan, bij voorbeeld verzoeken om een maaltijd te mogen missen, worden door de staf altijd kritisch bekeken en waar mogelijk tegengegaan. Met de toename van het aantal patiënten met eet- en gewichtsstoornissen, werd de maaltijd als vast programmapunt stelselmatig en sluipenderwijs ondermijnd. Op het openlijke, sociale niveau leken de argumenten solide. Zo begon men elkaar op steeds grotere schaal ontbijt op bed te brengen omdat de 'zorg voor de medepatiënt toch van belang was'. Een actie, op het eerste gezicht acceptabel, welke uiteindelijk tot gevolg had dat steeds minder patiënten aan het ontbijt verschenen. Hierna werd het mode, dat degene die ontbijt op bed bracht ter plaatse op de bedrand meeat. Argumenten welke nu genoemd werden waren, dat nabijheid gezocht diende te worden of dat dankbaarheid moeilijk te verdragen was of dat de zorg zo pas goed tot haar recht kwam. Het gevolg was dat nog minder patiënten het ontbijt in de eetzaal gebruikten.

Langzamerhand werd het psychologische, verborgen niveau van de communicatie duidelijk: men wilde het gezamenlijk ontbijten vermijden.

Bij de ochtendkoffie om half elf werd een assortiment snijkoek, crackers en variaties daarop gepresenteerd, zodat een ieder die om een of andere reden het ontbijt had overgeslagen of slechts ten dele had benut toch volledig aan zijn trekken kon komen.

Er was overigens de hele dag koffie beschikbaar. De huistherapie-

groep – elk der zeven groepen verzorgt bij toerbeurt de hele gemeenschap – hield er rekening mee dat de koffiecontainer in de conversatieruimte van het woonhuis altijd gevuld was. De aangeboden structuur rond het koffiedrinken op vastgestelde tijden bleef slechts in schijn bestaan: men nam koffie op elk gewenst moment. Het uithollen van de structuur begon zich geleidelijk aan ook tot de andere maaltijden uit te strekken. Zo waren er de hele avond nagerechten beschikbaar. De huistherapiegroep voorzag een tafel in de conversatieruimte, en dus niet in de eetzaal, van pakken yoghurt en vla en zette er suiker en cornflakes naast, zodat men op elk moment kon nemen wat men wou. Vervolgens bestond de mogelijkheid het gerecht van zijn keuze ter plekke te nuttigen, dan wel ermee naar de slaapzaal te gaan of het in het trappenhuis op te eten. Langzamerhand verdween in het eetgedrag elke eenheid van plaats, tijd en handeling. Precies zoals dit bij het pathologisch eetgedrag van een anorexia nervosa patiënt het geval pleegt te zijn. Er traden verschijnselen op, die er ogenschijnlijk niets mee te maken hadden maar die er in terugblik nauw mee verwant waren: de principiële voorkeur van steeds meer patiënten voor vegetarische maaltijden; het bereiden van lekkere hapjes, tussendoortjes; het halen van gebak en zo meer. Op den duur kwam het erop neer, dat de huistherapiegroep op elk moment van de dag iedereen het gerecht van zijn of haar keuze kon voorzetten. De structuur van drie maaltijden voor de hele gemeenschap was nog slechts schijnbaar aanwezig. Van het principe van wederzijdse zichtbaarheid was niets meer over. Men at (of at niet) altijd en overal. Ieders eetgedrag, zowel als het eetgedrag van de hele gemeenschap kon op deze wijze, hoewel het voor onze ogen gebeurde, toch lange tijd verborgen en onzichtbaar blijven. Het leek wel of wij de ouders van een anorexia nervosa patiënte waren, die pas ontdekken dat er iets mis is als hun dochter het stadium van uitmergeling dicht genaderd is.

#### *De 'correctie'*

Tot zover de gebeurtenissen, het gerommel, rond de maaltijden. Ook op andere terreinen dan de eet-cultuur was de invloed van de subgroep 'magere patiënten' merkbaar, maar nergens zo onmiskenbaar. Niettemin heeft de staf dit effect lange tijd miskend. Het 'opletten' werd bemoeilijkt door de reeds genoemde geleidelijkheid van het proces en de ogenschijnlijk plausibele argumentatie maar ook door maatschappelijke factoren van buitenaf: anorexia nervosa staat in de belangstelling. Wat vroeger een zeldzame en mysterieuze kwaal was is nu gemeengoed geworden onder behandelaars en patiënten. Verwijzers neigen ertoe de diagnose te stellen bij het zien van een mager meisje en dit magere meisje neemt 'Anorexia Nervosa' graag als 'titel' over, het lijkt bij haar de plaats in te nemen van een identiteit. Meer dan eens wordt de patiëntengroep benaderd door groeperingen, zoals zelfhulpgroepen, om iemand met deze ziekte af te vaardigen voor het verstrekken van informatie. Een dergelijke situatie benadrukt nog eens de uitzonderingspositie van deze patiënten binnen de kliniepopulatie.

Het gaat er niet om de toename van het aantal patiënten met eet- en gewichtsstoornissen te ontkennen, dit is een aantoonbaar gegeven en uitgangspunt van dit artikel. Men stuit echter op theoretische en behandeltechnische problemen indien men de verscheidenheid aan beelden van eet- en gewichtsstoornissen te snel tracht te vangen binnen de eenheid van een syndroom of ziekte. Er ontstaat dan een homogeniteit, die bij nadere beschouwing zijn grond verliest. Dat er nu meer eet- en gewichtsstoornissen voorkomen, wil nog niet zeggen dat anorexia nervosa niet even zeldzaam is als vroeger. Zolang er geen bewijs in andere richting gevonden wordt, is het vanuit het oogpunt van behandeling zelfs beter de verscheidenheid te benadrukken, in plaats van de overeenkomsten.

De strategie van de staf om de hierboven geschetste nadelige effecten te bestrijden, bestond dan ook uit het ontbinden van de subgroep. De staf weigerde nog langer mee te gaan in het ontzag voor magerheid. Zij gaat er nu vanuit dat elke patiënt met eet- en gewichtsstoornissen daarvoor haar en zijn particuliere redenen heeft, zonder dat deze vanuit eenzelfde achtergrond hoeven te zijn voortgekomen. Dit houdt in dat elke noodzaak tot speciale behandeling gaat ontbreken, als men tenminste verder wil gaan dan symptoombestrijding.

Het 'symptoom', de verstoorde eet-cultuur, hebben wij gecorrigeerd door ten aanzien van de maaltijden de eenheid van tijd, plaats en handeling in ere te herstellen via maatregelen variërend van het beperken van bijzondere menu's (zoals vegetarisch eten) tot de medisch geïndiceerde diëten tot het verplaatsen van de koffiemachine naar de keuken.

Het fundamentele herstel van het therapeutisch milieu werd bereikt door een andere attitude van de staf ten aanzien van de behandeling van patiënten met eet- en gewichtsstoornissen. Deze verandering valt het beste te karakteriseren als het afzien van voorheen gewaardeerde automatismen. Het is niet langer vanzelfsprekend dat wie mager is gewogen moet worden of voor heropname in aanmerking komt; de 40 kilo grens is niet langer een gemeenschappelijk taboe. De eet- en gewichtsstoornis is een even algemeen symptoom geworden als angst of depressie en niet langer het 'voorrecht' van een subgroep. Uitgangspunt hierbij is dat het op ontdekking van de kernproblematiek gerichte milieu zoals dat in onze kliniek bestaat, geschikt is voor de behandeling van een veelheid aan symptomen. Zo min als angst of depressie een speciale aanpak vragen, zo dient ook de patiënt met eet- en gewichtsstoornis het te klaren met de aanwezige instrumenten als creatieve therapie, bewegingstherapie, sociotherapie en psychotherapie zonder dat er een speciale behandeling aan te pas moet komen. 'Te mager' zijn is dan een even grote bedreiging voor het voortzetten van de behandeling als 'te depressief' zijn in de vorm van actieve suicidaliteit, of 'te angstig' zijn in de vorm van er steeds tussenuit gaan. Het blijft altijd tot de mogelijkheden behoren om iemand te wegen of afspraken te maken rond het gewicht op eenzelfde wijze als men in sommige andere situaties tijdelijk tot een individueel afgestemde



begeleiding overgaat. Het verschil in aanpak ten opzichte van voorheen, is dat deze uitzonderingen niet langer tot de standaard-procedure behoren.

Het hierboven geschetste proces van 'opletten' heeft geleid tot deze verschuiving in attitude en strategie van de staf. Het percentage patiënten met eet- en gewichtsstoornissen is inmiddels enigszins gedaald. Op dit moment kan men dit effect nog niet toeschrijven aan het verdwijnen van de pseudo-besmettelijkheid. Er is in elk geval niet langer sprake van een subgroep, d.w.z. de attitude van de kliniekpopulatie is in dezelfde richting verschoven als die van de staf. Het grote voordeel dat hiermee werd bereikt is, dat binnen de behandeling de eenheid kon worden hersteld, zodat ook de magere patiënt weer als individu tot zijn recht kan komen.

### Literatuur

- Bliss, E. L. en C. H. H. Branch. (1960), *Anorexia Nervosa. Its history, psychology and biology*. Hoeber, New York.
- Bolten, M. P. (1981), Behandelingscontracten met anorectische patiënten. In: K. J. M. van de Loo c.s. (red.) *Anorexia Nervosa, Diagnostiek, behandeling en onderzoek*. Dekker en v. d. Vegt, Nijmegen.
- Bruch, H. (1973), *Eating disorders, Obesity, anorexia nervosa and the person within*. Basic Books, New York.
- Dally, P. en J. Gomez. (1979), *Anorexia Nervosa*. Heinemann Medical Books Ltd., London.
- DSM - III (1980), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Association, Washington DC.
- Eykman, J. C. B. (1982), oorsprong en ontwikkeling van de psychotherapeutische gemeenschap. In: J. van de Lande (red.) *Opgenomen in de groep*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Feighner, J. P. e.a. (1972), Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch. Gen. Psychiatry*, 26.57-63.
- Jongerius, P. J. (1981), De psychiater als milieukundig ingenieur. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 23, 317-325.
- Lafeber, Chr. (1971), *Anorexia Nervosa*. Stafleu, Leiden.
- Jones, M. (1953), *Social psychiatry: a study of therapeutic communities*. Tavistock Publ. Londen.
- Selvini-Palazzoli, M. (1974), *Self starvation*. Jason Aronson, New York.
- Vandereycken, W. (1979), *Tussen mythen en feiten: diagnose en behandeling van het zogenaamde anorexia nervosa gezin*. Dissertatie Kath. Univ. Leuven, 1979 (samengevat in *Tijdschrift voor Relatieproblematiek*, 1980 no. 3)
- Woollams S. en M. Brown. (1978), *Transactional Analysis: a modern and comprehensive text of T.A. theory and practice*. Huron Valley Press, Dexter Michigan.