

Groepsbehandeling van adipositas patiënten in het eerste echelon*

DOOR B. G. M. RIS

De toepassing van groepsdynamische kennis bij de behandeling van patiënten krijgt langzamerhand steeds meer aandacht van hulpverleners in het eerste echelon, zoals huisartsen, diëtisten, maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen. De werkwijze van de AA (anonieme alcoholisten) -groepen heeft in dit verband een zekere paradigmatische waarde.

Deze belangstelling is op zichzelf niet verwonderlijk. Enerzijds worden de hulpverleners in het eerste echelon zich in toenemende mate bewust van het feit dat vele klachten hun oorsprong vinden in psychische en sociale problemen, waardoor medicamenteuze behandeling — althans op lange termijn — vaak onvoldoende effect heeft. Anderzijds heeft het werken met groepen — of dit nu sensitiviteitstraining, Gestalt-therapie of encounter wordt genoemd — een grote populariteit gekregen. Het ligt daarom voor de hand dat bij het grote aanbod van klachten met psychische of sociale achtergrond en het betrekkelijk geringe succes van medicamenteuze behandeling, gevoegd bij het tekort aan individuele begeleidingsmogelijkheden, nieuwe methoden, zoals groepsgewijze behandeling, worden onderzocht op hun bruikbaarheid bij de hulpverlening in het eerste echelon.

De groepsbehandeling van personen die problemen hebben met overgewicht is een van de toepassingen die de laatste tijd veel opgang maken. De resultaten van een aantal recente experimenten laten echter zien dat het succes niet groot is, hetgeen wellicht kan worden toegeschreven aan een te hoge verwachting ten opzichte van de effectiviteit van groepsdis-

cussie als methode voor gedragsverandering.

In een rapport van de *Stichting Interkruis Zuid-Holland* worden vijf experimentele groepen beschreven, waarvan het gemeenschappelijk doel was het verschaffen van inzicht over de optimale vorm waarin groepsbehandeling voor adipositas-patiënten zou kunnen worden toegepast. Eenzelfde doelstelling wordt ook door *Schouwstra* genoemd bij zijn rapportage van een soortgelijk experiment.

De zes groepen varieerden van acht tot vijftien, meestal vrouwelijke deelnemers, van uiteenlopende leeftijd. Het aantal bijeenkomsten per groep lag tussen twaalf en zestien over een periode van drie tot zes maanden. Bij enkele van de groepen was er tevens een nazorgperiode van zes tot negen maanden, waarin nog enkele bijeenkomsten werden belegd. De groepen werden in drie gevallen begeleid door een diëtiste (één in samenwerking met een psycholoog); in de overige drie respectievelijk door een maatschappelijk werker, een agoog en een cultureel werker. Door middel van groepsdiscussies werd getracht de deelnemers inzicht te geven in de achtergronden van hun eetgewoonten om vervolgens, met de steun van de andere groepsleden, te komen tot verandering in deze gewoonten.

De verwachting ten aanzien van de resultaten van de groepsbehandeling waren in principe tweeledig:

- groepsbehandeling zou wellicht leiden tot tijdwinst voor de hulpverlener (bijvoorbeeld de diëtiste) in vergelijking tot de individuele vorm van hulpverlening;
- door de invloed van de groep zouden de groepsleden zich beter aan hun dieetvoorschriften houden dan bij individuele hulpverlening, waar-

Samenvatting. Het zogenaamde werken met groepen begint in het eerste echelon steeds meer aan populariteit te winnen, ook bij de behandeling van adipositas patiënten. Het resultaat is vaak niet in overeenstemming met de verwachtingen ten aanzien van de effectiviteit van deze methode van gedragsbeïnvloeding. Een van de oorzaken van het geringe succes is het weinig gerichte gebruik van groepsdynamische en gedragstherapeutische inzichten. Verbetering in de toepassing van deze kennis stelt echter bepaalde eisen aan de selectie van de groepsleden. Om deze reden is het gewenst dat groepsgewijze behandeling slechts onder verantwoordelijkheid van in dit opzicht professionele hulpverleners (psychologen) wordt toegepast.

door zij betere resultaten zouden bereiken.

Ad a. Het argument van de tijdwinst bleek in de praktijk niet op te gaan. Bij een groep van gemiddelde grootte (ongeveer twaalf deelnemers) en een duur van vier maanden (ongeveer twaalf bijeenkomsten) zou een groepsbegeleider, zijn voorbereidings-tijd nog buiten beschouwing gelaten, ook ruim twee uur per persoon aan individuele begeleiding hebben kunnen besteden. Dit is gemiddeld meer dan een diëtiste doorgaans beschikbaar heeft.

Ad b. De resultaten van de zes groepen (totaal 77 personen) met betrekking tot de doelstelling „gewichtsvermindering” varieerden weinig: het gemiddelde per groep schommelde rondom 4 kg per deelnemer. Een uitzondering vormde een groep waarbij het gemiddelde gewichtsverlies niet hoger kwam dan 1,5 kg per deelnemer.

De gegevens verschaffen geen inzicht ten opzichte van de vraag of er wellicht significante verschillen bestonden tussen de groepen, aangezien

* Lezing gehouden op de conferentie workshop „Huisarts en psycholoog”, 14 september 1974 te Woudschoten.

er geen informatie is over de selectiecriteria, die voor sommige groepen door de huisarts, voor andere groepen door de diëtiste zijn gehanteerd. Ook de vraag of groepsbehandeling op zichzelf tot betere resultaten leidt dan de gebruikelijke individuele vorm van hulpverlening door diëtisten, kan niet worden beantwoord wegens het ontbreken van controlegroepen, bestaande uit personen die op mogelijke relevante criteria vooraf zijn vergeleken met die van de deelnemers in de experimentele groepen.

Nu de resultaten niet geheel aan de verwachtingen voldoen, is het toch van belang na te gaan of de gevolgde werkwijze wel tot succes zou hebben kunnen leiden. De gevolgde methode in de zes groepen blijkt echter niet verder te worden omschreven dan met de term „groepsdiscussies”. Enkele der onderwerpen die in het merendeel van de groepen werden besproken, zijn: de oorzaken van het dik worden, hoe reageert de echtgenoot op het dieet houden, problemen met kleding, mogelijke neveneffecten, verbonden aan een streng dieet en minderwaardigheidsgevoelens als gevolg van het dik zijn.

Het is aannemelijk dat de groepsbegeleiders in de eerste plaats beoogden inzicht te krijgen in de oorzaken van bepaalde eetgewoonten en de problemen van het veranderen van eetgewoonten respectievelijk dieet houden. Het is niet duidelijk op welke wijze er gebruik is gemaakt van gedragswetenschappelijke inzichten met betrekking tot gedragsverandering.

De veronderstelling dat door middel van groepsdiscussies eetgewoonten zouden kunnen worden gewyzigd, is gebaseerd op de klassieke sociaalpsychologische experimenten van *Lewin* en *Bennett*. *Lewin* trachtte traditioneel gebonden voorkeuren voor bepaalde soorten vlees te veranderen. Hiervoor waren twee methoden gebruikt. In sommige groepen werd een lezing gegeven over de voedingswaarde en de prijzen van deze vleessoorten, alsmede recepten waarmee een

aantrekkelijk resultaat zou kunnen worden verkregen. In andere groepen werd dezelfde informatie gegeven, maar in discussievorm, waaraan ook de huisvrouwen deelnamen. Na de discussie werd gevraagd of de huisvrouwen door middel van handopsteken wilden aangeven of zij van plan waren de voorgestelde vleessoorten ook klaar te maken voor hun gezin. In een follow-up bleek dat slechts 3 procent van de huisvrouwen in de groepen, waarin een lezing was gehouden, tegen 32 procent van de huisvrouwen in de discussiegroepen zich aan hun afspraak hadden gehouden.

Uit latere onderzoeken, onder andere die van *Bennett*, zou kunnen worden afgeleid dat, wanneer groepsleden een consensus moeten bereiken, het effect waarschijnlijk groter is dan wanneer de groepsleden een individuele beslissing nemen. Uniforme afspraken bij groepen, die gewichtsvermindering nastreven door verandering van eetgewoonten, zouden op basis hiervan de voorkeur genieten.

Het lijkt echter noodzakelijk dat groepsbegeleiders van zogenaamde vermageringsgroepen gebruik zullen moeten maken van meer gerichte groepsdynamische methoden; er bestaat namelijk een belangrijk verschil tussen de proefpersonen uit de experimenten van *Lewin* en *Bennett* en de deelnemers uit de zes hiervoor besproken groepen. De laatsten doen vaak al jarenlang vergeefse pogingen hun eetgedrag te veranderen.

Er zijn verschillende mogelijkheden voor een groepsbegeleider, die groepsdynamische principes hanteert, om via de groep de kans op gedragsverandering te vergroten. Zijn activiteiten kunnen er op gericht zijn om:

— de groepsleden te stimuleren de controle over deelnemen aan het groepsproces ten opzichte van elkaar te aanvaarden;

— groepsleden elkaar te laten accepteren als vergelijkings- en referentie-

persoon (bijvoorbeeld door middel van rollenspellen);

— de mogelijkheid te vergroten dat de deelnemers reageren op elkaars groepsgedrag. (*Goldstein* e.a.)

Elk van deze voorwaarden tot succesvolle gedragsbeïnvloeding kan in meer of minder sterke mate worden gerealiseerd. Het bewuste gebruik van groepsdynamische verschijnselen vereist echter bij hulpverleners in het eerste echelon, die met dit soort groepen willen werken, een aanzienlijke hoeveelheid kennis en ervaring.

Naast het gerichte gebruik van groepsdynamische kennis kan gedragstherapeutische behandeling van adipositas-patiënten eveneens een effectieve methode zijn, die echter nog maar weinig in groepen wordt toegepast. De resultaten van gedragstherapeutische behandelingen geven in elk geval aanleiding tot de veronderstelling dat inzicht in de oorsprong van het gedrag noch een noodzakelijke, noch een voldoende voorwaarde tot verandering is. Verandering kan optreden zonder voorafgaand inzicht en inzicht hoeft niet altijd te worden gevolgd door verandering. Het is zelfs mogelijk dat inzicht soms eerder het resultaat dan de oorzaak van verandering is. Succes bij het vermageren kan er bijvoorbeeld toe leiden dat de patiënt in toenemende mate in staat is verontrustend materiaal te bespreken. Dit kan weer bijdragen tot de probleemoplossing, in die zin, dat verandering tot inzicht leidde en dit inzicht tot verdere verandering.

Immers, op grond van recente onderzoeken (*Kiell*) is het standpunt, dat overgewicht slechts duidt op het niet kunnen beheersen van eet-„zucht”, zoals de alcoholicus slechts niet in staat zou zijn zijn drank-„zucht” te beheersen, niet meer houdbaar. Teveel eten kan ook worden beschouwd als een van de mogelijke, veelvoorkomende normale reacties van personen op veronderstelde verwachtingspatronen in hun omge-

ving. De gedragstherapeutische behandeling van adipositas-patiënten heeft aangetoond dat teveel eten ook kan worden opgevat als een aangeleerde gewoonte, die wordt beheerst door omgevingskenmerken. Het is een simplificatie om overgewicht aan te merken als een symptoom van niet opgeloste emotionele problemen en teveel eten op te vatten als een substituuut voor niet bevredigde behoeften.

Een voorbeeld van de toepassing van gedragstherapeutische principes bij onderlinge, zonder assistentie werkende groepen voor gewichtscntrole, is het onderzoek van *Levitz* en *Stunkard*. Zij vergeleken verschillende condities op hun effectiviteit. In sommige groepen werden onder leiding van professionele hulpverleners (psychologen) gedragstherapeutische principes overgedragen, zoals:

- veranderingen in de wijze van eten, onder meer het niet volledig gebruiken van de maaltijd;
- het leren te eten op bepaalde tijden en plaatsen;
- het vooraf plannen van de te eten hoeveelheid;
- het instellen van beloningen voor het nakomen van bepaalde afspraken.

In de tweede conditie werden deze technieken overgedragen door non-professionals, personen die slechts ervaring in het leiden van discussies hadden, terwijl in de controle-conditie het normale programma van wegen, bekendmaking van successen en teleurstellingen en een algemene discussie over gewichtsproblemen volgde. Het bleek dat de professionals verreweg het beste resultaat boekten, namelijk (na zes maanden gemiddeld ongeveer 3 kg per persoon en dat terwijl de deelnemers gemiddeld al 38 maanden aan het „eigen hulp”-programma deelnamen. *Levitz* en *Stunkard* besluiten met de opmerking: „Wij zijn van mening dat op de meest duidelijke wijze is aangetoond dat professionals effectiever zijn waar het therapeutische interventie betreft dan non-professionals.”

Uit het voorgaande blijkt mijns inziens dat de toepassing van groepsdynamische en gedragstherapeutische kennis bij adipositas-patiënten, en uiteraard ook bij andere groepen patiënten bij wie houdings- of gedragsverandering het doel is, professionele hulpverlening vereist.

De psycholoog, die deze hulp in groepsbehandeling kan toepassen, behoort dan ook in het eerste echelon van de gezondheidszorg aanwezig te zijn en wel om de volgende redenen:

- 1 Zijn discipline heeft voor selectie en succes eigen criteria, die verschillen van de criteria welke de andere hulpverleners hanteren. De arts en de psycholoog zullen daarom in voortdurend overleg tot overeenstemming moeten komen waar het deze criteria betreft.
- 2 Van vele patiënten zal in eerste instantie niet duidelijk zijn, welke van de beschikbare groepen therapieën (medicamenteus, psychisch, sociaal) het meeste succes kan bieden. Daarvoor dient zoveel mogelijk te worden gewerkt in vergelijkbare condities. Omdat één huisartspraktijk (de vraag richt nog steeds op de huisarts) hiervoor vaak te weinig patiënten oplevert, zullen groepspraktijken of wijkgezondheidscentra vooralsnog eerder voor de mogelijkheid van groepsgewijze behandeling in aanmerking komen.

Tot slot nog een opmerking over de positie van de non-professional in de groepsbehandeling van adipositas-patiënten. Onder deze categorie vallen bijna alle hulpverleners in het eerste echelon van de gezondheidszorg, maatschappelijk werkers met een voortgezette opleiding groepswerk, gedeeltelijk uitgezonderd. Zolang professionele groepsbehandeling van adipositas-patiënten nog maar nauwelijks op enige schaal wordt toegepast, waardoor er nog maar weinig inzicht in het mechanisme bestaat, lijkt de methode nog te slecht ontwikkeld om in dit stadium door non-professionals te worden overgenomen.

Summary. First-echelon group therapy of obese patients. So called group work is becoming increasingly popular in the first echelon, also in the treatment of obese patients. The results often fail to meet expectations about the efficacy of this method of behaviour therapy. One of the causes of the lack of success is the hardly appropriate application of knowledge concerning group dynamics and behaviour therapy. Improvement in this respect, however, necessitates selection of group members. For this reason it is desirable that this group therapy be given only under the responsibility of professionals (psychologists).

- Bennett, E. B. (1955) *Human Relations* 8, 251-273.
- Goldstein, A. P. en anderen. *Psychotherapy and the psychology of behavior change*. Wiley, New York, 1966.
- Kiell, N. *The psychology of obesity: dynamics in treatment*. Thomas, Springfield. I11., 1973.
- Koning, P. P. J. de (1973) *Mbld. Geneesk. Volksgez.* januarinummer, 19-30.
- Levitz, L. S. & A. J. Stunkard (1974) *Amer. J. Psychiat.*, 4, 423-427.
- Lewin, K. *Group decision and social change*. In: G. E. Swanson, T. M. Newcomb & E. L. Hartley (eds.) *Readings in social psychology* 2nd ed. Holt, New York, 1952.
- Schouwstra, C. P. (1974) *huisarts en wetenschap*, 17, 93-95.
- Stichting Interkruis Zuid-Holland. *Rapport over verschillende experimenten voor groepsbehandeling van vetzuchtigen in Zuid-Holland en Utrecht*, 1974.

RICHTLIJNEN VOOR AUTEURS

Bijdragen worden bij voorkeur tegemoet gezien in machineschrift in duplo, met toepassing van een brede kantlijn en op tenminste anderhalve regel afstand getypt. Men besluite het artikel met een korte samenvatting.