

b144 10035

U.O.V.S. BIBLIOTEEK

ERDIE EKSEMPLAAR MAG ONDER  
EEN OMSTANDIGHEDE UIT DIE  
BIBLIOTEEK VERWYDER WORD NIE

University Free State



34300001322613

Universiteit Vrystaat

**'N ONDERSOEK NA DIE VERBAND TUSSEN  
PERSOONLIKHEIDSTIPE EN EETVERSTEURINGS  
BY VROUENS**

Bea van Dyk, B.Soc.Sc., Hons. B.Soc.Sc.

Verhandeling voorgelê ter gedeeltelike vervulling van die vereistes vir  
die graad

**MAGISTER SOCIETATIS SCIENTIAE (KLINIESE  
SIELKUNDE)**

in die

**FAKULTEIT SOSIALE WETENSKAPPE  
DEPARTEMENT SIELKUNDE**

aan die

**UNIVERSITEIT VAN DIE VRYSTAAT**

Studieleier: Dr. H.S. van den Berg

*Bloemfontein*

**November 2001**

## VERKLARING

Ek verklaar dat die verhandeling wat hierby vir die graad Magister Societatis Scientiae (Kliniese Sielkunde) aan die Universiteit van die Vrystaat deur my ingedien word, my selfstandige werk is en nie voorheen deur my vir 'n graad aan 'n ander universiteit/fakulteit ingedien is nie. Ek doen voorts afstand van outeursreg in die verhandeling ten gunste van die Universiteit van die Vrystaat.

## BEDANKINGS

Teenoor almal wat in 'n minder of 'n meerdere mate bygedra het tot die voltooiing van hierdie studie, wil ek graag my opregte waardering uitspreek:

- Dr. H.S. van den Berg, my studieleier, vir haar raad, leiding en bereidwilligheid om altyd beskikbaar te wees.
- Dr. K.G.F. Esterhuyse vir sy hulp met die navorsingsontwerp en statistiese ontleding.
- Prof. M.C.A. Seyffert vir taalkundige versorging en advies.
- My familie vir hul ondersteuning en liefde.
- My vriende vir al hul raad en motivering.
- Die nodige krag en leiding van Bo.

*Could we but see the world  
through the eyes of a child for a  
little longer...Oh, to live once more  
in innocence and well-being where time has  
no meaning and money is the price  
of a sticky sweet, clutched in  
an equally sticky hand.*

*Trevor Wright, A treasury of thoughts*

# INHOUDSOPGAWE

---

## HOOFSTUK 1

### PROBLEEMSTELLING EN DOEL VAN DIE ONDERSOEK

1.1	Inleiding	1
1.2	Doelstellings van hierdie ondersoek	6
1.3	Bydrae van hierdie ondersoek	7
1.4	Hoofstukindeling	7
1.5	Samevatting	8

## HOOFSTUK 2

### EETVERSTEURINGS

2.1	Inleiding	9
2.2	Eetversteurings in die algemeen	9
2.2.1	Klassifikasie en tipes eetversteurings	9
2.2.1.1	<i>Anorexia Nervosa</i>	9
2.2.1.2	<i>Bulimia Nervosa</i>	10
2.2.1.3	<i>Niespesifieke eetversteurings</i>	11
2.2.1.4	<i>Obesiteit</i>	13
2.2.1.5	<i>Eetversteurings tydens die kinderjare</i>	13
2.2.1.6	<i>Samevatting</i>	14
2.2.2	Epidemiologie	14
2.2.3	Samevatting	15
2.3	<b>Anorexia Nervosa</b>	<b>16</b>
2.3.1	Inleiding	16
2.3.2	Klassifikasie, simptome en geassosieerde kenmerke	16

2.3.2.1	<i>DSM-IV-kriteria</i>	16
2.3.2.2	<i>Geassosieerde fisieke, psigiese en gedragskenmerke</i>	18
2.3.3	Die gevolge van anorexia nervosa	20
2.3.4	Epidemiologie	21
2.3.5	Etiologie	22
2.3.5.1	<i>Biologiese faktore</i>	22
2.3.5.2	<i>Sosiokulturele en demografiese faktore</i>	24
2.3.5.2.1	Sosiokulturele faktore	24
2.3.5.2.2	Demografiese faktore	26
2.3.5.2.3	Samevatting	28
2.3.5.3	<i>Gesins-en omgewingsfaktore</i>	29
2.3.5.3.1	Gesinsfaktore	29
2.3.5.3.2	Omgewingsfaktore	31
2.3.5.3.3	Samevatting	33
2.3.5.4	<i>Psigologiese faktore</i>	33
2.3.5.4.1	Ontwikkelingsdeterminante	34
2.3.5.4.2	Selfagting	36
2.3.5.4.3	Leerprosesse	37
2.3.5.4.4	Persoonlikheid	37
2.3.5.4.5	Komorbiede psigopatologie	37
2.3.5.4.6	Seksuele- en fisiese mishandeling	38
2.3.5.4.7	Samevatting	39
2.3.6	Samevatting	40
<b>2.4</b>	<b>Obesiteit</b>	<b>40</b>
2.4.1	Inleiding	40
2.4.2	Definisie en diagnose	41
2.4.3	Die gevolge van obesiteit	43
2.4.3.1	<i>Biologiese gevolge</i>	43
2.4.3.2	<i>Psigososiale gevolge</i>	43
2.4.3.3	<i>Samevatting</i>	45
2.4.4	Epidemiologie	45

2.4.5	Etiologie	47
2.4.5.1	<i>Biologiese, genetiese en omgewingsfaktore</i>	47
2.4.5.1.1	Genetika en omgewing	47
2.4.5.1.2	Ander biologiese faktore	48
2.4.5.2	<i>Sosiokulturele en demografiese faktore</i>	50
2.4.5.2.1	Kulturele faktore	50
2.4.5.2.2	Demografiese faktore	51
2.4.5.3	<i>Psigologiese faktore</i>	53
2.4.5.3.1	Lokus van kontrole	54
2.4.5.3.2	Ontwikkelingsobesiteit teenoor reaktiewe obesiteit	54
2.4.5.3.3	Leerprosesse	55
2.4.6	Samevatting	56
2.5	<b>Normale eetgedrag en –houdings</b>	<b>57</b>
2.6	<b>Samevatting</b>	<b>58</b>

## **HOOFSTUK 3**

### **DIE ROL VAN PERSOONLIKHEID IN DIE BESTUDERING VAN EETVERSTEURINGS**

3.1	<b>Inleiding</b>	<b>60</b>
3.2	<b>Definiëring en meting van persoonlikheid</b>	<b>60</b>
3.3	<b>Metodologiese oorwegings by die bestudering van eet- versteurings</b>	<b>63</b>
3.3.1	Ouderdom tydens assessering	63
3.3.2	Effek van verhongering	64
3.3.3	Seldsaamheid van die versteuring	64
3.3.4	Duur van die versteuring	65
3.3.5	Probleme met die subtypes van eetversteurings	65
3.3.6	Ontkenning en distorsie in selfrapportering	66



3.3.7	Samevatting	66
<b>3.4</b>	<b>Meetinstrumente wat algemeen in navorsing oor eet- versteurings gebruik word</b>	<b>67</b>
<b>3.5</b>	<b>Samevatting</b>	<b>68</b>
<b>3.6</b>	<b>Ondersoeke na die verband tussen persoonlikheid en eetversteurings</b>	<b>70</b>
3.6.1	Inleiding	70
3.6.2	Anorexia nervosa	71
3.6.2.1	<i>Inleiding</i>	71
3.6.2.2	<i>Kliniese persoonlikheidstudies</i>	72
3.6.2.2.1	Komorbiede persoonlikheidsversteurings	72
3.6.2.2.2	Obsessief-kompulsiewe persoonlikheidstrekke	74
3.6.2.2.3	Komorbiede psigopatologie in die algemeen	76
3.6.2.3	<i>Samevatting</i>	77
3.6.2.4	<i>Niekliniese persoonlikheidstudies</i>	78
3.6.2.4.1	Perfeksionisme	78
3.6.2.4.2	Kontrole, beperking, konvensionaliteit, self-en impulsbeheer en vermyding	79
3.6.2.4.3	Lae soeke na nuwigheid, skadevermyding en beloningsafhanklikheid	81
3.6.2.4.4	Neurotisme en introversie	81
3.6.2.5	<i>Samevatting</i>	85
3.6.3	Obesiteit	86
3.6.3.1	<i>Inleiding</i>	86
3.6.3.2	<i>Kliniese persoonlikheidstudies</i>	87
3.6.3.2.1	Angstigheid	87
3.6.3.2.2	Impulsiwiteit	87
3.6.3.2.3	Komorbiede psigopatologie in die algemeen	88
3.6.3.3	<i>Samevatting</i>	88
3.6.3.4	<i>Niekliniese persoonlikheidstudies</i>	89

3.6.3.4.1 Afhanklikheid	89
3.6.3.4.2 Negatiewe affek	90
3.6.3.4.3 Lae selfagting en verwante eienskappe	92
3.6.3.5 <i>Samevatting</i>	92
<b>3.7 Samevatting</b>	<b>92</b>

## HOOFSTUK 4

### METODE VAN ONDERSOEK

<b>4.1 Inleiding</b>	<b>95</b>
<b>4.2 Navorsingstipe en –ontwerp</b>	<b>95</b>
<b>4.3 Die ondersoekgroep</b>	<b>96</b>
<b>4.4 Meetinstrumente</b>	<b>99</b>
4.4.1 Die Hersiene NEO-persoonlikheidsvraelys	99
4.4.1.2 <i>Subskale van die NEO-PI-R</i>	100
4.4.1.3 <i>Die geldigheid en betroubaarheid van die NEO-PI-R</i>	111
4.4.2 Ander meetinstrumente	111
4.4.2.1 <i>Die Liggaamsmassa-indeks</i>	111
4.4.2.2 <i>DSM-IV-merklys vir eetversteuringsdiagnose</i>	112
<b>4.5 Insameling van gegewens</b>	<b>112</b>
<b>4.6 Navorsingshipotese</b>	<b>112</b>
<b>4.7 Statistiese prosedure</b>	<b>113</b>

## HOOFSTUK 5

### RESULTATE EN BESPREKING VAN RESULTATE

<b>5.1 Inleiding</b>	<b>115</b>
<b>5.2 Hipotesetoetsing</b>	<b>115</b>

5.2.1	Skaal N (neurotisme)	117
5.2.2	Skaal E (ekstroversie)	117
5.2.3	Skaal O (openheid vir ervaring)	118
5.2.4	Skaal A (welgevalligheid)	120
5.2.5	Samevatting	120
5.3	Bespreking en samevatting	121
5.4	Beperkinge en aanbevelings	124
<b>BIBLIOGRAFIE</b>		<b>126</b>
<b>OPSOMMING</b>		<b>146</b>
<b>SUMMARY</b>		<b>147</b>
<b>Bylaag A</b>		<b>148</b>
<b>Bylaag B</b>		<b>149</b>

# HOOFSTUK 1

## PROBLEEMSTELLING EN DOEL VAN DIE ONDERSOEK

### 1.1 INLEIDING

Eetversteurings kom toenemend voor by adolessente en jong vroue in ons hedendaagse samelewing. Statistiek dui daarop dat ongeveer 1-2% adolessente en jong volwasse vroue in ontwikkelde lande een of ander vorm van eetversteuring ontwikkel (Fairburn & Beglin, 1990). Anorexia nervosa is byvoorbeeld tans die derde mees chroniese toestand by adolessente meisies in die Verenigde State benewens obesiteit en asma. Verder word daar beraam dat ongeveer 5-10% (20% op sekere kampusse) Amerikaanse meisies en vroue aan anorexia nervosa ly (Fisher et al., 1995; Thompson, 1993). Volgens die *Amerikaanse vereniging van anorexia en bulimia* sterf ongeveer 150 000 Amerikaanse vroue jaarliks aan anorexia nervosa (Thompson, 1993).

Anorexia nervosa kom ook toenemend onder blanke Suid-Afrikaanse adolessente voor (Andersen, 1985). Volgens Slade (1995) is dit egter nie net die omvang van die probleem wat kommerwekkend is nie, maar ook die impak daarvan. Die impak van die eetversteuring strek dikwels verder as net die persoon met die eetversteuring en kan selfs tot langtermynprobleme vir die persoon se gesin, vriende en werkgewers lei. Buiten die impak wat dit op die persoon self en sy/haar onmiddellike omgewing het, skep dit ook ontsaglike probleme vir openbare gesondheid en die gemeenskap (Battle & Brownell, 1996).

Na beraming is ongeveer 50% Amerikaanse vroue oorgewig teenoor ongeveer 60% swart vroue in Suid-Afrika (Badenhorst, Bart, Terry & Walker, 1995). Die voorkoms, gevolge en weerstand teen behandeling van obesiteit, maak dit een van die kompleksste psigologiese en mediese

probleme in ons hedendaagse samelewing (Kuczmarski, Flegal, Campbell & Johnson, 1994; Suris, Trapp, DiClemente & Cousins, 1998). Thompson (1993, p.7) beklemtoon die relatiewe belangrikheid van obesiteit soos volg: *"...obesity and overeating are central issues in the lives of many women today."*

Persone met eetversteurings is ongelukkig nie altyd ontvanklik vir intervensie nie. Behandeling is ook duur en nie vir almal toeganklik nie. Om hierdie redes het bestaande benaderings tot die behandeling van eetversteurings 'n beperkte impak op openbare gesondheid. Die verskuiwing vanaf 'n mediese na 'n gemeenskapsmodel vereis hernieude en 'n meer intense fokus op voorkoming en openbare beleid. Navorsing oor voorkoming in hierdie area is in 'n vroeë stadium en daar is dringend meer navorsing op hierdie gebied nodig (Battle & Brownell, 1996).

Die implikasies van eetversteurings op die individu en die samelewing skep genoeg rede en motivering vir pogings om die ontwikkeling en verspreiding van eetversteurings te voorkom. Slade (1995) het gevind dat voorkoming op 'n primêre en 'n sekondêre vlak kan plaasvind. Met primêre voorkoming word bedoel pogings tot intervensie voor 'n eetversteuring ontwikkel en behels dus die wysiging van risikofaktore. Sekondêre voorkoming verwys weer na pogings om die volle ontwikkeling van eetversteurings uit te skakel en behels die vroeë identifisering van die versteuring asook intervensie. Dit is die navorser se mening dat voorkoming op beide primêre en sekondêre vlak baie belangrik is, omdat intervensie in gevorderde stadiums minder effektief is en op die lang termyn 'n slegter prognose tot gevolg het.

Weens die aard en omvang van die probleem het verskeie navorsers die noodsaaklikheid van voorkomingsprogramme beklemtoon om gesonde eet- en gewigsregulerende praktyke by kinders en adolessente te

bevorder (Killen, Taylor, Walch, Saylor, Maron & Robinson, 1986; Piran, 1995; Shisslak, Crago, Estes & Gray, 1996; Shisslak, Crago, Neal & Swain, 1987; Smolak & Levine, 1994). Soos dit reeds genoem is, behels voorkoming die vroeë identifisering van individue met die risiko om 'n eetversteuring te ontwikkel. Verskeie risikofaktore vir die ontwikkeling van eetversteurings is al geïdentifiseer, maar meer navorsing oor risikofaktore is nodig om die vroeë tydige identifisering van hoë risikopersone te vergemaklik.

Uit die literatuur blyk dit asof sosiokulturele, biologiese, psigologiese en gesinsomgewingsfaktore gesamentlik 'n oorsaaklike en instandhoudende rol by eetversteurings speel (Kaplan & Sadock, 1998). Die fokus van hierdie studie val op die rol van persoonlikheidsaspekte in die ontwikkeling van eetversteurings. Die moontlikheid dat eetversteurings nie eweredig tussen alle tipes persoonlikhede versprei is nie, bly 'n onderwerp van ekstensiewe navorsing en bespreking, ten einde 'n bydrae op die gebied van voorkoming en behandeling te lewer (Sohlberg & Strober, 1994).

Navorsingsbevindinge dui daarop dat sekere persoonlikheidstrekke 'n oorsaaklike rol in die ontwikkeling van eetversteurings kan speel of ten minste die verloop en manifestasie van hierdie versteurings beïnvloed. Leon, Fulkerson, Perry en Cudeck (1993; p.438) is van mening dat persoonlikheid en temperament 'n belangrike invloed op huidige versteurde eetpatrone mag hê, sowel as om individue te predisponer tot die latere ontwikkeling van eetversteurings en hulle is van mening dat:

*"... for individuals with particular personality vulnerabilities who live in a culture that promotes extreme body dissatisfaction in women, eating disorders may become a pathway for the expression of their psychopathological potential."*

Verder kan die persoonlikheid van die persoon met 'n eetversteuring ook 'n rol speel in die verloop en prognose van die intervensieprosesse. Navorsing oor die risikofaktore wat 'n rol speel by eetversteurings lê nou meer klem op die verband tussen persoonlikheidstrekke en patologiese eetgedrag (Morey & Kurtz, 1995; Podar, Hannus & Allik, 1999). Volgens Leon, Keel, Kelly, Klump en Fulkerson (1997) kan die volgehoue evalueer van persoonlikheids- en gedragskenmerke by eetversteurde individue, navorsers in staat stel om beter onderskeid te tref tussen:

- die faktore wat aanleiding kan gee tot tydelike eetprobleme en
- die premorbiede faktore wat aanleiding kan gee tot die ontwikkeling van 'n chroniese eetversteuring.

Navorsing in die verlede het meer dikwels op die verband tussen persoonlikheidspatologie en eetversteurings gefokus. Die bevindinge van sulke studies het ondersteuning gebied vir die hipotese dat eetversteurings verwant is aan afwykende persoonlikheidsseienskappe. Min navorsingsbevindinge is beskikbaar oor die verband tussen kliniese eetversteurings en niekliniese persoonlikheidstrekke (Pryor & Wiederman, 1996a). Niekliniese persoonlikheidstrekke verwys na daardie persoonlikheidsaspekte wat nie noodwendig met afwykende gedrag verband hou nie en in wisselende grade by alle persone teenwoordig is.

In die lig van die behoefte aan meer navorsing op die gebied van nie-kliniese persoonlikheidstrekke en eetversteurings, asook die hernieude en meer intense fokus op voorkoming en fortologie, word daar in hierdie studie gepoog om die verband tussen niekliniese persoonlikheidstrekke, anorexia nervosa en obesiteit te ondersoek. Hierdie navorsingsbevindinge kan moontlik 'n waardevolle bydrae op die gebied van die voorkoming en intervensie van eetversteurings lewer.

Verder blyk dit asof bestaande literatuur oor eetversteurings in die sielkunde en die mediese wetenskap hoofsaaklik rondom anorexia nervosa en bulimia nervosa sentreer. Obesiteit word primêr as 'n mediese toestand beskou en nie noodwendig as 'n eetversteuring met psigologiese oorsake nie. Dit wil voorkom asof psigologiese faktore soos persoonlikheidsstruktuur en onbewuste konflikte tog 'n rol speel in die ontwikkeling en instandhouding van obesiteit (Kaplan & Sadock, 1998).

Alhoewel die eetversteurings (anorexia nervosa, bulimia nervosa en obesiteit) as afsonderlike versteurings geklassifiseer word met verskillende simptome- en gedragsmanifestasies, deel meeste van hierdie versteurings (met uitsondering van pika en rumineringsversteuring) sekere ooreenkomste, naamlik:

- dit behels voedsel en eet;
- vroue is meer waarskynlik die slagoffers van hierdie versteurings;
- beheer teenoor 'n verlies aan beheer oor eetgedrag, sowel as die effek van hierdie gedrag in die konteks van die gesinsisteem speel 'n belangrike rol;
- geheimhouding van eetgedrag kom dikwels voor en
- onrealistiese persepsies rondom liggaamlike voorkoms is dikwels aanwesig (Gerhardt, 1988).

Hodes (1995) is van mening dat anorexia nervosa, bulimia nervosa en obesiteit afsonderlike, maar tog verwante versteurings is. Die redes wat hy hiervoor aanvoer, is dat die teenwoordigheid van een versteuring (byvoorbeeld obesiteit) tot die ontwikkeling van 'n ander versteuring (byvoorbeeld anorexia nervosa) kan aanleiding gee. Sommige persone met anorexia nervosa is voor die aanvang van hul anoreksie oorgewig of selfs obees. Komorbiditeit tussen die verskillende eetversteurings soos



byvoorbeeld bulimia nervosa en obesiteit of anorexia nervosa met eetvergryping en vomering is ook nie ongewoon nie.

Daar bestaan ook 'n verband tussen die etiologiese faktore wat die risiko vir die ontwikkeling van die verskillende versteurings verhoog. 'n Toename in liggaamsmassa en voorkoms van obesiteit by adolessente, tesame met die kultureel aanvaarbare begeerte om maerder te wees, kan byvoorbeeld 'n toename in diëte tot gevolg hê wat weer tot anorexia nervosa en bulimia nervosa aanleiding kan gee. Le Grange en Ziervogel (1995) is ook van mening dat die insluiting van obesiteit in 'n studie van eetversteurings belangrik is, juis weens die omvang van die probleem in Suid-Afrika, die enorme gesondheidsrisiko's, emosionele versteuring en finansiële kostes daaraan verbonde, sowel as die betekenisvolle oorvleueling in behandelingsbeginsels met ander eetversteurings en obesiteit.

In die lig van bogenoemde uiteensetting word obesiteit ook in hierdie studie ingesluit om die moontlike verband tussen die persoonlikheidsstruktuur van persone met obesiteit en anorexia nervosa te ondersoek.

## **1.2 DOELSTELLINGS VAN HIERDIE ONDERSOEK**

Die doelstellings van hierdie ondersoek behels die volgende aspekte:

- om eerstens deur middel van 'n literatuurondersoek vas te stel wat die huidige stand van die verband tussen eetversteurings en persoonlikheid is;
- om tweedens die verband tussen niekliniese persoonlikheidstrekke en die voorkoms van eetversteurings (anorexia nervosa en obesiteit) te ondersoek, en

- ❑ derdens om die verskille tussen persone met anorexia nervosa, obesiteit en geen eetversteurings te ondersoek.

### **1.3 BYDRAE VAN HIERDIE ONDERSOEK**

Die bevindinge van hierdie studie kan van waarde wees in die vroeë identifisering van individue met die potensiaal (risiko) vir die ontwikkeling van 'n eetversteuring.

### **1.4 HOOFSTUKINDELING**

Ten einde bogenoemde doelstellings te bereik, word die inhoud van hierdie navorsingsverslag soos volg uiteengesit:

- ❑ In hoofstuk 2 word die verskillende tipes eetversteurings kortliks bespreek, waarna daar aandag gegee word aan die twee eetversteurings wat in hierdie studie beklemtoon word, naamlik: anorexia nervosa en obesiteit. In hierdie hoofstuk word daar meer spesifiek gekyk na die klassifikasie, simptomatologie, epidemiologie en etiologie van hierdie twee eetversteurings. 'n Kort bespreking van normale eetgedrag word ook hierby ingesluit.
- ❑ In hoofstuk 3 word daar gekyk na sekere metodologiese oorwegings in ondersoeke met persone met eetversteurings en word die gebruik van selfrapporteringsinstrumente in die bestudering van die persoonlikheidseienskappe van persone met eetversteurings bespreek. Navorsingsbevindinge van ondersoeke na die verband tussen persoonlikheid en eetversteurings word ook bespreek.
- ❑ In hoofstuk 4 word die metode en prosedure waarvolgens die navorsing uitgevoer is, bespreek.

- In hoofstuk 5 word die resultate aangebied en word die gevolgtrekkings en aanbevelings wat voortspruit uit die resultate van hierdie ondersoek bespreek.

## 1.5 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is aangedui dat die negatiewe impak van eetversteurings verder strek as net die persoon met die eetversteuring. Daarom geniet die ontwikkeling van meer effektiewe voorkomingsprogramme hoë prioriteit. Verdere navorsing op die gebied van eetversteurings is dus van onskatbare waarde. Die bydraende rol van persoonlikheidseienskappe in die ontwikkeling van eetversteurings is een van die fokuspunte wat baie aandag van navorsers oor eetversteurings geniet. Navorsers fokus meer dikwels op die verband tussen persoonlikheidspatologie (versteurings) en eetversteurings en daar blyk 'n behoefte aan navorsing te wees oor die verband tussen niekliniese persoonlikheidstrekke en eetversteurings wat in hierdie ondersoek aangespreek sal word.

Vervolgens word die klassifikasie, aard en omvang van eetversteurings bespreek.

## **HOOFSTUK 2**

### **EETVERSTEURINGS**

#### **2.1 INLEIDING**

In hierdie hoofstuk word die klassifikasie van die verskillende eetversteurings bespreek en daarna word die epidemiologie van eetversteurings in die algemeen baie kortliks ondersoek. Daar word gefokus op die aard en oorsake van anorexia nervosa en obesiteit. 'n Kort beskrywing van normale eetgedrag word ook aangebied.

#### **2.2 EETVERSTEURINGS IN DIE ALGEMEEN**

##### **2.2.1 KLASSIFIKASIE EN Tipes EETVERSTEURINGS**

Hierdie groep versteurings word gekenmerk deur ernstige versteurings van die eetgedrag. Die DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) onderskei tussen die volgende diagnostiese kategorieë: anorexia nervosa, bulimia nervosa, pika, rumineringsversteuring en 'n kategorie vir niespesifieke eetversteurings. Pika en rumineringsversteuring is versteurings wat hoofsaaklik gedurende die kinderjare voorkom en word vir die doeleindes van hierdie ondersoek nie diepgaande bespreek nie.

##### **2.2.1.1 Anorexia nervosa**

Die essensiële kenmerke van hierdie versteuring is 'n weiering om die minimum normale gewig (ten opsigte van ouderdom en lengte) te handhaaf, 'n intense vrees om vet te word, 'n versteurde liggaamsbeeld en (in die geval van vroue) amenoree (APA, 1994). In afdeling 2.3 word anorexia nervosa meer volledig bespreek.

### 2.2.1.2 Bulimia nervosa

Bulimia nervosa word gekenmerk deur die volgende drie essensiële kenmerke (APA, 1994; Fairburn & Beglin, 1990):

- Herhaalde episodes van oormatige voedselinname ('binges'), wat in 'n kort periode (byvoorbeeld in 'n periode van twee uur) geskied en 'n gevoel dat beheer oor eetgedrag tydens hierdie periode verloor is.
- Verskeie vorme van kompenserende gedrag wat vorm en gewig beheer, soos selfgeïnduseerde vomering, die gebruik van lakseermiddels en streng dieet- of vasgedrag. Oormatige oefening en vasgedrag kan ook as kompenserende gedrag beskou word. Juis om hierdie rede word bulimia nervosa in die DSM-IV (APA, 1994) volgens twee subtypes ingedeel. Die aard van die kompenserende gedrag word gebruik om onderskeid te tref tussen die purgerende en niepurgerende tipe, waar laasgenoemde verwys na diegene wat alleen vas in kombinasie met oefening en nie gebruik maak van ander kompenserende gedrag soos vomering en die gebruik van lakseermiddels om gewigstoename te voorkom nie (Barlow & Durand, 1995; Kaplan & Sadock, 1998).
- Volgehoue oormatige kommer rakende liggaamsvorm en gewig.

Bulimia nervosa is eers in die laat sewentigerjare as 'n aparte versteuring gedefinieer (Boskind-Lodahl, 1976; Russel, 1979). Volgens Brownell en Foreyt (1986) is die term bulimia bekend gestel om gedragpatrone verwant aan anorexia nervosa te beskryf en het dit vir die eerste keer in 1980 in die DSM-III (APA, 1980) verskyn. Omrede eetvergryping en vomerende gedrag by persone met normale gewig en selfs oorgewig persone voorkom, het dit gelei tot die klassifikasie van bulimia as 'n afsonderlike versteuring (APA, 1980). In die DSM-IV (APA, 1994) word anorexia nervosa en bulimia nervosa

ook as afsonderlike versteurings onder die kategorie eetversteurings geklassifiseer.

Die feit dat individue met anorexia nervosa suksesvol is in hul pogings om gewig te verloor (so suksesvol dat hul lewens in gevaar gestel word deur hul eetgedrag), terwyl persone met bulimia nervosa 'n normale liggaamsgewig handhaaf ten spyte van hul pogings om gewig te verloor, is 'n onderskeibare verskil tussen dié twee versteurings (Barlow & Durand, 1995; Kaplan & Sadock, 1998).

### 2.2.1.3 Niespesifieke eetversteurings

Eetvergrypingsversteuring en ander subkliniese eetversteurings word by hierdie kategorie ingesluit.

- *Eetvergrypingsversteuring* dui op eetvergrypingsimptome by individue wat nie kompenserende gedrag openbaar nie en dus nie gediagnoseer kan word met bulimia nervosa nie. Eetvergryping word gedefinieer as 'n groter hoeveelheid kos as wat die meeste mense onder 'normale' omstandighede sal eet (APA, 1994, p.545). Hierdie persone is ook nie op liggaamsvorm en -gewig gefikseer nie (Kaplan & Sadock; 1998, Spitzer et al., 1991).
  
- *Subkliniese eetversteurings*: Subkliniese eetversteurings is 'n groep eetversteurings wat gekenmerk word deur eetversteurde gedrag wat nie heeltemal aan die diagnostiese kriteria van kliniese eetversteurings voldoen nie. Verskeie terme is al gebruik om hierdie vorme van eetversteurde gedrag te beskryf, naamlik: beperking van voedselinname, 'bulimarexia', kompulsiewe eetgedrag, bulimia ("simple bulimia"), "dietary chaos syndrome", subkliniese anorexia nervosa en abnormale-normale-gewigsbeheer (Boskind-Lodahl & Sirlin, 1977; Button & Whitehouse, 1981; Clarke & Palmer, 1983; Fairburn & Garner, 1986; Hawkins & Clement,

1980; Herman & Polivy, 1975; Hooker & Convisser, 1983; Palmer, 1979; Swartz, 1983). Die algemene trekke wat bogenoemde versteurings gemeen het, is 'n preokkupasie met gewigsbeheer en eetgedrag, 'n afwisseling van beheersde eetgedrag met eetvergryping wat gevolg word deur selfgeïnduseerde vomering, of die misbruik van lakseermiddels. Hierdie probleme ontwikkel teen 'n agtergrond van gewig- en figuurbewustheid (Clarke & Palmer, 1983).

Tylka en Subich (1999) noem dat baie vroue ongesonde eetgewoontes vermeld en dat hulle psigologiese en fisieke gevolge as gevolg van hul ongesonde eetgedrag ervaar. Daarom het baie sielkundiges voorgestel dat eetversteurings op 'n kontinuum gekonseptualiseer moet word. Die nuwe Collins woordeboek (1987) verwys na kontinuum as 'n kontinue reeks of geheel, waarvan geen deel merkbaar verskil van sy aangrensende dele nie. Op die eetversteuringskontinuum wat deur Mintz, O'Halloran, Mulholland en Schneider (1997) ontwerp is, word onbeperkte eetgedrag op die een punt van die kontinuum (asimptomatiese groep) en kliniese eetversteurings op die ander punt van die kontinuum (eetversteurde groep) geplaas, met matige vorme van eetversteurde gedrag op 'n intermediêre punt (simptomatiese groep). Hierdie drie groepe is konsekwent met tipiese operasionele definisies van die eetversteuringskontinuumhipotese aangesien hulle toenemende vlakke van versteurde eetgedrag verteenwoordig, wat beteken dat eetversteurde gedrag en simptomatologie van die een punt (asimptomatiese groep) tot by die ander punt (eetversteurde groep) van die kontinuum toeneem (kontinuiteitsperspektief). Sekere navorsers bevraagteken die kontinuiteitsperspektief en stel voor dat daar sekere kwalitatiewe verskille tussen die subkliniese en kliniese eetversteurings is en dat

die simptome van die asimptomatiese en simptomatiese groepe soortgelyk is, maar van die eetversteurde groep verskil (Tylka & Subich, 1999).

#### **2.2.1.4 Obesiteit**

Obesiteit word gedefinieer as die oormatige akkumulasie van vet in die liggaam (Plug, Louw, Gouws & Meyer, 1997). Obesiteit word in die *International Classification of Diseases* (ICD-10) as 'n algemene mediese toestand ingesluit, maar word nie as 'n eetversteuring in die DSM-IV (APA, 1994) geklassifiseer nie. In afdeling 2.4 word daar meer aandag aan die bespreking van hierdie versteuring geskenk.

#### **2.2.1.5 Eetversteurings tydens die kinderjare**

##### ▫ *Rumineringsversteuring en pika*

Rumineringsversteuring en pika is psigiese versteurings wat gewoonlik die eerste keer tydens die babajare, kinderjare of adolessensie gediagnoseer word.

Rumineringsversteurings word gekenmerk deur die herhaalde uitbraking en herkou van voedsel by 'n baba of kind en wat minstens vir een maand duur. Ruminering kom voor wanneer die nodige voedingstofinname of gewigstoename beïnvloed word (APA, 1994; Blinder, Goodman & Goldstein, 1988; Kaplan & Sadock, 1998; Louw, 1991).

Pika word gekenmerk deur die volgehoue inname van nie-voedsame stowwe (byvoorbeeld: verf, tou, hare, sand en dieremis) (APA, 1994; Kaplan & Sadock, 1998).



### **2.2.1.6 Samevatting**

Eetversteurings is 'n oorkoepelende kategorie waaronder verskeie groepe met verskillende gedrags- en simptoomanifestasies ressorteer. Die bekendste vorme eetversteurings is anorexia nervosa, bulimia nervosa en eetvergrypingsversteuring, sowel as eetversteurings wat hoofsaaklik gedurende die kinderjare voorkom. Daar bestaan ook 'n groep niespesifieke eetversteurings, of subkliniese versteurings wat nie heeltemal voldoen aan die kriteria van bogenoemde kliniese eetversteurings nie. Alhoewel obesiteit nie as 'n psigiatrisiese versteuring in die DSM-IV (APA, 1994) geklassifiseer word nie, is verskeie navorsers van mening dat obesiteit verwant is aan die eetversteurings.

### **2.2.2 EPIDEMIOLOGIE**

Epidemiologie verwys na die studie van die voorkomssyfer, verspreiding en beheer van siektes en psigologiese versteurings by die algemene bevolking (Hoek, 1995, p.501; Plug et al., 1997, p.93). Insidensie en prevalensie word as belangrike maatstawwe vir die verspreiding van 'n versteuring gebruik. Prevalensie is die werklike aantal gevalle by 'n bevolking op 'n sekere tydstip teenoor insidensie wat gedefinieer word as die aantal nuwe aanmeldings in 'n bevolking op 'n sekere tydstip (Hoek).

Beramings van die voorkoms of insidensie van eetversteurings varieer na gelang van die steekproeftrekkings- en assesseringsmetodes, asook die populasie wat bestudeer word (APA, 2000; Ziervogel, 1995). Daarom word daar groot variasie gevind in die bevindinge wat oor die voorkomssyfer van die eetversteurings gerapporteer word. 'n Voorkomssyfer van ongeveer 4% is al by adolessente en jong volwasse studentepopulasies gerapporteer (Kaplan & Sadock, 1998).

Eetversteurings kom meer algemeen by vroue en in die adolessensie en jong volwasse lewensfases voor. Eetversteurings kom meestal in Westerse, geïndustrialiseerde en ontwikkelde lande voor (Hoek, 1995). In Suid-Afrika kom eetversteurings hoofsaaklik by die blanke, middelklaspopulasie voor. Hierdie versteurings was voorheen 'n raar verskynsel onder bruin en swart mense. Dit blyk asof hierdie patroon besig is om in Suid-Afrika te verander, omdat 'n toenemende getal jong meisies wat by klinieke met 'n eetversteuring aanmeld uit swart-, Asiër- en bruin-gemeenskappe kom. In baie gevalle kom hierdie meisies uit gesinne van die werkersklas wat in teenstelling is met die middelklasagtergrond van blanke persone met anorexia nervosa (Swartz & Sheward, 1995; Ziervogel, 1995). Amerikaanse studies het ook al aangedui dat eetversteurde gedrag meer algemeen is by swart Amerikaanse vroue as vroue uit ander rasse-groepe. Swart vroue is ook meer geneig om bulimia nervosa as anorexia nervosa te ontwikkel en die waarskynlikheid is ook groter dat hulle purgeermiddels in plaas van vomering sal gebruik om gewig te verloor. Uit die literatuur blyk dit asof daar 'n algehele toename in die voorkoms van eetversteurings in lande soos Japan, China, Spanje, Argentinië en Fiji is (APA, 2000).

### **2.2.3 SAMEVATTING**

Die beraamings van die insidensie van eetversteurings varieer baie weens metodologiese verskille, maar dit blyk duidelik dat dit meer algemeen is by vroue en spesifiek adolessente meisies. Alhoewel eetversteurings meer algemeen by Westerse middelklasvroue voorkom, toon meer onlangse studies 'n toename in die voorkomssyfer by nie-Westerse populasies vanuit ander sosio-ekonomiese groepe.

Vervolgens sal anorexia nervosa en obesiteit meer volledig bespreek word.

## **2.3 ANOREXIA NERVOSA**

### **2.3.1 INLEIDING**

Volgens Olivier (1993) geniet anorexia nervosa prominensie in die media en trek dit toenemend die aandag van navorsers uit 'n verskeidenheid dissiplines. Anorexia nervosa is 'n komplekse versteuring met vele fasette. Norris (1986, p.39) beskryf dit as *"an alarming adolescent epidemic - the phenomenon of our times"*.

Vervolgens word daar aandag gegee aan die klassifikasie, simptomatologie en voorkoms van anorexia nervosa, sowel as die rol wat verskillende faktore in die etiologie van hierdie versteuring speel.

### **2.3.2 KLASSIFIKASIE, SIMPTOMATOLOGIE EN GEASSOSIEERDE KENMERKE**

In hierdie gedeelte word daar vlugtig gekyk na die diagnostiese kriteria vir anorexia nervosa, die simptome en kenmerke wat daarmee gepaard gaan, asook die fisieke en emosionele implikasies wat anorexia nervosa vir 'n persoon inhou.

#### **2.3.2.1 DSM-IV-kriteria**

'n DSM-IV-diagnose (APA, 1994) van anorexia nervosa word gemaak op grond van die volgende kenmerke:

- Daar bestaan 'n onvermoë om die liggaamsmassa op, of bo die normale minimummassa vir ouderdom en lengte te behou, byvoorbeeld gewigsverlies wat lei tot die handhawing van 'n liggaamsmassa minder as 85% van wat verwag word, of die onvermoë om die verwagte gewigstoename gedurende 'n periode van groei te bereik, wat dan lei tot 'n liggaamsmassa minder as 85% van wat verwag word.

- 'n Intense vrees vir massatoename en om vet te word, terwyl die persoon se massa ver onder haar/sy ideale massa is.
- 'n Versteuring van die wyse waarop die liggaam se massa, grootte en vorm ervaar word.
- Wanneer daar by vroulike persone primêre of sekondêre amenoree voorkom, met ander woorde, wanneer ten minste drie menstruele siklusse agtereenvolgens afwesig is.

Die DSM-IV (APA, 1994) identifiseer twee subtypes van anorexia nervosa, naamlik die beperkende tipe en die eetvergryping-purgerende tipe. Dit blyk asof elke subtype afsonderlike kliniese kenmerke openbaar. Die eetvergryping-purgerende tipe deel baie van die kenmerke wat tipies by bulimia nervosa voorkom. 'n Gesinsgeskiedenis van obesiteit en 'n geskiedenis van obesiteit voor die aanvang van die anorektiese versteuring kom ook by baie van die persone met eetvergryping-purgerende anorexia nervosa voor. Hierdie tipe word ook met alkoholmisbruik, impulskontrole- en persoonlikheidsversteurings geassosieer. Verder is hulle meer geneig as die beperkende tipe om labiliteit in hul gemoed te toon, minder inhibisies ten opsigte van seksualiteit te hê en 'n meer uitgaande persoonlikheid te openbaar. Die beperkende tipe openbaar weer kenmerke van beperkte voedselinname, inname van so min as moontlik kalorige kossoorte en obsessief-kompulsiewe gedrag ten opsigte van voedsel. (APA, 1994; Barlow & Durand, 1995; Garfinkel, Modolfsky & Garner, 1980; Kaplan & Sadock, 1998).

Alhoewel die DSM-IV-kriteria klinici in staat stel om persone met 'n spesifieke eetversteuring te diagnoseer, kom die simptome op 'n kontinuum tussen anorexia nervosa en bulimia nervosa voor. Preokkupasie met gewig en oormatige selfevaluasie ten opsigte van

gewig en vorm is primêre simptome van beide anorexia nervosa en bulimia nervosa. Baie persone toon 'n mengsel van beide anorektiese en bulimiese gedrag, waar ongeveer 50% persone met anorexia nervosa, bulimiese simptome ontwikkel en sommige persone wat aanvanklik met bulimia nervosa gediagnoseer is, simptome van anorexia ontwikkel (APA, 2000).

### **2.3.2.2 Geassosieerde fisieke, psigiese en gedragskenmerke**

Persone met anorexia nervosa toon gewoonlik ook die volgende geassosieerde kenmerke (APA, 2000, p.3; Barlow & Durand, 1995, p. 305-306; Casper, 1998, p.381; Garfinkel, 1991, p.3972-3973; Hodes, 1995, p.482; Kaplan & Sadock, 1998, p.721-723; Norris, 1986, p.39-40):

▫ *Rituele eetgedrag*

Die persoon met anorexia nervosa begin soms met 'n gewone dieet, maar eet daagliks minder wat uiteindelik tot die ekstreme beperking van totale voedselinname lei. Koolhidraatvoedsel word dikwels vermy (eetvergrypingepisodes vind gewoonlik op hoë koolhidraatvoedsel by die eetvergrypings-purgerende tipe plaas) en die beperking van voedselinname gaan gewoonlik gepaard met intense fisieke oefening. Selfgeïnduseerde vomering of die gebruik van lakseermiddels kom algemeen by die eetvergryping-purgerende tipe voor.

Die gebruik van rituele handelings kenmerk die totale eetgedrag van 'n persoon met anorexia nervosa. Eienaardige gedrag ten opsigte van voedsel word waargeneem, byvoorbeeld as die persoon sy/haar kos sal versteek of weggooi, vleis in baie klein stukkies sal opsny of baie tyd sal bestee aan die herrangskikking van kos op hul borde. Verder is die persoon met anorexia nervosa

ook behep met eet, voedsel en die energiewaardes van verskillende voedselsoorte en verkies om alleen te eet. Die persoon sal ook baie moeite doen om sy/haar eetgewoontes te verberg.

▫ *Belemmering van sosiale interaksie*

In die vroeë stadia van anorexia nervosa openbaar hierdie persone beperkte insig in hul toestand en ervaar hulle hul simptome as egodistories. Persone met anorexia nervosa ervaar dikwels gevoelens van ontoereikendheid en toon 'n swak eiewaarde en 'n lae evaluering van hom/haarself. Dit gee aanleiding tot sosiale inhibisie en isolasie, byvoorbeeld die persoon sal nie voor ander wil uittrek of geweeg word nie. 'n Sterk behoefte aan die beheer van die omgewing ontstaan dus. Sosiale spontaneïteit, inisiatief en emosionele uitdrukking is ook beperk. Gebrekkige belangstelling in die aktiwiteite van sy/haar portuurgroep word dikwels by die persoon met anorexia nervosa waargeneem. Depressiewe, angstige en obsessief-kompulsiewe simptome en gedrag, perfeksionistiese trekke en rigiede kognitiewe style, sowel as 'n gebrek aan seksuele belangstelling is dikwels kenmerkend van die persoon met anorexia nervosa. Selfmoordgedagtes en selfmutilerende gedrag word ook somtyds by die persone waargeneem.

Bogenoemde kenmerke en simptome mag ook die gevolg van wanvoeding of selfverhongering wees. Sommige van die aanvanklike en volgehoue simptome van hierdie versteuring word deur die fisiologiese impak van die verhongering vererger en is slegs gedeeltelik omkeerbaar met behulp van voedingstofrehabilitasie (APA, 2000).

### 2.3.3 DIE GEVOLGE VAN ANOREXIA NERVOSA

Dit is reeds bekend dat eetversteurings ernstige langtermynprobleme in terme van die persoon se funksionering en psigiese welstand veroorsaak. Hiermee saam ervaar persone met anorexia nervosa ook die volgende fisieke newe-effekte (APA, 2000; Kaplan & Woodside, 1987): 'n Versteurde slaappatroon, gebarste en verkleurde vel, sensitiwiteit vir koue, konstipasie, verswakking van spiere en beenstrukture wat weer tot die ontwikkeling van osteoporose kan lei, elektrolietwanbalanse, vitamientekorte, hormonale veranderinge (verminderde estrogeen), opgeswelde speekselkliere, vertering van tandemalje vanweë die maagsure wat tydens vomering na die mond gebring word, gastroïntestinale veranderinge gevolg deur abdominale pyne, kardiiovaskulêre probleme waaronder hartdisritmes, hipotensie en duiseligheid en endokrinologiese veranderinge (verlaagde liggaamstemperatuur en amenoree).

Psigiese newe-effekte soos depressie, irritasie, gebrek aan konsentrasie, agitatie, rusteloosheid en 'n verlies aan seksuele belangstelling word ook dikwels met anorexia nervosa geassosieer (APA, 1994; Kanarek & Marks-Kaufman, 1991; Kaplan & Woodside, 1987).

Dit blyk ook asof wanvoeding intellektuele funksionering aantast en dat hierdie persone se denkpatrone gekenmerk word deur absolutisme en oorveralgemening. Wanvoeding kan ook aanleiding gee tot die verarming van emosionele belewenisse en alhoewel hierdie gevolge progressief is, is dit tog omkeerbaar wanneer die fisieke tekorte aangespreek word (Duker & Slade, 1988; Norris, 1991).

Alhoewel anorexia nervosa ernstige fisieke en psigiese implikasies vir die persoon inhou, blyk dit asof dit ook 'n gevoel van beskerming, versorging en beheer by die persoon laat ontstaan. Serpell, Treasure, Teasdale en

Sullivan (1999) is van mening dat dit juis hierdie persepsies en houdings is wat persone met anorexia nervosa rondom hul siekte handhaaf, wat hul versteuring in stand hou.

#### **2.3.4 EPIDEMIOLOGIE**

Anorexia nervosa is toenemend oor die afgelope dekades, veral onder preadolesente meisies en seuns gerapporteer (Kaplan & Sadock, 1998). Die prevalensie van anorexia nervosa by jong vroue word op tussen 0,3% en 1,0% beraam (APA, 1994; Hoek, 1995), terwyl anorexia nervosa na beraming by 2,9% Suid-Afrikaanse blanke adolessente voorkom (Andersen, 1985). Alhoewel daar 'n toename in die insidensie van anorexia nervosa in die tydperk tussen 1930 en 1970 waargeneem is, blyk die insidensie sedertdien redelik konstant te bly. Alhoewel daar 'n styging is in die aantal persone met anorexia nervosa wat by praktisyns aanmeld, is dit onseker of dit 'n werklike styging in insidensie weerspieël en, of dit bloot dui op 'n toename in die aantal gediagnoseerde persone weens groter bewustheid van die toestand by praktisyns (Hoek, 1995; Ziervogel, 1995). Volgens Hoek word meer as 40% aangemelde gevalle deur algemene praktisyns gediagnoseer en vir behandeling verwys.

Volgens Andersen (1985) word hierdie versteuring meer dikwels by die vroulike geslag aangetref, maar ongeveer 10 % van die gediagnoseerde persone is mans. Alhoewel hierdie versteuring aanvanklik hoofsaaklik onder die hoër sosio-ekonomiese groepe gerapporteer is, toon onlangse epidemiologiese studies dat dit nie meer die geval is nie. Dit blyk asof dit meer gereeld voorkom in die ontwikkelde lande en by meisies in beroepsgroepe wat slankheid vereis, soos ballet en modelwerk (Hoek, 1995; Kaplan & Sadock, 1998). Die algemeenste aanvangsouderdome vir anorexia nervosa is in die middel-tienerjare, maar tot 5% van die aangemelde gevalle se aanvangsouderdome is in hul vroeë twintigerjare (Kaplan & Sadock).



### **2.3.5 ETIOLOGIE**

Weens die komplekse aard van die versteuring word aanvaar dat die interaksie tussen 'n verskeidenheid faktore soos sosiokulturele druk, ongunstige gesins- en individuele omstandighede, genetiese kwesbaarhede, premorbiede persoonlikheidstrekke en ander psigologiese prosesse aanleiding gee tot die ontwikkeling van hierdie versteuring (Kaplan & Sadock, 1998; Walsh & Devlin, 1998).

Vervolgens gaan die faktore, wat 'n belangrike rol speel in die ontwikkeling en instandhouding van anorexia nervosa, bespreek word.

#### **2.3.5.1 Biologiese faktore**

In Leon, Keel, Kelly, Klump en Fulkerson (1997) word 'n genetiese predisposisie, oordragstofdisfunksie, hormonale disfunksie, metabolies-bepaalde gewigsverskille en probleme met periferiese funksionering in die gastroïntestinale sisteem as biologiese risikofaktore vir die ontwikkeling van eetversteurings onder die loep geneem. Meer spesifiek blyk dit asof onderfunksionering van die hipotalamus 'n rol in die ontwikkeling van anorexia nervosa speel (Barlow & Durand, 1995; Kanarek & Marks-Kaufman, 1991; Wren & Lask, 1993) en is dit tesame met endokrinologiese abnormaliteite as oorsaaklike faktore in die ontwikkeling van anorexia nervosa ondersoek. Volgens Glitin (1990) hou anorexia nervosa moontlik verband met oormatige vlakke van serotonien (versadigde gevoel) en endorfiene ('n gelukkige gevoel) en word die behoefte aan voeding in beide gevalle onderdruk. Navorsingsbevindinge kon nog nie die oorsaaklike rol van hierdie biologiese faktore bevestig nie (Ziervogel, 1990).

Alhoewel daar geen twyfel oor die biologiese bydrae in die instandhouding van anorexia nervosa bestaan nie (Kaplan &

Woodside, 1987), is dit baie moeilik om die potensiele biologiese risikofaktore te onderskei van die verwarrende fisiologiese effekte van die eetversteuring self (Leon et al., 1997); daarom is dit moeilik om die oorsaak-gevolg-verhouding uit te klaar.

Die moontlikheid van 'n genetiese predisposisie vir die ontwikkeling van anorexia nervosa het die belangstelling van verskeie navorsers geprikkel (Crisp, 1985; Holland, Hall, Murray, Russell & Crisp, 1984; Kendler, MaClean, Neale, Kessler, Heath & Eaves, 1991; Lilienfeld, Kaye, Greeno, Merikangas, Plotnicov, Police, Rao, Strober, Bulik & Nagy, 1998; Strober, 1991; Walters & Kendler, 1995). Anorexia nervosa vertoon 'n hoër voorkomssyfer by die gesinslede van individue met eetversteurings (6%) as in die algemene populasie (0.5% tot 1.0%) en persone met anorexia nervosa is vier tot vyf keer meer geneig tot die ontwikkeling van 'n eetversteuring as die algemene populasie (Barlow & Durand, 1995; Kanarek & Marks-Kaufman, 1991; Wren & Lask, 1993).

In gedragsgenetiese studies is daar gevind dat genetiese faktore ongeveer 'n 70%-bydrae lewer in die ontwikkeling van anorexia nervosa (Gorwood, Bouvard, Mouren-Simeoni, Kipman & Ades, 1998). Talle tweelingstudies is ook al onderneem om die rol van genetika in die ontwikkeling van anorexia te ondersoek. Verskeie tweelingstudies het korrelasiesyfers vir anorexia nervosa van tussen 30% tot 50% by identiese tweeling gerapporteer teenoor 10% en minder in nie-identiese tweeling (Barlow & Durand, 1995).

Uit bogenoemde blyk dit dus asof metabolisme, die onderfunksionering van die hipotalamus en 'n hormonale disfunksie die vernaamste biologiese risikofaktore is wat 'n rol in die ontwikkeling van anorexia nervosa speel. Anorexia nervosa kom

ook meer algemeen by gesinne en families voor, wat op 'n sterk genetiese komponent by hierdie individue dui.

### **2.3.5.2 Sosiokulturele en demografiese faktore**

Die volgende bespreking handel oor die invloed van sosiokulturele sowel as demografiese faktore op die ontwikkeling en instandhouding van anorexia nervosa.

#### *2.3.5.2.1 Sosiokulturele faktore*

Die toename in eetversteurings by blanke vroue kan ook aan sosiokulturele faktore toegeskryf word (Root, 1990). Hierdie versteurings kom algemeen in Westerse geïndustrialiseerde lande soos die Verenigde State van Amerika, Kanada, Europa, Australië, Nieu-Seeland asook Suid-Afrika voor (APA, 1994; Barlow & Durand, 1995; Herzog & Bradburn, 1992). Die kulturele konteks waarin anorexia nervosa algemeen voorkom, word gekenmerk deur relatiewe welvaart, die beklemtoning van 'n slanke voorkoms as aantreklik ('thin ideal') en teenstrydige rolle waarmee vroue gekonfronteer word (Ziervogel, 1990).

Volgens Showers en Larson (1999) word daar sterk ondersteuning in die literatuur gebied vir die rol wat die kulturele obsessie met gewig en voorkoms en die implikasies daarvan vir vroue se selfagting in die ontwikkeling van eetversteurings speel. Die ideaal van 'n skraal figuur, sowel as die negatiewe liggaamsbeeld wat deur talle vroue gehandhaaf word, is vermoedelik motiverende kragte vir die ontwikkeling van eetversteurings.

Die media speel 'n belangrike rol in die bevordering van 'n geïdealiseerde beeld waaraan baie vroue vandag ten alle koste probeer konformeer. Die inhoud van artikels in vrouetydskrifte

getuig daarvan. In vrouetydskrifte word die Westerse samelewing se klem op 'n slanke figuur en oefening sterk benadruk (Kaplan & Sadock, 1998; Kanarek & Marks-Kaufman, 1991). Ter ondersteuning hiervan het Pinhas, Toner, Ali, Garfinkel en Stuckless (1999) die invloed van die waarneming van foto's van slanke modelle op die gemoedstoestand van 'n groep vroue ondersoek. Hulle het gevind dat dit 'n onmiddellike negatiewe uitwerking op vroulike waarnemers se gemoedstemming gehad het. Die resultate van hul studie ondersteun die hipotese dat mediabeelde 'n belangrike bydraende rol in die ontwikkeling van eetversteurings speel. Ten spyte van 'n groter bewustheid omtrent die gevare van eetversteurings en die publisering van artikels oor eetversteurings in bogenoemde tydskrifte, strewe baie vroue steeds na 'n onbereikbare ideaal.

Dit blyk ook asof persone uit ander kulture met toenemende blootstelling aan Westerse waardes 'n groter risiko het om anorexia nervosa te ontwikkel. Ter ondersteuning hiervan het Pumariega, Edwards en Mitchell (1984) die verband tussen kultuur, sosio-ekonomiese status en houdings teenoor eetgedrag in 'n nie-kliniese steekproef Latyns-Amerikaanse vroue ondersoek. Hulle het gevind dat hoe meer Westerse waardes ten opsigte van liggaamsbou en skoonheid aangehang word, hoe groter is die risiko vir 'n individu om 'n eetversteuring te ontwikkel. Davis en Katzman (1999) het weer in 'n meer onlangse studie ondersoek ingestel na die verhouding tussen akkulturasie, selfagting, depressie en die eienskappe wat geassosieer word met eetversteurings by Chinese universiteitstudente. In hul studie het hoogsgeakkultureerde vroue beduidend hoër tellings op die eetversteuringsinventaris verkry. Dit blyk asof hierdie vroue oor die algemeen meer liggaamsontevredenheid, gevoelens van ontoereikendheid en 'n

strewe na slankheid rapporteer en dat die hoogsgeakkultureerde respondente perfeksionisme en 'n hoër innerlike bewustheid vermeld.

Vervolgens sal die rol van enkele demografiese faktore, onder andere ouderdom en geslag bespreek word.

#### 2.3.5.2.2 *Demografiese faktore*

Demografiese eienskappe speel 'n rol in die ontvanklikheid vir sosiokulturele druk wat mag aanleiding gee tot anorexia nervosa. Die demografiese veranderlikes wat moontlik 'n belangrike rol in die ontwikkeling van anorexia nervosa speel, is die volgende:

- *Ouderdom:* Anorexia nervosa kom hoofsaaklik by jong meisies tussen die ouderdomme 13 en 20 jaar voor. Adolesensie word as 'n risikoperiode vir die ontwikkeling van eetversteurings beskou (Halmi, Casper, Eckert, Goldberg & Davis, 1979).
- *Geslag:* Vroue is 'n groter risikogroep as mans vir die ontwikkeling van eetversteurings en 90% persone met eetversteurings is vroue (Halmi, Falk & Schwartz, 1981; Shisslak, Crago, Neal & Swain, 1987). Dit is gedeeltelik weens die feit dat vroue in die algemeen meer krities oor hul liggame is as mans. Die geslagsverskille in pogings om gewig te verander stem konsekwent ooreen met die idee dat vroue se eiewaarde afhanklik is van hul fisieke voorkoms en dat vroue sosiale verwerping vrees indien hulle afwyk van die voorgestelde ideale gewig.

Alhoewel anorexia nervosa en bulimia nervosa meer algemeen by vroue voorkom, word eetversteurings ook soms by mans gerapporteer. In 'n studie wat deur Hawkins en Clement (1980) onderneem is, het 49% mansstudente in hul steekproef eetvergrypingsepisodes gerapporteer. Dit blyk ook asof

homoseksuele mans, wie se subkultuur 'n slanker liggaamsideaal promoveer 'n hoër risiko het om eetversteurings te ontwikkel. Uit Carlat, Camargo en Herzog (1997) se bevindinge blyk dit asof homoseksualiteit/biseksualiteit 'n spesifieke risikofaktor vir mans in die ontwikkeling van eetversteurings is.

- *Sosio-ekonomiese status:* Soos dit reeds in die voorafgaande gedeeltes genoem is, hou anorexia ook verband met sosio-ekonomiese status, waar die middel- tot hoë sosio-ekonomiese groepe 'n groter risiko het om anorexia nervosa te ontwikkel. Soveel so, dat daar somtyds daarna verwys word as die "Golden girl's disease" (Root, 1990).
- *Etnisiteit:* Anorexia nervosa by swart persone word as raar beskou (Pumariega et al., 1984). Eetversteurings word as 'n blanke vroulike fenomeen beskryf (Root, 1990). Daar is sekere aanduidings dat anorexia nervosa besig is om toe te neem by die swart populasie (Pumariega et al., 1984; Swartz & Sheward, 1995; Ziervogel, 1995). Root (1990) voer die volgende redes aan vir die toename in eetversteurings by swart persone, naamlik 'n verwarring rondom identiteit en 'n strewe na aanvaarding in die dominante kultuur. Hierdie faktore kan tot 'n verhoogde kwesbaarheid vir die ontwikkeling van anorexia nervosa by sekere swart individue lei.
- *Subkulture:* Daar is 'n hoër voorkomssyfer van anorexia nervosa in populasies waar groter kulturele druk uitgeoefen word om maer te wees. Ballerinas en modelle is 'n spesifieke risikogroep vir die ontwikkeling van anorexia nervosa (Hoek, 1995; Hodes, 1995; Timms, 1993). In Barlow en Durand (1995) word studies gerapporteer waarin 'n voorkomssyfer van 7% tot 25% ballerinas in die ondersoekgroep anorexia-simptome gerapporteer het.

Dit blyk ook asof atlete, veral vroulike atlete in sportsoorte wat 'n skraal liggaam of voorkoms vereis, byvoorbeeld gimnastiek, skaats en atletiek 'n risiko het vir die ontwikkeling van 'n eetversteuring. Sekere faktore soos 'n kulturele preokkupasie met skraalheid, tesame met prestasieangs mag 'n vroulike atleet tot liggaamsontevredenheid predisponeer, wat dikwels tot versteuringsimptome aanleiding gee (APA, 2000; Gadpaille, Sanborn & Wagner, 1987).

Studentepopulasies het ook 'n groot risiko vir die ontwikkeling van eetversteurings (APA, 2000; Gibson & Thomas, 1991; Heatherton, Nichols, Mahamedi & Keel, 1995; Hesse-Biber, Clayton-Matthews & Downey, 1987; Mintz & Betz, 1988). In Mintz en Betz se studie het 61% van die voorgraadse studente in hul ondersoek een of ander vorm van eetversteurde gedrag gerapporteer. Faktore wat sterk met die graad van eetversteuring gekorreleer het, was onder andere: 'n lae eiewaarde, 'n negatiewe liggaamsbeeld, die internalisering van sosiokulturele verwagtinge ten opsigte van die begeerlikheid van slankheid, obsessiewe gedagtes rondom gewig en die voorkoms en die negatiewe invloed hiervan op ander areas van die persoon se funksionering.

#### 2.3.5.2.3 *Samevatting*

Alhoewel anorexia nervosa baie meer algemeen is by blanke adolessente en jong vroue uit middel- tot hoë sosio-ekonomiese groepe is sekere veranderinge besig om plaas te vind ten opsigte van die ouderdom, sosiale klas en etniese verspreiding van eetversteurings (Pate, Pumariega, Hester & Garner, 1992; Shisslak et al., 1987). Dit wil voorkom asof eetversteurings toeneem by

vroue ouer as 25 jaar, die laer sosio-ekonomiese groepe en by swart-, Latyns-Amerikaanse en swart Suid- Afrikaanse populasies.

### **2.3.5.3 Gesins- en omgewingsfaktore**

Faktore wat verband hou met die gesin en ander gesinsomgewingsfaktore word vervolgens bespreek.

#### **2.3.5.3.1 Gesinsfaktore**

Onenigheid in die gesin, vervreemding van affeksie en beperking van outonomie word as predisponerende faktore in die ontwikkeling van anorexia nervosa (en ander eetversteurings) beskou. Hoe ernstiger hierdie probleme is, hoe groter is die risiko vir persone om 'n eetversteuring te ontwikkel (Strober & Humphrey, 1987).

Meer spesifiek word die volgende kenmerke geassosieer met gesinne waarin anorexia voorkom (Brookings & Wilson, 1994; Brownell & Foreyt, 1986; Garfinkel, 1991; Minuchin, Rosman & Baker, 1978; Oberholzer, 1984; Pike & Rodin, 1991; Strober & Humphrey, 1987; Timms, 1993; Waugh & Bulik, 1997; Ziervogel, 1990):

- Sosiokulturele waardes word hoog geag deur gesinslede.
- Familiegeskiedenis van eetversteurings, gemoedsversteurings en alkoholafhanklikheid.
- Gesinsverhoudinge wat outonomie ontken en afhanklikheid aanmoedig.
- Oorbetrokkenheid van gesinslede bymekaar.
- Oorbekermende, rigiede en outokratiese gesagsfigure.
- 'n Fasade van tevredenheid en ontkenning van konflik.



- 'n Disfunsionele sosiale klimaat belaa met konflik, gebrekkige kohesie, organisasie en aanpassing, wat minder ekspressief en meer prestasiegeoriënteerd is.
- 'n Swak moeder-dogter-verhouding, asook swak voedingsgedrag tydens die baba- en kinderjare, kan ook 'n rol speel in die ontwikkeling van anorexia nervosa.

Hsu (1990) beskryf die tipiese 'anorektiese gesin' as suksesvol, hardwerkend, besorg oor uiterlike voorkoms en ywerig om harmonie te handhaaf. Om hierdie doelwitte te bereik, ontken en ignoreer gesinslede dikwels konflik of negatiewe gevoelens en neig hulle om hul probleme toe te skryf aan faktore buite die gesin. Rastam & Gillberg (1991) het in hul studie, in teenstelling met die idee van 'n tipiese anorektiese gesin gevind, dat die gesinne waarin persone met anorexia nervosa voorkom, minder gelukkig en ontkenkend van hul probleme is as wat verwag sou word. Daar is ook meer openlike konflik en probleme gerapporteer in hierdie gesinne as in die gesinne waarin daar geen anorexia nervosa voorkom nie.

Strober en Humphrey (1987) is egter van mening dat alhoewel sekere gesinspatrone met eetversteurings geassosieer word, blyk dit asof sekere persoonlikheidstrekke wat geneties bepaal mag word, die individu predisponeer tot groter sensitiwiteit en kwesbaarheid vir sekere gesins- en sosiale ervarings.

Buiten gesinsdinamika blyk dit asof die kinders van vroue met 'n vorige of huidige diagnose van eetversteurings 'n potensiële hoë risiko vir die ontwikkeling van eetversteurings het (Waugh & Bulik, 1998). Dit word ook toenemend duideliker dat eetversteurings in gesinsverband voorkom en dat bydraende genetiese faktore 'n

belangrike rol in bogenoemde speel (Strober & Humphrey, 1987; Strober, Morrell, Burroughs, Salkin & Jacobs, 1985). Gesinsgenetiese studies dui op die moontlikheid van 'n genetiese kwesbaarheid vir eetversteurings (Kendler et al., 1991; Strober et al., 1990). 'n Hoë voorkomssyfer van ander psigiatriese versteurings en simptomatologie word in die gesinne van persone met anorexia nervosa gevind. Gemoedsversteurings, alkoholisme en obsessief-kompulsiewe versteurings kom veral algemeen onder gesinslede van persone met anorexia nervosa voor (Kanarek & Marks-Kaufman, 1991; Halmi, Eckert, Marchi, Sampugnaro, Apple & Cohen, 1991; Lilenfeld et al., 1998; Stern et al., 1992; Strober, Lampert, Morrell, Burroughs & Jacobs, 1990). Lilenfeld et al. (1998, p.603) het ondersoek ingestel na 'n gemeenskaplike genetiese kwesbaarheid in die gesinne van persone met eetversteurings en het tot die gevolgtrekking gekom dat, *"...there may be a common familial vulnerability for anorexia nervosa and bulimia nervosa. Major depressive disorder, obsessive-compulsive disorder, and substance dependence are not likely to share common cause with eating disorders. However, obsessional personality traits may be a specific familial risk factor for anorexia nervosa."*

#### 2.3.5.3.2 Omgewingsfaktore

Uit die literatuur blyk dit ook asof verskeie ander faktore, byvoorbeeld voedingsgedrag en -patrone, ouerterugvoer en gesinswaardes verband hou met die ontwikkeling van eetversteurings. Hierdie faktore vorm deel van die gesinsomgewing wat 'n verhoogde risiko by persone kan skep.

##### □ *Voedingsgedrag en -patrone*

Waugh en Bulik (1999) is van mening dat die voedingsgedrag van vroue met eetversteurings 'n probleem is vanaf die tyd van

swangerskap regdeur die kleuterjare en alhoewel dit onwaarskynlik is dat dit eetversteurings sal veroorsaak, dra dit by tot 'n omgewing waarin 'n genetiese predisposisie tot uiting kan kom.

Die problematiese voedingsgedrag van vroue met eetversteurings kan verskeie ernstige implikasies vir die kind inhou. Kinders van vroue met eetversteurings kan 'n betekenisvolle laer geboortegewig en lengte as ander kinders toon (Waugh & Bulik, 1999). Moeders met eetversteurings kan ook probleme met die proses van borsvoeding self ondervind (Evans & le Grange, 1995), of hul babas op ongereeelde ure met voedsel van 'n lae voedingswaarde voed (Agras, Hammer & McNicholas, 1999). Verder kan moeders met 'n eetversteuring ook afsydigheid teenoor en swak interaksie met hul kinders tydens maaltye openbaar (Stein, Woolley, Cooper & Fairburn, 1994).

□ *Ouerlike terugvoer*

Ten opsigte van die verband tussen liggaamsbeeld, psigologiese funksionering en ouerterugvoer het die mans en vroue in Schwartz, Phares, Tantleff-Dunn en Thompson (1999) se studie nie veel verskille getoon ten opsigte van die terugvoer wat hulle vanaf hul moeders gekry het nie, alhoewel vroue baie meer voorkomsverwante terugvoer vanaf hul vaders gekry het. Uit die bevindinge van hierdie studie blyk dit asof voorkomsverwante terugvoer 'n bydraende faktor is in die ontwikkeling van liggaamsbeeldversteurings en algehele psigologiese funksionering. Ouerlike terugvoer en modellering blyk dus 'n effek te hê op kinders se gewig en vorm verwante houdings en eetgedrag.

□ *Gesinswaardes*

Ogden en Thomas (1999) het die effek van gesinswaardes en sosiale klas op gewig ondersoek en gevind dat die respondente in die hoër sosio-ekonomiese groepe skynbaar meer waarde heg aan fisieke voorkoms en minder waarde heg aan prestasie, wat tot hoër vlakke van beperkte voedselinname, groter liggaamsontevredenheid en liggaamsdistorsie kan aanleiding gee.

**2.3.5.3.3** *Samevatting*

Die gesin waar anorexia nervosa voorkom, word gekenmerk deur hoë sosiokulturele waardes, outonomieit, vervreemding van affeksie, asook rigiditeit en 'n familiegeskiedenis van eet- en gemoedsversteurings. Verder blyk dit asof sekere aspekte van die gesinsomgewing soos swak voedingsgedrag, ouerlike terugvoer en gesinswaardes ten opsigte van liggaamsgewig en -vorm 'n moontlike rol in die ontwikkeling van anorexia nervosa speel.

**2.3.5.4** **Psigologiese faktore**

Oor die afgelope dekade was daar 'n groeiende belangstelling in die moontlikheid om faktore wat die risiko vir latere ontwikkeling van eetversteurings verhoog te identifiseer (Leon, Fulkerson, Perry, Keel & Klump, 1999). Die rol van psigologiese faktore as moontlike risikofaktore vir die ontwikkeling van eetversteurings word in die literatuur beklemtoon. Hierdie faktore sluit onder andere ontwikkelingsfaktore, persoonlikheid, temperament, houdings en leerprosesse soos modellering en wanaangepaste response tot spanning in. Vervolgens word enkele van hierdie faktore kortliks bespreek:

#### 2.3.5.4.1 *Ontwikkelingsdeterminante*

Epidemiologiese studies dui op 'n groter voorkomssyfer van eetversteurings by adolessente. Adolessensie word as 'n hoë risikoperiode vir die ontwikkeling van eetversteurings beskou (APA, 1994; Attie, Brooks-Gunn & Petersen, 1990; Halmi, Casper, Eckert, Goldberg & Davis, 1979; Hsu, 1989; Toro, Castro, Garcia, Perez & Cuesta, 1989), terwyl puberontwikkeling (volwassewording) as 'n sentrale stimulus vir die verskyning van simptome van anorexia nervosa beskou word (Strober, 1981).

Uit 'n ontwikkelingsperspektief betree die adolessent 'n nuwe fase waarin hy/sy met meer verantwoordelikheid, outonomie en nuwe lewenstake gekonfronteer word en vind daar sekere transformasies tydens hierdie periode plaas. Volgens Strober (1981, p.293) behels hierdie transformasies, *"a replacement of parental values and ideologies with a more individuated ego identity; the broadening of peer group affiliations; an upsurge of biological drives and affectivity; psychological adjustment to changes in physique and general appearance and the advent of cognitive structures associated with more differentiated thought, hypothesis testing and problem solving."*

In teenstelling met ander kulture, byvoorbeeld die Afrika-kulture, waar die oorgang van adolessensie na volwassenheid vergemaklik word deur sekere rituele bestaan daar nie in die Westerse kultuur gestandaardiseerde reëls en rituele vir die oorgang na volwassenheid nie (Welbourne & Purgold, 1984). Dieet het wel in 'n mate die oorgang na volwassenheid in die Westerse wêreld begin simboliseer en toon 'n sterk verband met identiteit en selfbeeld by die adolessent (Root, 1990). Alhoewel dieetgedrag nie in alle persone aanleiding gee tot die ontwikkeling van 'n

eetversteuring nie, word dit tog as 'n risikofaktor daarvoor beskou (Patton, Johnson-Sabine, Wood, Mann & Wakeling, 1990), omrede hierdie persone sekere van die kenmerke van eetversteurde gedrag soos 'n strewe na slankheid, eetvergryping en ernstige ontevredenheid met liggaamsgewig en -vorm toon (Gendall, Joyce, Sullivan & Bulik, 1998).

Uit 'n psigoanalitiese perspektief word anorexia nervosa beskou as 'n poging om sommige van die eise en konflikte van adolessensie (volwassewording), veral seksuele volwassewording te vermy (APA, 2000; Kendall & Hammon, 1995; Rosenhan & Seligman, 1984; Timms, 1993; Welbourne & Purgold, 1984). Min ondersteuning word vir die teorie in die literatuur gevind.

Volgens Pryor en Wiederman (1998) is adolessensie 'n stormagtige tydperk, gekenmerk deur intense fisieke en psigologiese veranderinge. Die jong persoon met anorexia nervosa het nog nie op die vlak van persoonlikheidsfunksionering die nodige hanteringsmeganismes (gevoel van individuasie, bemeestering en algemene plastisiteit van psigologiese funksionering) verwerf nie, daarom kan hy/sy nie die uitdagings van volwassewording effektief bemeester nie. Die persoon voel dus oneffektief en magteloos, verwar emosionele en fisieke prikkels, het 'n gebrek aan persoonlike identiteit en hul gewig bepaal in 'n groot mate hul eiewaarde (Shisslak et al., 1987; Strober, 1981). Olivier (1993) ondersteun bogenoemde standpunt en wys daarop dat die gebrekkige identiteitsvorming en swak selfbeeld, tesame met swak sosialiseringvermoë en 'n onvermoë om goeie interpersoonlike verhoudings te handhaaf, 'n belemmerende effek uitoefen op die adolessent se aanpassing by die veranderinge wat volwassewording gedurende puberteit vereis.

Die adolessent se intellektuele ontwikkeling speel ook 'n belangrike rol in die predisponering tot anorexia. Tydens adolessensie ontwikkel formeel-operasionele denke (Louw, 1991) wat die adolessent in staat stel om verbande tussen eetgedrag en sosiale reaksies in te sien. Die adolessent raak bewus daarvan dat 'n slanke voorkoms dikwels nou saamhang met die samelewing se goedkeuring (Stierlin & Weber, 1989).

#### 2.3.5.4.2 *Selfagting*

Uit die literatuur blyk dit dat die adolessent met anorexia nervosa se lae selfagting en min selfvertroue haar/hom meer weerloos teen anorexia nervosa maak (Barlow & Durand, 1995; Olivier, 1993). *Die verklarende en vertalende sielkundewoordeboek* (Plug et al., 1997, p.325) definieer selfagting as die individu se aanvaarding en goedkeuring van sy/haar eienskappe. *Die Ensiklopedie vir Sielkunde* (Corsini, 1984, p.58) definieer selfagting as die manier hoe 'n persoon oor hom/haarself voel, insluitend die graad van selfrespek en selfaanvaarding waaroor 'n persoon beskik. 'n Lae selfagting is 'n algemene verskynsel by persone met subkliniese en kliniese eetversteurings (Button, 1990; Ledoux, Choquet & Flament, 1991; Polivy & Herman, 1987; Striegel-Moore, Silberstein, Rodin, 1986; Wagner, Halmi & Maguire, 1987). In 'n studie onderneem deur Canals, Carbajo, Fernández, Marti-Henneberg en Doménech (1996) met die doel om 'n psigologiese en somatiese patroon vir adolessente met eetversteuringspatologie te bepaal, het hulle gevind dat die voorkoms van risikoeetgedrag 12,4% was vir meisies en 8,3% vir seuns. Oor die algemeen blyk dit asof 'n lae selfagting en hoë vlakke van angs die belangrikste voorspellers van eetversteurings is. Meisies met eetversteurings simptome het meer tekens van psigopatologie getoon as seuns met dieselfde eetversteurings simptome.

#### 2.3.5.4.3 *Leerprosesse*

Eetversteurings mag ook die resultaat van leerprosesse wees. Kinders en adolessente het 'n groter risiko om eetversteurings te ontwikkel indien hulle gereelde sterk uitsprake teenoor gewig en dieet van ander lede van hul gesin aanhoor (Pike & Rodin, 1991). Modelling en aangeleerde wanaangepaste hanteringsmeganismes vir spanning word ook as risikofaktore in die ontwikkeling van eetversteurings beskou (Bruch, 1969; Wren & Lask, 1993). Hier speel die moeder-baba-verhouding 'n belangrike rol. Die onvermoë om tussen honger- en emosionele prikkels te onderskei, word sterk geassosieer met eetversteurings en spruit moontlik uit die moeder se ontoepaslike reaksies (soos deur te kompenseer met kos) op die kind se emosionele behoeftes. Dit lei tot 'n swak innerlike bewustheid (die onvermoë om tussen fisieke en emosionele prikkels te onderskei) by die kind.

#### 2.3.5.4.4 *Persoonlikheid*

In hoofstuk 1 (paragrafe 8 & 9, p.3-4) is daar reeds klem gelê op die belangrikheid van die oorweging van persoonlikheid as predisponerende of instandhoudende faktor in anorexia nervosa. Gillberg, Rastam en Gillberg (1995) is van mening dat die standpunt dat sekere persoonlikheidstrekke oorverteenvoerdig is in populasie met anorexia nervosa, sterk ondersteun word in die literatuur. Meer aandag word in hoofstuk 3, paragraaf 3.6.2 aan verskillende persoonlikheidstrekke as risikofaktor in die ontwikkeling van anorexia nervosa gegee.

#### 2.3.5.4.5 *Komorbiede psigopatologie*

Verskeie navorsers het 'n hoë voorkomssyfer van komorbiede psigiatriese versteurings soos obsessief-kompulsiewe versteuring, angstersteurings, gemoedsversteurings en persoonlikheids-



versteurings by persone met anorexia nervosa gevind (APA, 2000; Braun, Sunday & Halmi, 1994; Davis, Claridge & Cerullo, 1997; Grilo, Levy, Becker, Edell & McGlashan, 1996; Herzog, Keller, Lavori, Kenny & Sacks, 1992; Herzog, Keller, Sacks, Yeh & Lavori, 1992; Matsunaga, Kiriike, Nagata, Yamagami, 1998; Rastam 1992; Rastam, Gillberg & Gillberg, 1995; Schork, Eckert & Halmi, 1994; Smith & Steiner, 1992; Wonderlich & Mitchell, 1997).

Bogenoemde dui op die moontlikheid van 'n algemene kwetsbaarheid vir psigopatologie by persone met eetversteurings. Hierdie algemene kwetsbaarheid mag individue predisponer tot die ontwikkeling van 'n eetversteuring en kan deur die verloop van die versteuring 'n instandhoudende rol speel.

#### 2.3.5.4.6 *Seksuele en fisieke mishandeling*

Teenstrydige inligting bestaan tans oor die verband tussen seksuele misbruik en eetversteurings en dit noodsaak meer navorsing daaroor. In 'n studie van Schmidt, Tiller en Treasure (1993) het 16-30% van die persone met eetversteurings ervaringe van seksuele misbruik gerapporteer en volgens Deep, Lilenfeld, Plotnicov, Police en Kaye (1999) se studie was dit veral vroue met bulimia nervosa en substansmisbruik wat 'n hoë voorkoms van ernstige seksuele misbruik gerapporteer het. Uit die bevindinge van Wonderlich, Brewerton, Jagic, Dansky en Abbott (1997) blyk dit asof seksuele misbruik tydens die kinderjare 'n niespesifieke risikofaktor vir die ontwikkeling van bulimia nervosa is, veral wanneer daar 'n komorbiede psigiatriese versteuring teenwoordig is.

Kent, Waller en Dagnan (1999) daarenteen het die verhouding tussen vier vorme van kindermishandeling (fisiek, seksueel,

emosioneel en verwaarlosing) en ongesonde volwasse eethoudings ondersoek en gevind dat emosionele mishandeling die enigste vorm van trauma in die kinderjare is wat ongesonde volwasse eethoudings voorspel. Die bevindinge in hierdie studie onderstreep die noodsaaklikheid daarvan om 'n geskiedenis van emosionele trauma as 'n potensiële risikofaktor vir die ontwikkeling van eetversteurings te ondersoek.

#### 2.3.5.4.7 *Samevatting*

Adolesensie blyk 'n ernstige risikoperiode vir die ontwikkeling van anorexia nervosa te wees. Gedurende hierdie periode word die adolessent met vele eise en verwagtinge gekonfronteer wat meebring dat hy/sy nie in staat is om hierdie eise te hanteer nie. Anorexia nervosa mag dus ontwikkel weens die jong persoon se strewe na perfeksie en 'n poging om beheer oor een aspek van sy/haar lewe uit te oefen. 'n Lae selfagting en min selfvertroue mag die adolessent meer weerloos en ontvanklik vir die ontwikkeling van anorexia nervosa maak. Modellerings en aangeleerde wanaangepaste hanteringsmeganismes vir spanning word ook as risikofaktore beskou, waar voedselbevrediging met emosionele bevrediging verwar word en tot 'n swak innerlike bewustheid kan lei. Verder blyk dit asof komorbiede psigopatologie dikwels by persone met anorexia nervosa voorkom en op 'n algemene kwetsbaarheid vir psigopatologie dui. Die rol wat seksuele en fisieke mishandeling tydens die ontwikkeling van anorexia nervosa speel, kon nog nie met sekerheid uitgeklaar word nie, maar dit blyk tog of daar 'n sterk verband tussen anorexia nervosa en seksuele/fisieke/emosionele mishandeling bestaan.

## **2.4.6 SAMEVATTING**

Alhoewel die DSM-IV (APA, 1994) spesifieke kriteria vir die diagnose van anorexia nervosa voorstel, is dit 'n komplekse versteuring en moet daar gewaak word teen 'n oorsimplistiese beskrywing van die versteuring.

Die voorkoms van anorexia nervosa is kommerwekkend hoog, veral in die lig van die toename in die voorkoms van hierdie versteuring by jong meisies. Biologiese, sosiokulturele, demografiese en psigologiese faktore speel 'n bydraende rol in die toename van anorexia nervosa. Daar kan nie 'n enkele oorsaaklike of bydraende faktor in die ontwikkeling van anorexia nervosa uitgesonder word nie. Navorsers begin toenemend wys op die multidimensionele aard van die etiologie van anorexia nervosa. Biologiese, genetiese, gesins-, omgewings- en individuele faktore speel almal 'n rol in die ontwikkeling van eetversteurings, hetsy dit 'n predisponerende, presipiterende of instandhoudende rol is.

Die volgende bespreking handel oor obesiteit, waar daar gefokus sal word op die definisie, diagnose, epidemiologie en etiologie van hierdie versteuring.

## **2.4 OBESITEIT**

### **2.4.1 Inleiding**

Alhoewel obesiteit nie in die DSM-IV (APA, 1994) as 'n eetversteuring geklassifiseer word nie en dit hoofsaaklik as 'n mediese toestand beskou word, is daar aanduidings dat obesiteit verwant is aan ander eetversteurings soos anorexia nervosa en bulimia nervosa (Barlow & Durand, 1995; Garfinkel, Moldofsky & Garner, 1980; Rastam, 1992).

Daar is besluit om obesiteit in hierdie studie in te sluit, ten einde ooreenkomste en verskille tussen die eetversteurings wat in die DSM-IV (APA, 1994) ingesluit is en obesiteit aan te toon. Foreyt (1987, p.677)

spreek hom soos volg uit oor die verband tussen obesiteit en ander eetversteurings: *“although many obese individuals do binge eat or engage in other disordered eating patterns, the most important reason for including obesity in a special series on eating disorders is the hope that research and clinical work in the assessment and treatment of obesity will benefit colleagues who are studying and treating bulimia and anorexia nervosa, and vice versa. There is much to be learned from interactions among researchers and clinicians in each of these areas”*.

Vervolgens sal meer aandag gewy word aan die omskrywing van die begrip obesiteit.

#### **2.4.2 Definisie en diagnose**

Obesiteit kan in die eenvoudigste terme as 'n oormatige akkumulاسie van liggaamsvet beskryf word wat plaasvind wanneer kalorie-inname energieverbruik oorskry (Kaplan & Sadock, 1998; Plug et al., 1997). Obesiteit word gediagnoseer wanneer liggaamsvet meer as 25% van die totale liggaamsgewig vir mans en 30% vir vroue oorskry. Alhoewel die terme obesiteit en oorgewig somtyds as sinonieme gebruik word, is die twee toestande in werklikheid verskillend. Daarom is verskeie tegnieke ontwikkel om tussen persone met obesiteit en persone wat oorgewig is weens 'n toename in lenige liggaamsmassa soos by atlete te onderskei. 'n Akkurate maatstaf hiervoor is die meting van liggaamsdigtheid, waar die gewig van die persoon binne 'n tenk water met sy/haar gewig op land vergelyk word. Omdat spierweefsel digter is as vetweefsel, verplaas dit meer water as vetweefsel en sal 'n gespierde persoon dus 'n hoër liggaamsdigtheid as 'n obese persoon hê (Hodge & Maseelall, 1993; Kanarek & Marks-Kaufman, 1991).

Verskeie ander metodes is al die afgelope paar dekades ontwikkel om liggaamsvetinhoud te bepaal en dit sluit die volgende in: Totale

liggaamsvogbepaling, ultrasoniese klank en magnetiese resonansie-beelding. Die kompleksiteit en koste verbonde aan hierdie meetinstrumente maak dit onprakties vir kliniese gebruik. Die indirekte maatstawwe vir die meting van liggaamsvet soos velvoutoetse en gewigs- en lengtetabelle word meer algemeen vir die bepaling van obesiteit gebruik (Kanarek & Marks-Kaufman, 1991). Die kliniese metodes vir die meting van obesiteit is soos volg (Bray, 1986; Hodge & Maseelall, 1993; Kanarek & Marks-Kaufman 1991; Kaplan & Sadock, 1998; Thompson, 1993):

- *BMI*: 'n Meer presiese meting van obesiteit is die hoeveelheid vet in die liggaam of die liggaamsmassa-indeks (BMI), wat deur die volgende formule bereken word: BMI is gelyk aan liggaamsgewig in kilogram gedeel deur lengte in meter kwadraat. 'n Normale BMI val binne die grense van 20 tot 25 (Kaplan & Sadock, 1998).
- *Velvoutoetse (Skinfolds)*: Velvoudiktes word gemeet met 'n krompasser in die areas van die boarm, kuite, skouerblad en heupgedeeltes.
- *Omtrekmetings*: Hierdie metode beraam die liggaamsvetdistribusie. 'n Ratio van bo 0.85 is 'n gevaarteken vir vroue en 'n ratio hoër as 0.95 is 'n gevaarteken vir mans.
- *Eyeball test*: In sommige gevalle word die metode ook gebruik. Dit kom kortliks daarop neer dat as 'n persoon vet lyk dan is hy/sy vet.

Sommige outeurs is van mening dat obesiteit op die verste punt van 'n kontinuum geplaas kan word, wat op die een punt begin met kageksie, gevolg deur skraalheid, normale gewig, gevolg deur ligte obesiteit of oorgewig (20-40 persent bo die ideale gewig), matige obesiteit (41-100 persent oor die ideale gewig) en ernstige of morbiede obesiteit (meer as 100 persent bo die ideale gewig). Bogenoemde parameters kan veral van belang wees vir die behandelingsprogram van die persoon met obesiteit (Hodge & Maseelall, 1993).

### 2.4.3 Die gevolge van obesiteit

*"Obesity, characterised by an excessive accumulation of fat, is an accepted health risk because of its association with decreased longevity and increased risk of hypertension, diabetes, cardiovascular disease and certain types of cancer."* (Van Lill, du Toit, Grobler & Labadarios, 1995, p.527).

#### 2.4.3.1 *Biologiese gevolge*

Die drie belangrikste faktore in die ontwikkeling van hartverwante siektes, naamlik hoë bloeddruk, diabetes mellitus en hiperlipidemie is meer prominent by oorgewig persone. Velsiektes kom meer gereeld by vet mense voor as gevolg van 'n gebrek aan hitteverlies en oormatige sweet, veral na etes. Afwykings van die voete, knieë, heupe en lae rug word gereeld by oorgewig persone waargeneem. Oorgewig vererger ook osteoartritis en is 'n risikofaktor wat vroeë sterftes kan veroorsaak (Foreyt, 1987; Kaplan & Sadock, 1998; Kanarek & Marks-Kaufman, 1991).

#### 2.4.3.2 *Psigososiale gevolge*

Die obese persoon het nog altyd vooroordeel ervaar en talle navorsingstudies dui op 'n assosiasie tussen obesiteit en verskeie negatiewe kenmerke soos onaantreklikheid, morele en emosionele tekortkominge asook seksuele vervreemding (Crandall, 1994; Thompson, 1993; Wadden & Stunkard, 1993). Vooroordeel teen obesiteit benadeel die obese persoon in bykans al die areas van sy/haar funksionering. Obese kinders en adolessente het byvoorbeeld 'n swakker kans as hul nie-obese portuurgroep om in privaat, prestigeskole toegelaat te word en diskriminasie teenoor obese persone in die werkplek is ook 'n algemene verskynsel.

Obesiteit het ook 'n belemmerende effek op die persoon se sosiale en seksuele funksionering. Vooroordeel teenoor obesiteit ontstaan reeds in die kinderjare. In 'n studie waar kinders so jonk as vier jaar gevra is om prente van 'n normale kind, 'n kind met 'n stut, 'n kind in 'n rystoel, 'n kind met gesiggebreke en 'n obese kind te evalueer, was dit die obese kind wat as minder gunstig geëvalueer is. In ander studies weer is kinders die silhoeët van 'n maer figuur, 'n figuur met normale gewig en 'n obese figuur gewys en gevra om gedragskenmerke aan elkeen van die figure toe te ken. Die kinders was konsekwent in hul toekenning van kenmerke soos vriendelikheid, gelukkig, goed en beleefd aan die figuur met normale gewig, in teenstelling met die obese figuur wat as lui, vuil, dom en lelik beskryf is. Ongelukkig is daar ook baie persone betrokke by gesondheidsorgprofessies wat bevooroordeel is teenoor obese pasiënte en hulle as eienaardig, lelik en met 'n swak wil beskryf. Obese persone mag hulle eie liggame as walglik beskou en glo dat ander hulle met minagting en vyandigheid beskou, wat moontlik tot verstourings in liggaamsbeeld en 'n lae eiewaarde aanleiding gee (Crandall, 1994; Kanarek & Marks-Kaufman, 1991; Rissanen, 1996; Thompson, 1993; Wadden & Stunkard, 1993).

Emosionele faktore soos angs, depressie en sosiale isolasie kom algemeen by persone met obesiteit voor. Obesiteit het 'n lae selfbeeld tot gevolg en kan lei tot die ontwikkeling van 'n passiewe, afhanklike, hulpelose persoon met die geneigdheid tot depressie, angs en probleme met skeidingsreaksies (Wadden & Stunkard, 1985).

Uit die literatuur blyk dit asof obese persone wat fisiek gesond en gelukkig is met hulself nie vir terapie aanmeld nie. Diegene wat gewig wil verloor, is oor die algemeen ongelukkig, depressief en angstig, alhoewel dit nie in so 'n mate sigbaar is dat klinici dit duidelik kan identifiseer nie. Dit blyk asof obese persone, veral vroue meer

depressief is as persone met normale gewig. Hulle neem ander mense wat nooit voorheen gewigsprobleme gehad het nie kwalik vir hul toestand en is krities en vyandig teenoor hulle. (Hodge & Maseelall, 1993).

Volgens Foreyt (1987) blyk die emosionele versteurings wat dikwels met gewigstoename geassosieer word eerder die resultaat van obesiteit te wees. Die psigologiese probleme wat wel by sekere persone met obesiteit voorkom, is eerder die gevolg van hul dieet en nie hul gewig nie.

#### **2.4.3.3 Samevatting**

Obese persone presenteer gewoonlik met die volgende fisieke probleme: Hartverwante siektes, velsiektes en afwykings van die voete, knieë, heupe en lae rug. Buiten die mediese probleme wat persone met obesiteit ervaar, beleef hulle op 'n sosiale vlak vooroordeel wat tot isolasie kan lei. Dit het weer verdere implikasies vir die persoon se sosiale en seksuele funksionering. Depressie en angs kom dikwels by obese persone voor. Hierdie gemoedsversteurings mag slegs die gevolg van gewigstoename wees en dus nie noodwendig aanduidend van die persoon se funksionering te wees nie.

#### **2.4.4 Epidemiologie**

Dit is belangrik om te noem dat die voorkoms van oorgewig en obesiteit in 'n populasie in 'n groot mate afhang van die definisies en standarde wat gebruik word om die populasie met 'n risiko te identifiseer, sowel as die spesifieke verwysing of standaard van wenslike gewig wat veronderstel word (Bray, 1986; Simopoulos, 1986).



Die voorkoms van obesiteit is besig om toe te neem in Europa en die Verenigde State (Kuczmarski, Flegal, Campbell & Johnson, 1994; Seidell, 1995) en meer as die helfte van die Verenigde State se populasie word as vetsugtig of oorgewig beskou.

Swart mans en vroue het 'n hoër voorkomssyfer van obesiteit as blanke persone. Die voorkoms van obesiteit is algemeen by swart vroue in Afrika en Amerika. Die hoë voorkomssyfer van obesiteit (ongeveer 60%) by swart vroue tussen die ouderdom van 35 en 64 jaar is veral 'n bron van kommer in Suid-Afrika (Badenhorst, Bart, Terry, & Walker, 1995).

Obesiteit kom ongeveer ses keer meer by vroue in laer sosio-ekonomiese groepe as by vroue in hoër sosio-ekonomiese groepe voor. 'n Soortgelyke, alhoewel laer verhouding word by mans gevind. Vir swart vroue in die laer sosio-ekonomiese groepe is die risiko om obesiteit te ontwikkel soveel groter.

Dit blyk ook asof die voorkoms van obesiteit drievoudig toeneem tussen die ouderdomme van 20 en 50 jaar. Die gewig van mans stabiliseer na die ouderdom van 50 jaar en begin afneem rondom die ouderdom van 60 jaar. Dit blyk ook asof vroue se gewig toeneem tot en met die ouderdom van 60 jaar, waarna hul gewig begin afneem. (Foreyt, 1987; Kanarek & Marks-Kaufman, 1991; Kaplan & Sadock, 1998). Studies dui ook daarop dat een derde of selfs meer kinders en adolessente in die Verenigde State van Amerika oorgewig is. Meisies is ook meer geneig as seuns om hierdeur geaffekteer te word en obese kinders het 'n groter risiko om obese volwassenes te word as kinders met normale gewig (Dietz, 1986; Kaplan & Sadock, 1998; Thompson, 1993).

## 2.4.5 Etiologie

Volgens Badenhorst et al., (1995) is: "*Obesiteit, 'n ernstige probleem in Suid-Afrika, is 'n chroniese, heterogene toestand met veelvuldige oorsake.*" (p.526). Weens die komplekse wisselwerking tussen die psigiese en fisieke komponente van menslike gedrag wat 'n rol speel by die ontstaan van obesiteit moet biologiese, sosiokulturele en psigologiese faktore in ag geneem word in ondersoek na die oorsake van obesiteit.

### 2.4.5.1 **Biologiese, genetiese en omgewingsfaktore**

#### 2.4.5.1.1 *Genetika en omgewing*

Die oorsaaklike verhouding tussen genetika en obesiteit is al deur vele navorsers ondersoek en bespreek. Volgens Kanarek en Marks-Kaufman (1991) dui die resultate van verskeie kerngesinstudies op 'n genetiese predisposisie vir obesiteit. Dit is moeilik om te bepaal of die ooreenkoms in liggaamsmassa tussen ouers en kinders in hierdie tipe studie toe te skryf is aan genetiese of omgewingsinvloede. Sommige aanneemstudies het 'n hoër korrelasie in liggaamsmassa tussen biologiese ouers en hul kinders as tussen aanneemouers en hul aangenome kinders getoon, maar baie ander studies het die teendeel bewys (Kanarek & Marks-Kaufman, 1991; Meyer & Stunkard, 1993).

Studies met identiese en nie-identiese tweelinge word ook gebruik om genetiese en omgewingsbydrae ten opsigte van menslike obesiteit te bepaal. Die resultate van Stunkard, Harris, Pedersen en McClearn (1990) se studie met tweelinge het gedui op 'n uitermatig hoë korrelasie in liggaamsgewig tussen identiese tweelinge wat afsonderlik grootgeword het. Die korrelasie in liggaamsgewig tussen identiese tweelinge was ook twee maal hoër as die van nie-identiese tweelinge wat ondersteuning bied vir die

sterk invloed van genetika op liggaamsmassa (Kanarek & Marks-Kaufman, 1991).

Buiten die feit dat genetiese faktore 'n rol in obesiteit speel en ongeveer 80% persone met die fisieke toestand 'n familiegeskiedenis van obesiteit het, blyk dit ook asof modellering en aangeleerde orale metodes om angs te hanteer die ontwikkeling daarvan beïnvloed (Kaplan & Sadock, 1998). Hierdie mening ondersteun in 'n groot mate die omgewingsmodel.

#### 2.4.5.2.2 *Ander biologiese faktore*

*Metabolisme:* In vergelyking met die persoon met normale gewig en dié met anorexia nervosa blyk dit dat die persoon met obesiteit se kalorie-inname groter en energieverbranding laer is. Verder reguleer die liggaam gewig rondom 'n vasgestelde patroon. Met 'n gereelde patroon van ooreet of onderet kan hierdie relatief konstante patroon verander. Die obese persoon kan dus byvoorbeeld sy/haar patroon opskuif na 'n hoër vasgestelde patroon deur hom/haarself gereeld te ooreet. Hierdie vasgestelde patroon kan slegs na maande van veranderde eetpatrone gewysig word, maar kan weer terugkeer na die oorspronklike toestand (Hodge & Maseelall, 1993; Kaplan & Sadock, 1998).

*Versadiging en Aptyt:* Alhoewel versadiging (die gevoel wat ontstaan wanneer honger bevredig is) 'n regulerende meganisme is wat die inname van voedsel beheer, kan aptyt, gedefinieer as die begeerte vir kos, 'n persoon aanmoedig om te ooreet verby die punt van versadiging. Dit blyk asof psigologiese faktore soos denke en emosies aptyt kan verhoog en dat 'n abnormale aptyt in 'n abnormale toename in voedselinname kan resulteer. In paragraaf 2.4.5.3.1 (p. 55) word dit genoem dat die obese persoon

dikwels in respons tot emosionele stimuli met die inname van voedsel reageer, wat dus 'n verhoogde aptyt tot gevolg kan hê (Gilbert, 1986; Hodge & Maseelall, 1993; Kaplan & Sadock, 1998).

*Fisieke aktiwiteit:* Soos reeds genoem, het obesiteit 'n algemene gesondheidsprobleem geword. Hier blyk dit asof die drastiese afname in fisieke aktiwiteit by vermoënde/welvarende samelewings 'n belangrike rol speel. 'n Afname in fisieke aktiwiteit lei tot beperkte energieverbranding en mag bydra tot 'n toename in voedselinname. Alhoewel voedselinname vermeerder in die mate wat energieverbranding toeneem, neem inname nie proporsioneel af wanneer fisieke aktiwiteit onder 'n sekere minimum vlak afneem nie (Badenhorst et al., 1995; Kaplan & Sadock, 1998).

*Ontwikkeling van vetselle:* Vet is saamgestel uit vet- en nie-vetagtige strukture van die liggaam. Die meeste vorme obesiteit word veroorsaak deur 'n toename in die liggaamsvetkomponente. Obesiteit gedurende die kinderjare hou meestal verband met hiperplasie (toename in getal vetselle) wat aanduidend is van 'n genetiese komponent van obesiteit. Obesiteit by adolessente hou weer verband met hiperplasie (toename in getal vetselle) en hipertrofie (toename in groter van vetselle) (Hodge & Maseelall, 1993).

Vroeg reeds groei daar 'n vetlaag by 'n persoon deurdat vermeerdering in vetselgetalle sowel as vetselgroottes plaasvind, maar sodra vetselle gevorm is, verdwyn dit nie. Die vetselle neem egter af in grootte met gewigsverlies. Daarom kan 'n persoon later in hul leeftyd vet ontwikkel en dit kan lei tot 'n groter kans op oorgewig of obesiteit (Hodge & Maseelall, 1993; Louw & Louw, 1991).

## 2.4.5.2 **Sosiokulturele en demografiese faktore**

### 2.4.5.2.1 *Kulturele faktore*

Volgens Brown (1993) speel kultureel-gedetermineerde gedrag en oortuigings 'n belangrike rol in die etiologie, voorkoming en behandeling van obesiteit.

Dit blyk ook asof kultuur 'n belangrike rol in die sosiale epidemiologiese distribusie van obesiteit speel. Kultuur verwys na aangeleerde gedrag en oortuigings kenmerkend van 'n sosiale groep en sluit direk waarneembare materiële aspekte (dieet of 'n produktiewe ekonomie) en ideologiese komponente (estetiese standaarde van ideale liggaamstipe) in. Ten opsigte van die ideologiese en simboliese komponente van kultuur word vet in baie samelewings gelykgestel aan eiewaarde en seksualiteit – die aard van hierdie simboliese assosiasie is nie konstant nie. In Amerika byvoorbeeld kleef daar 'n sosiale stigma aan obesiteit, maar vir baie ander kulture in die wêreld is obesiteit 'n welkome teken van gesondheid en welvarendheid. In die pre-industriële lande word maerheid as 'n simptome van verhongering of vigsverwante siektes gestigmatiseer. Onder middel- en hoërklas-vroue in die Westerse lande verteenwoordig maerheid weer die morele sukses van selfbeheer en beheer oor jou liggaam. Dit blyk ook asof baie vroue vet met moederskap assosieer. In tradisionele samelewings waar vroue deur middel van moederskap status verkry, skep hierdie simboliese assosiasie 'n gunstiger houding teenoor obesiteit (Brown, 1993).

Vir sekere individue en subgroepe is ernstige obesiteit nie altyd wenslik nie, maar tog sensueel stimulerend. Daar is baie obese mans wat slegs met 'n obese vrou sal trou en omgekeerd. Daar is talle obese ontkleedanseresse wat hul obesiteit ten toon stel vir

gehore wat dit bewonder (Hodge & Maseellal, 1993). Obesiteit is in die meeste gevalle onwenslik. In 'n studie wat Hodge en Maseellal (1993) met obese pasiënte onderneem het, het bykans almal in hul studie obesiteit as onwenslik beskou, juis weens die implikasies wat dit vir hul voorkoms, gesondheid en sosiale aanvaarding inhou.

#### 2.4.5.2.2 *Demografiese faktore*

In die literatuur word vier demografiese faktore wat 'n rol in die ontwikkeling van obesiteit speel, uitgelig (Seidell, 1995; Stunkard, 1996; Thompson, 1993). Dit is geslag, ouderdom, ras en sosio-ekonomiese status.

Die gemeenskappe en samelewings waar obesiteit algemeen voorkom en as 'n ernstige gesondheidsprobleem beskou word, word gekenmerk deur ekonomiese welvaart, modernisasie, 'n surplus aan voedsel en sosiale stratifikasie (Brown, 1993). Verskeie epidemiologiese studies in die Verenigde State van Amerika en Brittanje het gedui op 'n hoër voorkomssyfer van obesiteit by vroue in laer sosio-ekonomiese groepe as by vroue in hoër sosio-ekonomiese groepe. Die voorkoms van obesiteit is ook hoër by swart vroue in laer sosio-ekonomiese groepe (Thompson, 1993). 'n Hoër voorkomssyfer van obesiteit by Europeërs word met 'n laer opvoedingspeil, swakker inkomste en die begin van 'n huwelik geassosieer (Seidell, 1995). Stunkard (1996, p.181) het die volgende vyf faktore geïdentifiseer, wat moontlik die lae voorkomssyfer van obesiteit by vroue uit hoër sosio-ekonomiese groepe in ontwikkelde lande beïnvloed:

- ◆ Dit wil voorkom asof vroue in die hoër sosio-ekonomiese groepe meer gereeld op diëte gaan, beter toegang het tot hierdie fasiliteite en meer inligting oor voeding en gesondheid kan

bekom. Hulle is ook meer toegewyd aan hul strewe na 'n slanke voorkoms.

- ◊ Moontlik weens bogenoemde redes is vroue in hoër sosio-ekonomiese groepe ook meer geneig om 'n gesonder dieet te volg en vetterige voedselsoorte met hoë koolhidraatinhoude uit hul dieet te sny, teenoor vroue in laer sosio-ekonomiese groepe wat 'n groter hoeveelheid vetterige kos inneem (moontlik omdat dit relatief goedkoper is en makliker is om voor te berei).
- ◊ Vroue in die hoër sosio-ekonomiese groepe is ook fisiek meer aktief en oefen meer gereeld as vroue in laer sosio-ekonomiese groepe.
- ◊ 'n Ander faktor is sosiale mobiliteit, waar obesiteit minder voorkom by vroue (5%), wie se sosiale status toegeneem het, teenoor die vroue wie se sosiale status afgeneem het (11%). Hierdie faktor speel volgens Stunkard (1996) nie so 'n belangrike rol in die ontwikkeling van obesiteit nie.
- ◊ Dit is moontlik dat ouers 'n direkte invloed op hul kinders se gewig kan hê. Dit is reeds aangetoon dat obesiteit 'n sterk genetiese komponent het en dat obesiteit in bepaalde gesinne voorkom. Ouers kan 'n indirekte invloed op hul kinders se gewig hê, omdat die sosio-ekonomiese status van die ouers kan bepaal watter assosiasies met gewig en vorm gemaak word en dus voortspruitend daaruit kan die eetgedrag van die kind bepaal word.

In kontras met eerstewêreldpopulasies waar persone in laer sosio-ekonomiese groepe meer geneig is om oorgewig te wees, is die persone in derdewêreldse populasies (ontwikkelende lande) oor die algemeen meer geneig om arm, maer en fisiek aktief te wees. Obesiteit is 'n teken van sukses, finansiële sekuriteit en aansien. Die lae voorkomssyfer van obesiteit in ontwikkelende lande kan

toegeskryf word aan 'n gebrek aan voedsel tesame met hoë energieverbranding. Die groter voorkomssyfer van obesiteit by individue met 'n hoër sosio-ekonomiese status in hierdie lande, kan weer toegeskryf word aan hul sosiale invloed om groter hoeveelhede voedsel te bekom tesame met hul kulturele voorkeure vir vet liggame (Hodge & Maseelall, 1993; Stunkard, 1996). Sheward (1994) kon egter nie die stereotipiese idee dat swart persone 'n groter liggaamsvorm verkies in haar studie bevestig nie.

Volgens aanmeldingsyfers van klinieke vir adolessente in die Verenigde State van Amerika is obesiteit een van die algemeenste presenterende klagtes by adolessente. Adolessente meld dikwels met dieselfde sekondêre mediese probleme as oorgewig volwassenes aan soos lae rugpyn en pyn in die knieë of met die wens om gewig te verloor vir voorkomdoeleindes en sosiale goedkeuring. Obesiteit gedurende die kinderjare en adolessensie word as 'n risikofaktor vir die latere ontwikkeling van obesiteit beskou. (Hodge & Maseelall, 1993). Oorvoeding gedurende die babajare (Gerhardt, 1988) en 'n oormatige passiewe lewenstyl tydens die middelkinderjare (Dietz, 1986) blyk van die beste voorspellers van obesiteit in adolessensie te wees.

#### **2.4.5.3 Psigologiese faktore**

Volgens literatuur oor obesiteit speel psigologiese faktore 'n belangrike instandhoudende rol in die ontwikkeling van obesiteit. Daar bestaan nog onsekerheid oor die oorsaaklike verhouding tussen psigologiese faktore en obesiteit. Vervolgens word enkele van die belangrikste psigologiese faktore wat in die literatuur bespreek word aangebied.



#### 2.4.5.3.1 *Lokus van kontrole*

Lokus van kontrole is 'n faktor wat 'n moontlike rol in die ontwikkeling van obesiteit/vetsug kan speel (Davis, Wheeler & Willy, 1987). Lokus van kontrole word gedefinieer as "...'n persoonlikheidsdimensie wat te make het met die mate waarin persone voel dat hulle self (interne kontrole) of faktore in die situasie (eksterne kontrole) hul gedrag bepaal" (Plug et al., 1997, p.210). 'n Persoon met 'n interne lokus van kontrole voel dat hy/sy bevoeg is en die meester van sy/haar eie noodlot is en dat eksterne 'struikelblokke' slegs oorkom moet word. Die persoon met 'n eksterne lokus van kontrole voel asof hy/sy die hulpelose slagoffer van eksterne gebeure en omstandighede is en dat dit nie werklik saak maak wat hy/sy doen nie want die eksterne kragte is oorweldigend. Dit is ook dikwels die geval dat obese persone wel hul obesiteit aan eksterne faktore toeskryf (Davis et al., 1987).

#### 2.4.5.3.2 *Ontwikkingsobesiteit teenoor reaktiewe obesiteit*

Hilde Bruch (1973) het tussen twee tipes obesiteit onderskei, naamlik: Ontwikkingsobesiteit en reaktiewe obesiteit. Ontwikkingsobesiteit word veroorsaak deur 'n fundamentele gevoel van verwerping by die moeder teenoor haar kind, wat gedurende die babajare 'n aanvang neem. As gevolg van hierdie sterk gevoelens van verwerping wat die moeder teenoor haar kind ervaar, probeer sy om deur middel van oorbeskerming en oorvoeding hiervoor te kompenseer. Die moeder reageer dan op al die kind se behoeftes met kos, wat dit vir die kind moeilik maak om soos wat hy/sy ouer word tussen verskeie liggaamlike behoeftes en sensasies te onderskei. Die moeder se kompenserende gedrag resulteer in 'n versteurde liggaamsbeeld en identiteit. Reaktiewe obesiteit kom hoofsaaklik voor in volwassenes en is 'n respons op traumatiese ongewingsgebeure (Leon, 1982).

Bruch (1973) poneer dat persone met eetversteurings 'n onvermoë het om tussen gevoelens van honger en tevredenheid te onderskei en hulle misinterpreteer gevoelens van ontevredenheid as die van honger. Verder voer sy aan dat dit die gevolg is van foutiewe leerprosesse tydens die kinderjare, waar ouers voedsel verskaf het as plaasvervanger vir emosionele versorging. So word die kind geleer om te eet wanneer hy/sy ongelukkig is. Volgens Norman (1984) word daar nie 'n spesifieke gesinspatologie met die etiologie van obesiteit verbind nie, maar sekere gesinslede wat 'n gebrek aan liefde en warmte ervaar, mag moontlik oormatige voedselinname as 'n plaasvervanger vir emosionele behoeftebevrediging gebruik.

#### 2.4.5.3.3 *Leerprosesse*

Een van die aannames van die leerteorie is dat aangeleerde foutiewe eetpatrone tydens die kinderjare 'n oorsaaklike rol in die ontwikkeling van obesiteit speel. Dit blyk asof obese persone in respons op eksterne faktore (emosionele opwekking soos wanneer hulle televisie kyk, alleen voel, verveeld of kwaad is) eet. Verder blyk dit dat nabootsing of modellering ook 'n belangrike invloed op die aanvanklike ontwikkeling en latere instandhouding van obesiteit het. Volgens hierdie model mag die herhaaldelike waarneming van gesinslede wat hulself ooreet, of eet in respons op emosionele stimuli, aanleiding gee tot die aanleer van 'n soortgelyke eetpatroon. Hierdie patroon kan ook verder in stand gehou word deur ouerlike versterking en sosiale goedkeuring. Volgens aanhangers van hierdie teorie is ooreet 'n aangeleerde wyse vir die hantering van spanning en eensaamheid en voer hulle aan dat persone nog nie effektiewe hanteringsmeganismes aangeleer het nie. (Kaplan & Sadock, 1998; Leon, 1982; Louw & Louw, 1991).

In die literatuur word (orale) afhanklikheid met obesiteit geassosieer en word dit ook in die patogenese van anorexia nervosa en bulimia beskryf. Voedsel hou klaarblyklik vir die oraal-afhanklike persoon aansienlike simboliese betekenis in en die simptome van obesiteit word gesien as pogings om aandag en versorging te herwin (Bornstein & Greenberg, 1991; Golay et al., 1997; Louw & Louw, 1991).

Die persoonlikheidsfaktore wat met obesiteit geassosieer word, word meer volledig in hoofstuk 3 (paragraaf 3.6.3) bespreek.

Die navorser kon in teenstelling met anorexia nervosa nie in die literatuur inligting oor 'n oorsaaklike verband tussen gesinspatologie/dinamika en obesiteit vind nie.

#### **2.4.6 SAMEVATTING**

In ons hedendaagse samelewing word obesiteit as 'n ernstige gesondheidsprobleem beskou weens hierdie siekte se vinnige toename en die gesondheidsrisiko en sosiale implikasies wat dit inhou.

Alhoewel obesiteit as 'n mediese siekte beskou word en genetiese en biologiese faktore as die hooforsake van hierdie siekte beskou word, word sosiokulturele en psigologiese faktore tog as bydraende faktore in die ontwikkeling van obesiteit oorweeg. Daar bestaan dus 'n behoefte om die verbande tussen hierdie faktore en obesiteit te ondersoek en die bydrae daarvan tot die etiologie en instandhouding van obesiteit uit te klaar.

In aansluiting by die beskouing van eetgedrag wat op 'n kontinuum voorgestel kan word met anorexia nervosa (verhongering) en obesiteit (oormatige voedselinname) as twee moontlike pole van die kontinuum,

word normale eetgedrag ook kortliks bespreek omdat dit as verteenwoordigend van die middel van die kontinuum beskou word.

## 2.5 NORMALE EETGEDRAG EN -HOUDINGS

Polivy en Herman (1987) beskryf 'n persoon met normale eetgedrag ('normal eating') as iemand wat eet in respons op hongersensasies en voedselinname staak in respons op die sensasie van versadiging.

Volgens die *Verklarende en vertalende sielkundewoordeboek* (Plug et al., 1997, p.4) is abnormaliteit, "...die eienskap wat bepaal dat iets betekenisvol van die tipiese, gebruikelike, aanvaarde of gemiddelde afwyk. In die sielkunde dui die term meestal op die aanwesigheid van psigopatologiese gedrag...". Normaliteit kan dus as iets wat nie van die tipiese gebruikelike, aanvaarde of gemiddelde afwyk nie, gedefinieer word. Volgens Polivy en Herman (1987) kan terme soos normaal, aanvaarbaar en oorgewig slegs in die konteks van samelewingsideale en realiteite begryp word. Hulle voer ook aan dat eetgedrag wat deur die samelewing as normaal beskou word nie noodwendig fisiologies normaal is nie en dat dit dus op sigself patologies of abnormaal kan wees.

Alhoewel daar beduidende ooreenkomste tussen die kenmerke van verskeie eetversteurings is, ontwikkel nie alle vroue eetversteurings nie. Somtyds verloor elke individu beheer oor sy/haar eetgedrag en soms het elkeen van ons onrealistiese persepsies rondom ons liggame. Watter faktore daartoe bydrae dat sekere individue anorexia nervosa, ander obesiteit en sommige geen eetversteuring ontwikkel, is egter nog onseker? In hoofstuk 1 (p.5-6) is dit gestel dat die eetversteurings, alhoewel afsonderlik geklassifiseer, verwant is aan mekaar. Hierdie verwantskappe sluit in sekere gedragsmanifestasies en gemeenskaplike etiologiese faktore. Wat onderskei dan die persoon met anorexia nervosa van die persoon met obesiteit en albei genoemde groepe van 'n persoon

met geen eetversteuring? In die literatuur is daar sekere aanduidings dat persoonlikheid premorbied 'n rol speel in die ontwikkeling van eetversteurings.

## 2.6 SAMEVATTING

Na hierdie literatuurstudie oor eetversteurings kan die volgende gevolgtrekkings gemaak word:

- Die insidensie en voorkoms van eetversteurings (spesifiek anorexia nervosa, bulimia nervosa en subkliniese vorme van eetversteurings) is besig om toe te neem, wat gevolglik ernstige implikasies vir algemene gesondheid inhou.
- Die demografiese verspreiding van eetversteurings is ook besig om te verander, veral in Suid-Afrika kom eetversteurings nou ook meer dikwels by ander etniese groepe en sosio-ekonomiese groepe voor.
- Sekere vorme van eetversteurings wat as subkliniese eetversteurings gedefinieer word, mag voorlopers van die meer ernstige eetversteurings wees.
- Die mees algemene siening in die literatuur rakende die etiologie van anorexia nervosa blyk steeds die van 'n interaksie tussen biologiese, sosiokulturele, ontwikkelings-, persoonlikheids-, gesins- en omgewingsfaktore te wees.
- Die voorkoms van obesiteit is ook besig om toe te neem en dit blyk asof swart vroue in laer sosio-ekonomiese groepe, veral in Suid-Afrika, die grootste risiko het om obesiteit te ontwikkel.
- Geen definitiewe psigologiese oorsake of voorlopers vir die ontwikkeling van obesiteit kon in die literatuur geïdentifiseer word nie.
- Dit is moeilik om normale eetgedrag te definieer buite die sosiale konteks waarin persone leef. Samelewingsideale en waardes ten opsigte skoonheid verander voortdurend. Dieet wat eeue gelede as abnormaal beskou is, is vandag vir baie vroue die norm.

- Enige persoon mag op enige tydstip in hul lewe patologiese eetgedrag- en/of houdings toon. Wat die persoon met normale eetgedrag en –houdings verhoed, of aanspoor om in 'n patroon van patologiese eetgedrag en –houdings te verval, mag moontlik met daardie persoon se persoonlikheidsamestelling, te make hê.

Vervolgens word die rol van persoonlikheid in die bestudering van eetversteurings bespreek.

## **HOOFSTUK 3**

### **DIE ROL VAN PERSOONLIKHEID IN DIE BESTUDERING VAN EETVERSTEURINGS**

#### **3.1 INLEIDING**

In hierdie hoofstuk word die rol van persoonlikheid in die bestudering van eetversteurings ondersoek. Die bespreking behels eerstens die definiëring en meting van persoonlikheid, en tweedens 'n bespreking van sekere metodologiese oorwegings in die bestudering van persoonlikheid by persone met eetversteurings. Derdens word die benutting van verskillende persoonlikheidsmeetinstrumente by individue met eetversteurings bespreek en laastens word aandag geskenk aan die verband tussen persoonlikheidseienskappe en die voorkoms van eetversteurings.

#### **3.2. DEFINIËRING EN METING VAN PERSOONLIKHEID**

Volgens Gregory (1996) is persoonlikheid 'n vae konstruk wat moeilik is om te definieer. Hy meen dat daar nietemin tussen twee fundamentele kenmerke van hierdie konstruk onderskei kan word. Die eerste kenmerk verwys na sekere trekke en gedragspatrone wat herhaaldelik na vore tree, met ander woorde, die konsekwentheid in persoonlikheid. Die tweede kenmerk verwys weer na die gedragsverskille tussen individue, dus dit wat persone van mekaar onderskei, of dit wat 'n persoon uniek maak. Vir sekere teoretici vorm individuele verskille die kern van persoonlikheid. Hierdie teoretici fokus hoofsaaklik hul aandag op persoonlikheidstipes en trekke en toetse waarmee persone gekategoriseer en onderskei kan word (byvoorbeeld: introversie teenoor ekstroversie) (Boeree, 1997). Boeree verklaar dat persoonlikheid baie meer kompleks is as hierdie aspekte en dat dit onmoontlik nie deur 'n paar teorieë verklaar en gedefinieer kan word nie. Nietemin, word pogings aangewend om persoonlikheid te definieer en lyk 'n meer algemene definisie van persoonlikheid soos volg:

*Persoonlikheid is daardie eienskappe wat een persoon van 'n ander onderskei en is relatief stabiel met verloop van tyd en in situasies (Brown, 1999, p.1).*

Sielkundiges gebruik die konsep persoonlikheid om sin te maak van die gedrag en emosies van ander. Dit word gebruik om gedragsverskille tussen persone te verklaar en om die konsekwentheid van gedrag van elke individu te begryp (Gregory, 1996).

Buiten 'n poging om persoonlikheid te begryp, strewende sielkundiges ook daarna om persoonlikheid te meet. Daar is letterlik honderde persoonlikheidstoetse beskikbaar en elkeen is gegrond in 'n teoretiese benadering tot persoonlikheid (Gregory, 1996). Verskeie benaderings word in persoonlikheidsmeting gevolg, naamlik onder andere die trek-, nomotetiese en idiografiese benadering.

Vir die doeleindes van hierdie ondersoek fokus die navorser op sekere niekliniese persoonlikheidstreke soos uiteengesit in die NEO-PI-R wat 'n moontlike rol in die ontwikkeling en instandhouding van individue met eetversteurings speel. Die ontwikkeling van die NEO-PI-R is gegrond op die trekbenadering van persoonlikheid, meer spesifiek die vyffaktormodel van persoonlikheid. Verskeie teoretici was die afgelope dekades geïnteresseerd in die trekbenadering van persoonlikheid (Gregory, 1996). Bekende trekteoretikus Gordon Allport (1897-1967) het ekstensiewe navorsing gedoen oor die wyse waarop trekke kombineer om persoonlikheid te vorm. Hy het ongeveer 18 000 afsonderlike trekke geïdentifiseer. Hy het voorgestel dat elke persoon ongeveer 7 sentrale trekke het, wat sy/haar gedrag domineer. Ander navorsers het op Allport se navorsing uitgebrei en begin om trekke te groepeer deur middel van 'n proses genaamd faktoranalise. Raymond B. Cattell het Allport se lys aansienlik verminder tot 16 fundamentele groepe van verwante trekke.



Hans Eysenck het verder gegaan en die beskrywing van persoonlikheid tot 3 fundamentele trekke (psigose, introversie-ekstroversie en emosionele stabiliteit) verminder (Gale Encyclopedia of Psychology, 2001).

Die gebruik van trekterme in persoonlikheidsanalise is gebaseer op die fundamentele leksikale hipotese. Die essensiële uitgangspunt van hierdie hipotese is dat trek terme in taal oorleef het juis omdat dit belangrike inligting rondom ons interaksie met ander reflekteer. Vir jare reeds vra navorsers mense om hulself ten opsigte van hierdie trekke te beoordeel. Wanneer hierdie beoordelings dan aan faktorontleding onderwerp word, is dit amper altyd die dimensies van die groot vyf wat te voorskyn tree, wat daarop dui dat die vyf-faktor model 'n geldige en bruikbare verteenwoordiging van die struktuur van menslike trekke is (Gregory). Die vyffaktormodel van persoonlikheid het sy oorsprong in Goldberg se beskrywing van die dimensies van die groot vyf. Hierdie dimensies staan bekend as neurotisisme, ekstroversie, openheid vir ervaring, welgevalligheid en pligsgetrouheid (Gregory). Die vyf dimensies is veronderstel om 'n volledige beskrywing van persoonlikheid te verskaf en word daar van die veronderstelling af uitgegaan dat die mate waartoe elkeen van die vyf dimensies voorkom en die kombinasie van die faktore, bepaal hoe 'n persoon sal funksioneer. Volgens Anastasi (1997) is die vyffaktormodel essensieel 'n poging om 'n hiërargiese analisepatroon te gebruik, ten einde die omvangryke hoeveelheid data wat daar oor die affektiewe gedrag van individue bestaan te vereenvoudig. Dit verskaf dus meer hanteerbare data vir die assessering van individue, sowel as vir die voorspelbaarheid van hul gedrag in sekere situasies.

In hoofstuk 1 (p.3-4) word dit gemeld dat persoonlikheid 'n moontlike rol in die ontwikkeling van eetversteurings speel. Indien dit wel die geval is, kan die persoonlikheid van 'n individu met anorexia nervosa of obesiteit vanuit

'n trekteoretiese benadering dus gedefineer word as die relatief standhoudende patroon wat bepaal hoe daardie persoon by sy/haar omgewing gaan aanpas.

Die navorser beseft dat die identifisering van persoonlikheidstrekke wat spesifiek en gemeenskaplik by eetversteurings voorkom nie 'n eenvoudige taak is nie. Boonop is daar sekere belangrike metodologiese oorwegings wat in ag geneem moet word, voordat ondersoek daarna ingestel kan word. 'n Kort bespreking van die metodologiese oorwegings wat van belang is by die bestudering van persone met eetversteurings word vervolgens aangebied.

### **3.3 METODOLOGIESE OORWEGINGS BY DIE BESTUDERING VAN EETVERSTEURINGS**

In hoofstuk 1 (paragrafe 8,9 & 10) het ons gesien dat die verband tussen persoonlikheid en eetversteurings die belangstelling van navorsers alreeds 'n geruime tyd prikkel en verskeie metodes van assessering word gebruik om hipoteses daarvoor te ondersoek. Die meting van persoonlikheid by eetversteurde individue of groepe gee egter aanleiding tot verskeie metodologiese probleme. Vitousek en Manke (1994) spreek hulle soos volg daarvoor uit: *"If there are compelling theoretical and clinical reasons to investigate personality in the eating disorders, there are also a number of practical and interpretive difficulties to be confronted. In addition to the usual challenges of conducting research on trait variables in the midst of acute symptomatology, the eating disorders pose a variety of specific problems."* (p.138). Hul beskryf die volgende probleme wat in ag geneem moet word (Vitousek & Manke, 1994, p.138-139):

#### **3.3.1 Ouderdom tydens assessering**

Weens die vroeë ouderdom waarop anorexia nervosa gewoonlik in aanvang neem (par.2.3.4), beperk dit die keuse van persoonlikheidstoetse

wat geskik is vir gebruik by adolessente. Die meting van stabiele langtermynfunksionering by individue met 'n kroniese versteuring soos anorexia nervosa, hou ook volgens Vitousek en Manke (1994) probleme in, omdat persoonlikheidstrekke tydens adolessensie nog nie ten volle vasgelê is nie en onderworpe is aan verandering.

### **3.3.2 Effek van verhongering**

Verhongering hou ernstige implikasies vir 'n persoon met anorexia nervosa se kognitiewe, liggaamlike en emosionele funksionering in (kyk afdeling 2.3.3). Navorsers vind dit daarom moeilik om tussen langtermyn-persoonlikheidstrekke en die simptome van die geestestoestand wat 'n persoon tydens die akute fase van die eetversteuring toon, te onderskei. Sekere persoonlikheidstrekke is moontlik slegs 'n refleksie van die liggaamlike en psigiese nood wat die persone ervaar (Morey & Kurtz, 1995; Sohlberg & Strober, 1994; Srinivasagam, Kaye, Plotnicov, Greeno, Weltzin & Rao, 1995; Vitousek & Manke, 1994).

### **3.3.3 Seldsaamheid van die versteuring**

Om bogenoemde probleem te ondervang, kan navorsers die persoonlikheidstrekke van persone met eetversteurings voor die aanvang daarvan ondersoek. Dit is moeilik om individue voor die aanvang van die eetversteuring te bestudeer weens die relatiewe skaarsheid van die verskynsel en die feit dat die toestand by die meeste persone eers aan die lig kom in die gevorderde stadiums (Sohlberg & Strober, 1994). Verder is die retrospektiewe herkonstruksie van die premorbiede persoonlikheid hoogs onbetroubaar (Casper, 1990; Srinivasagam et al., 1995). Die sensitiwiteit en geheimhouding wat persone met eetversteurings gewoonlik rondom hul siektetoestand toon, verskaf ook probleme met die akkurate identifisering van simptome en diagnose.

### **3.3.4 Duur van die versteuring**

'n Ander alternatief om stabiele persoonlikheidseienskappe te isoleer van die effek van die versteuring self, is die herevaluering van persone met 'n eetversteuring na herstel of gewigstoename (Casper, 1990; Srinivasagam et al., 1995; Vitousek & Manke, 1994). Dancyger, Sunday, Eckert en Halmi (1997) is van mening dat die meting van volhardende persoonlikheidskenmerke na die behandeling van die akute simptomatologie van anorexia nervosa moet plaasvind. Anorexia nervosa is 'n kroniese toestand en die evaluering van die postmorbiede funksionering word gewoonlik deur die effek van intervensie en terapie beïnvloed (Vitousek & Manke, 1994).

### **3.3.5 Probleme met die subtypes van eetversteurings**

Hodes (1995) het voorgestel dat anorexia nervosa, bulimia nervosa en obesiteit afsonderlike maar verwante versteurings is en volgens hom mag eetversteurde individue oor 'n lang tydperk tussen hierdie kategorieë fluktueer. Daar is al gevind dat baie individue met die verloop van hul eetversteuring fluktueer tussen 'n anorexia- en bulimiapatroon. Dit is ook die geval dat baie persone met beperkende anorexia met die verloop van tyd bulimia met normale gewig ontwikkel en dat baie persone met bulimia 'n geskiedenis van anorexia rapporteer. Daarom is sekere navorsers, onder andere Morey en Kurtz (1995), van mening dat by anorexia/bulimia verskillende stadia in die ontwikkeling van 'n eetversteuring onderskei kan word, wat minder verskille tussen hierdie twee groepe ten opsigte van persoonlikheidstreke voorspel. Baie studies waar proefpersone in subtypes ingedeel is, het verskille tussen groepe uitgewys (Sohlberg & Strober, 1994; Vitousek & Manke, 1994). Morey en Kurtz (1995) is van mening dat dit belangrik is om tussen hierdie twee groepe te onderskei, aangesien die behandelingsdoelwitte en algemene hantering van hierdie versteurings verskil.

### **3.3.6 Ontkenning en distorsie in selfrapportering**

Die swak innerlike bewustheid wat persone met anorexia nervosa toon (Bruch, 1973), beïnvloed die akkuraatheid van hul selfrapportering. Omdat eetversteurings vir die persoon 'n spesifieke funksie inhou, mag die persoon doelbewuste pogings aanwend om die resultate van die toets te beïnvloed (Vitousek & Manke, 1994).

### **3.3.7 Samevatting**

Navorsers kan 'n verskeidenheid probleme ondervind in ondersoeke na die verband tussen eetversteurings en persoonlikheid. Persoonlikheidsontwikkeling vind in 'n groot mate nog plaas tydens adolessensie wanneer anorexia nervosa by baie individue in aanvang neem en dus kan aannames oor stabiele persoonlikheidstrekke moeilik gemaak word. Die fisieke, psigiese en intellektuele gevolge van verhongering beïnvloed die persoonlikheidsfunksionering van 'n persoon met anorexia nervosa dermate dat persoonlikheidstrekke wat by hierdie persone gemeet word moontlik slegs 'n refleksie van die simptome van hul versteuring is. Die oplossing is dus om die premorbiede persoonlikheid voor aanvang van die versteuring te toets en die postmorbiede persoonlikheidstrekke weer na herstel en gewigstoename te toets. Die probleem is dat eetversteurings seldsaam is en dat dit eers onder die aandag van klinici kom in die gevorderde stadium van die siekte. Premorbiede evaluering is by min persone dus moontlik. Met die postmorbiede evaluering van persoonlikheid is dit moeilik om die effek van intervensie en 'n behandelingstrategieë van stabiele persoonlikheidstrekke te onderskei. Oorvleueling van simptome by die subtypes van eetversteurings, asook ontkenning en distorsie tydens selfrapportering beïnvloed ook die akkuraatheid van die meting van persoonlikheidstrekke by persone met anorexia nervosa.

Vervolgens word 'n kort bespreking van meetinstrumente wat algemeen in navorsing oor eetversteurings gebruik word, aangebied.

### **3.4 MEETINSTRUMENTE WAT ALGEMEEN IN NAVORSING OOR EETVERSTEURINGS GEBRUIK WORD**

Die mees algemeen gebruikte instrumente vir die meting van persoonlikheid by persone met eetversteurings is hoofsaaklik gestandaardiseerde selfrapporteringsvraelyste. Die gebruik van projektiewe tegnieke vir die persoonlikheidsevaluering van persone met eetversteurings word bevestig weens probleme met die betroubaarheid en geldigheid daarvan (Vitousek & Manke, 1994). Die gestandaardiseerde selfrapporteringsvraelyste kan in twee hoofkategorieë ingedeel word, naamlik kliniese- en nie-kliniese persoonlikheidstoetse. Kliniese meetinstrumente soos die Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI en MMPI-2), is oorspronklik ontwerp as 'n hulpmiddel om psigiatriese versteurings te diagnoseer. Alhoewel die MMPI vir jare lank belangrike kliniese en navorsingsinligting verskaf het, is dit volgens Morey en Kurtz (1995) 'n beter meetinstrument van psigiatriese simptome as persoonlikheidstrekke.

Dit blyk asof die meeste ondersoeke in die verlede na die persoonlikheidskenmerke van persone met eetversteurings van kliniese meetinstrumente soos die MMPI, met die fokus op persoonlikheidspatologie, gebruik gemaak het (Herzog, Keller, Lavori, Kenny & Sacks, 1992; Johnson & Wonderlich, 1992; Skodol, Oldham, Hyler, Kellman, Doidge & Davies, 1993; Wonderlich, Swift, Slotnick, & Goodman, 1990). Die fokus het onlangs begin skuif na die meting van nie-kliniese persoonlikheidstrekke, wat moontlik met voorkoming en fortologie verband hou. Die nie-kliniese persoonlikheidstoetse wat dikwels in die bestudering van eetversteurings gebruik word, meet verskillende dimensies van persoonlikheid wat nie noodwendig met afwykende gedrag

verband hou nie. Die populêrste niekliniese persoonlikheidstoetse in die bestudering van eetversteurings is die Eysenck-persoonlikheidsvraelys (EPQ), die Multidimensionele persoonlikheidsvraelys (MPQ) en die Driedimensionele persoonlikheidsvraelys (TPQ).

Volgens Podar, Hannus en Allik (1999) is dit verbasend dat die vyffaktormodel van persoonlikheid, wat deur baie sielkundiges as die beste verteenwoordiging van trekstruktuur beskou word, so min in die navorsing oor persoonlikheid en eetversteurings gebruik word. Morey en Kurtz (1995) is van mening dat die NEO-PI-R, wat op die vyffaktormodel van persoonlikheid gebaseer is, een van die mees belowende tegnieke vir die evaluering van normale persoonlikheidskonstrukte is. Alhoewel daar min data beskikbaar is oor die aard van die vyf dimensies (neurotisme, ekstroversie, openheid vir ervaring, welgevalligheid en pligsgetrouheid) by eetversteurde populasies, blyk dit asof die NEO-PI-R 'n belowende tegniek is vir die meting van belangrike persoonlikheidsverskille by elk van hierdie groepe.

Pryor en Wiederman (1996a) beklemtoon die belangrikheid om niekliniese persoonlikheidstrekke te oorweeg, dusdoende kan eetversteurings by individue onderskei en bestudeer word. Aanvullende navorsing wat ander persoonlikeidsmeetinstrumente betrek, is nodig om stabiele kenmerke van individue wat anorexia nervosa ontwikkel te identifiseer, veral omdat dit wil voorkom asof hierdie trekke premorbied teenwoordig is en volgehou word na herstel van 'n eetversteuring. Die navorser het dit dus goedgevind om die NEO-PI-R in hierdie studie as 'n meetinstrument te gebruik, juis weens hierdie toets se vermoë om niekliniese persoonlikheidstrekke te meet.

### **3.5 SAMEVATTING**

Na hierdie gedeelte oor die aard van persoonlikheidsmeting in navorsing oor eetversteurings kan die volgende gevolgtrekkings gemaak word:

- ❑ Sekere faktore soos die effek van verhongering, distorsie tydens selfrapportering, verskille tussen subtypes, sowel as die ouderdom van proefpersone tydens evaluering, lei tot bepaalde probleme in die meting van persoonlikheid by persone met eetversteurings.
- ❑ Om bogenoemde probleme te oorkom, kan die persoonlikheidskenmerke van persone met eetversteurings byvoorbeeld voor die aanvang van 'n eetversteuring of selfs na herstel en behandeling evalueer word. Die retrospektiewe herkonstruksie van premorbiede persoonlikheid en die evaluering van persoonlikheid by kinders is onbetroubaar en het min voorspellingswaarde vir stabiele persoonlikheidsfunksionering. Die effek van behandeling en terapie mag ook die resultate van studies kontamineer wat die persoonlikheidskenmerke van persone met eetversteurings na herstel en gewigstoename evalueer.
- ❑ Alhoewel die meting van persoonlikheid by persone met eetversteurings bepaalde probleme inhou, stel verskeie navorsers nietemin belang in die rol van persoonlikheid tydens die ontwikkeling van eetversteurings en maak hulle van verskillende meetinstrumente gebruik om dit te evalueer. Hierdie meetinstrumente word in twee kategorieë ingedeel, naamlik kliniese en niekliniese meetinstrumente. Die MMPI is ontwerp as hulpmiddel vir die diagnose van psigiatriese versteurings en word as 'n kliniese meetinstrument beskou. Niekliniese meetinstrumente sluit die volgende in: die EPQ, MPQ, MMPI en MMPI-2, TPQ en NEO-PI-R. Hierdie meetinstrumente is selfrapportering-persoonlikheidsvraelyste en meet hoofsaaklik trekveranderlikes wat nie noodwendig met afwykende gedrag verband hou nie.
- ❑ Die NEO-PI-R wat die gekose meetinstrument van persoonlikheid in hierdie studie is, is maar in studies van hierdie aard gebruik. Sommiges navorsers is van mening dat hierdie meetinstrument die trekstruktuur die beste verteenwoordig, dat dit die voordele van 'n



betroubare en geldige meetinstrument inhou en dat dit 'n faktor (neurotisme) insluit wat konsekwent in die navorsingsliteratuur met eetversteurings geassosieer word.

- Aangesien soveel navorsingstudies in die verlede op die abnormale persoonlikheidstrekke van persone met eetversteurings gefokus het, en daar 'n aanvraag is na studies wat die normale persoonlikheidstrekke van persone met eetversteurings evalueer, het die navorser dus besluit om die NEO-PI-R as meetinstrument in hierdie studie te gebruik.

Na die metodologiese probleme wat ondervind word met die meting van persoonlikheid by persone met eetversteurings bespreek is, sowel as die mees populêre meetinstrumente wat in hierdie verband gebruik word, word daar nou oorgegaan na 'n bespreking van die vernaamste studies en bevindinge op hierdie gebied.

## **3.6 ONDERSOEKE NA DIE VERBAND TUSSEN PERSOONLIKHEID EN EETVERSTEURINGS**

### **3.6.1 Inleiding**

Uit die literatuur blyk dit asof die meeste navorsingstudies oor die verband tussen persoonlikheid en eetversteurings in een van twee kategorieë geplaas kan word, naamlik kliniese of niekliniese persoonlikheidstudies. Die bespreking van die rol van persoonlikheid by die ontwikkeling en instandhouding van eetversteurings sal ook aan die hand van hierdie twee kategorieë gedoen word.

Weens die omvang van die literatuur word die volgende bespreking beperk tot studies wat meer dikwels van spesifieke kliniese en nie-kliniese selfrapportering-meetinstrumente gebruik gemaak het.

## 3.6.2 ANOREXIA NERVOSA

### 3.6.2.1 Inleiding

Brooks (2000) is van mening dat anorexia nervosa, diagnosties gesproke, as 'n persoonlikheidsversteuring beskou kan word. Studies in die verlede het 'n verskeidenheid, somtyds teenstrydige persoonlikheidskenmerke aan persone met anorexia nervosa toegeken (Casper, 1990). Hierdie diversiteit kan gedeeltelik toegeskryf word aan sekere metodologiese beperkinge, soos die tydsduur om die persoonlikheidseienskappe te bestudeer (premorbid/met aanvang van simptome/na herstel), die meetinstrumente wat gebruik is (klinies/nieklinies), steekproefgrootte en -samestelling (gemengde subtypes/subtypes afsonderlik). In beide Vitousek en Manke (1994) en Sohlberg en Strober (1994) se literatuuroorsig van die persoonlikheidskenmerke van persone met eetversteurings is dit duidelik, dat navorsers nog nie tot 'n ooreenstemming gekom het oor watter persoonlikheidseienskappe in persone met anorexia nervosa blywend is en predisponerend tot die ontwikkeling van hierdie versteuring meewerk nie.

Oor die algemeen word persone met anorexia nervosa as obsessief-kompulsief, perfeksionisties, insiklik, emosioneel afhanklik, introversief, beperkend, terughoudend, teruggetrokke, vermydend, rigied en konformerend, behep met sosiale goedkeuring en oormatig selfbeheersd beskryf (Bornstein & Greenberg, 1991; Fairburn, Cooper, Doll & Welch, 1999; Kanarek & Marks-Kaufman, 1991; Johnson & Wonderlich, 1992; Morey & Kurtz, 1995; Norris, 1986; Pryor & Wiederman, 1996; Pryor & Wiederman, 1998; Shisslak et al., 1987; Strober, 1981; Vitousek & Manke, 1994).

### 3.6.2.2 **Kliniese persoonlikheidstudies**

Vir baie jare is daar klem gelê op die verband tussen algemene psgopatologie, persoonlikheidspatologie en eetversteurings. Die volgende gedeelte handel oor die mees prominente kliniese studies en hul bevindinge wat op hierdie gebied uitgevoer is.

#### 3.6.2.2.1 *Komorbiede persoonlikheidsversteurings*

In die literatuur word daar ondersteuning gebied vir die bestaan van 'n hoë voorkoms van persoonlikheidsversteurings by eetversteurde populasies. Uit die literatuur blyk dit asof daar 'n hoë voorkoms van Groep C-persoonlikheidsversteurings (vermydend, afhanklik en obsessief-kompulsief) by persone met eetversteurings voorkom. Die persoonlikheidsversteurings wat in Groep C voorkom, word meer dikwels met die simptomatologie van anorexia nervosa geassosieer (kyk geassosieerde simptome- en gedragskenmerke in par. 2.3.2), terwyl Groep B-persoonlikheidsversteurings (antisosiaal, grenslyn, histrionies en narsissisties) met bulimia nervosa geassosieer word. Dit blyk asof Groep A persoonlikheidsversteurings (paranoïes, skisoïed en skisotipies) onderverteenwoordig is by persone met eetversteurings (Davis, Claridge & Cerullo, 1997; Herzog et al., 1992; Matsunaga, Kiriike, Nagata, Yamagami, 1998; Ronningstam, 1996).

Verskeie studies tref nie onderskeid tussen die beperkende en eetvergryping/purgerende subtipes van anorexia nervosa nie. Swift en Wonderlich (1988) is van mening dat die verskillende eetpatrone (subtipes) in anorexia nervosa met spesifieke persoonlikheidskenmerke geassosieer kan word en dat dit die ekspressie van 'n spesifieke eetpatroon mag beïnvloed. Uit Vitousek en Manke (1994) se oorsig van die literatuur blyk dit asof die beperkende tipe van anorexia nervosa meer met die persoonlikheidsversteurings in Groep C (obsessief-kompulsief,

vermydend en afhanklike persoonlikheidsversteurings) as in Groep B (antisosiaal, grenslyn, histrionies en narsissisties) geassosieer word. Daar word beraam dat ongeveer 'n derde van die persone met anorexia nervosa (beperkende tipe), vermydende persoonlikhede het (CBS Healthwatch, 2001). Hierdie persone is dus geneig om meer perfeksonisties te wees en is emosioneel en seksueel geïnhibeerd. Dit blyk ook asof hulle 'n kleiner fantasielewe het. Verder rebelleer hulle ook nie maklik teen outoriteitsfigure nie en word as goeie meisies beskou. Hulle vrees vernedering en om geterg te word. Die persoon met anorexia nervosa en 'n vermydende persoonlikheidsversteuring, mag moontlik die volgende gedrags- en eetpatroon ontwikkel: Die strewe na perfeksie is die enigste wyse waarmee liefde bekom kan word. Deel van hierdie strewe na perfeksie en uiteindelik liefde is om sorgvry te wees en die ideale beeld van maerheid te bekom. Hierdie persoon benodig niks, selfs nie voedsel nie. Hulle vrees mislukking en enige vorm van kritiek versterk hul persepsie dat hulle nie goed genoeg is nie. Omdat liefde nie bekom kan word deur 'n poging om perfek te wees nie, is mislukking onvermydelik, voel hierdie individue nog minder perfek en intensifiseer dit die strewe na perfeksie (CBS Healthwatch).

In teenstelling hiermee is Groep B-persoonlikheidsversteurings meer prominent by die eetvergryping-purgerende tipe van anorexia nervosa en word beide die dramatiese/wisselvallige en angstige/bang persoonlikheidpatrone met die individuele diagnose van anorexia nervosa geassosieer. Dit blyk asof ongeveer 40% persone met anorexia nervosa bulimiese tipe en grenslynpersoonlikhede het (CBS Healthwatch, 2001). Hierdie persone is geneig om emosioneel onstabiel te wees en toon onstabieleit in hul denkpatrone, gedrag en selfbeeld. Hulle vrees

verwerping en kan dit nie hanteer om alleen te wees nie. Dit is ook vir hul moeilik om hul woede en impulse te beheer. Hulle idealiseer mense en word gereeld teleurgestel en verwerp.

Eckert, Halmi, Marchi en Cohen (1987) het gevind dat sekere oënskynlike persoonlikheidsverskille tussen die bulimiese en beperkende subgroepe van anorexia nervosa na herstel verdwyn het. Pryor, Wiederman en McGilley (1996) het ook voorgestel dat subtipering minder nuttig is as die oorweging van eetversteuringsimptome langs 'n kontinuum.

Verder blyk dit dat asof persone met meervoudige persoonlikheidsversteurings met eetversteuringsimptome kan presenteer. Hierdie simptome sluit die volgende in: eetvergryping, selfgeïnduseerde vomering, die misbruik van lakseermiddels, oormatige oefening, liggaamsbeeldstorsie, selfverhongering, liggaamsmassafluktuasies en naarheid. Torem (1990) is van mening dat klinici wat met persone met eetversteurings werk, bewus moet wees daarvan dat sekere persone 'n subgroep verteenwoordig, by wie die onderliggende oorsaak van eetversteuring meervoudige persoonlikheidsversteurings mag wees. Hierdie persone reageer baie selde op die konvensionele vorme van behandeling wat in programme vir eetversteurde persone gebruik word. Slegs wanneer die onderliggende probleem geïdentifiseer is, sal die persoon se eetversteuringsimptome verbeter.

#### *3.6.2.2.2 Obsessief-kompulsiewe persoonlikheidstrekk*

Volgens Lilienfeld (2001) is obsessionaliteit 'n kritiese risikofaktor in die ontwikkeling van anorexia nervosa. Verder voer sy aan dat hierdie kwesbaarheid, in interaksie met sosiokulturele stressore, tot

dieetgedrag by adolessente kan ontwikkel wat later tot 'n kliniese eetversteuring kan lei.

Uit die navorsing van Rastam (1992) en vele ander ondersoekers (Garfinkel & Garner, 1982; Patton, 1988, Kaye, Gwirtsman, George & Ebert, 1991; Kanarek & Marks-Kaufman, 1991; Lilienfeld et al., 1998; Rastam, 1992; Solyom, Freeman & Miles, 1982; Thornton & Russel, 1997) se bevindinge, blyk dit asof obsessief-kompulsiewe persoonlikheidstrekke meer dikwels as enige ander persoonlikheidstrekke by persone met anorexia nervosa waargeneem word en word dit ook as een van die primêre instandhoudende faktore van hierdie versteuring beskou. Hierdie persoonlikheidstrek word ook in die meeste navorsingstudies in Sohlberg en Strober (1994) se oorsig van die literatuur gerapporteer.

Volgens Solyom et al. (1982; p. 285) bied die 'sorcerer's apprentice syndrome' 'n moontlike verklaring vir die dinamiek tussen obsessief-kompulsiewe gedrag by persone met anorexia nervosa en hul eetgedrag. Hulle verduidelik dit so: "*While an activity may be preceded by procrastination, once started it cannot be stopped .....the anorexic, once launched on a diet, or in some cases a binge, cannot stop. It may be that the cultural emphasis on slimness interacts with the obsessive personality to produce the clinical syndrome of anorexia nervosa.*" Hierdie navorsers meen dat alhoewel die persoon met anorexia nervosa se preokkupasie met kos en liggaamsgrootte op sigself obsessioneel mag wees, nie noodwendig beteken dat alle persone met anorexia nervosa obsessiewe persoonlikhede het nie. Die teenwoordigheid van obsessionele persoonlikheidskenmerke beïnvloed die persoon se

prognose en die respons op beide psigofarmakologiese en psigososiale terapie.

Volgens Davis, Kaptein, Kaplan, Olmsted en Woodside (1998) is daar nie net psigopatologiese ooreenkomste tussen hierdie twee versteurings nie, maar ook merkbare ooreenkomste in die neurologiese werking. Hulle voer ook verder aan dat intense oefening 'n algemene kenmerk van anorexia nervosa is en dat dit moontlik verband hou met obsessief-kompulsiewe versteuring. Die bevindinge van hul studie suggereer dat by persone met anorexia nervosa obsessief-kompulsiewe versteuring verband hou met 'n hoë vlak oefening en dat oormatige oefening in 'n groot mate geassosieer kan word met obsessief-kompulsiewe simptomatologie. Die bevindinge van Davis et al. (1998) is reeds in 'n vroeër studie deur Gadpaille, Sanborn en Wagner (1987) bevestig. In hul studie is drawwers met of sonder amenoree bestudeer en is 'n diagnoseerbare eetversteuring in 62% van die drawwers met amenoree gevind, in teenstelling met geen in die gereelde menstruerende drawwers. 'n Parallel van kompulsiewe gedrag is tussen die drawwers met amenoree en persone met anorexia nervosa gevind.

#### *3.6.2.2.3 Komorbiede psigopatologie in die algemeen*

Talle navorsingstudies oor die verband tussen psigopatologie, persoonlikheid en eetversteurings by vroue het van die MMPI as meetinstrument gebruik gemaak (Pryor & Wiederman, 1996; Shisslak, Pazda & Crago, 1990; Skoog, Andersen & Laufer, 1984; Scott & Baroffio, 1986; Strober, 1981). Verskeie teenstrydige bevindinge word gerapporteer. Volgens Vitousek en Manke (1994) het data van die MMPI al in ongeveer 30 artikels oor eetversteurings verskyn. Uit 'n opsomming van 32 studies waarin

die MMPI met eetversteurde populasies gebruik is, het die profiel van anorexia nervosa soos volg gelyk (Morey & Kurtz, 1995, p.6-7):

- Persone met anorexia nervosa toon geen uitvalle bo 70T op die primêre MMPI-skale nie, die hoogste telling is op skaal 2 (depressie). As 'n geheel is hulle profiel aanduidend van 'n persoon met 'n swak eiewaarde, depressiewe gemoed en onttrekking aan sosiale kontak. Die persoon met anorexia is ook minder in staat om hom-/haarself te verdedig as wat verwag word van hierdie groep. Die persone met anorexia nervosa en bulimia nervosa word van mekaar onderskei op grond van hul tellings op skaal 4 (psigopatiese afwyking), waar die persone met bulimia meer aggressie en impulsiwiteit as die persone met anorexia openbaar.

### **3.6.2.3 Samevatting**

Uit die resultate van sekere kliniese ondersoeke na die verband tussen persoonlikheid en anorexia nervosa blyk dit asof daar 'n hoë voorkomssyfer van persoonlikheidsversteurings by individue met eetversteurings is. Anorexia nervosa word hoofsaaklik met Groep C-persoonlikheidsversteurings (obsessief-kompulsief, vermydend en afhanklik) geassosieer. Sekere studies onderskei tussen die subtypes van anorexia nervosa en het gevind dat die beperkende sub tipe meer met Groep C-persoonlikheidsversteurings en die eetvergryping-purgerende sub tipe meer met Groep B-persoonlikheidsversteurings (anti-sosiaal, grenslyn, histrionies en narsissisties) assosieer word. Meer spesifiek blyk dit asof obsessief-kompulsiewe persoonlikheidstrekke meer dikwels as enige ander trekke by persone met anorexia nervosa voorkom. Dit blyk 'n belangrike risikofaktor in die ontwikkeling van anorexia nervosa te wees en speel ook 'n sterk instandhoudende rol wat



behandelingintervensies kan kompliseer. Vervolgens sal ondersoek oor die niekliniese persoonlikheidstrekke van persone met anorexia nervosa bespreek word.

#### **3.6.2.4 Niekliniese persoonlikheidstudies**

Verskeie navorsers het die afgelope dekade hul aandag op die niekliniese persoonlikheidstrekke/eienskappe van persone met anorexia nervosa begin toespits en het van niekliniese meetinstrumente in hul studies begin gebruik maak (vgl. afd. 3.4.).

##### **3.6.2.4.1 *Perfeksionisme***

Navorsing het daarop gedui dat die psigologiese behoefte om onrealistiese verwagtinge na te streef in sekere wanaangepaste gedrag soos 'n eetversteuring tot uiting kom (Nugent, 2000).

Henderson (2000) is van mening dat 'n sterk strewe na perfeksie verwant is aan die behoefte aan ander se goedkeuring wat eetgedrag kan beïnvloed. Volgens Henderson is dit al redelik sterk bevestig dat perfeksionisme inherent teenwoordig is by individue met anorexia nervosa. Verskeie studies het bevind dat selfs na die afloop van behandeling en gewigsherstel by persone met anorexia nervosa, die perfeksionistiese oortuigings volhard en bydra tot 'n persoon se terugval. Perfeksionisme blyk dus een van die sterkste risikofaktore vir die ontwikkeling van eetversteurings te wees (Basco, 1999).

In die literatuur word daar tussen twee vorme van perfeksionisme onderskei: 'n Ongesonde en 'n gesonde vorm van perfeksionisme. Persone wat die ongesonde vorm toon, stel hoë standaarde aan hulself en gewoonlik buite hul bereik. Hulle toon 'n kompulsiewe strewe na onmoontlike doelwitte en hul eiewaarde word aan

prestasie en produktiwiteit gemeet. Persone wat 'n meer gesonde vorm perfeksonisme openbaar, verkry plesier uit 'n strewe na uitmuntendheid, maar is nog steeds bewus van hul eie tekortkominge en beperkinge (Nugent, 2000). Piirto (1994) het hierdie tipes perfeksonisme as "disabling" en "enabling" geïdentifiseer. Die laasgenoemde soort perfeksonistiese individue is meer buigbaar in hul toepassing van standarde. Hulle voel vry om meer of minder perfeksonisties te wees, afhangende van die situasie. Terwyl persone met 'n ongesonde vorm perfeksonisme, ten spyte van die sukses van 'n afgehandelde taak, gevoelens van leegheid en ontevredenheid (nooit goed genoeg nie) ervaar. Die resultate van verskeie studies dui op 'n hoë voorkoms van 'disabling' perfeksonisme by persone met anorexia nervosa (Ashby & Kottman, 1998).

#### 3.6.2.4.2 *Kontrole, beperking, konvensionaliteit, self- en impulsbeheer en vermyding*

Casper, Hedeker en McClough (1992) het verskeie kliniese en nie-kliniese meetinstrumente van persoonlikheid in hul studie van 46 vroue met eetversteurings en 19 persone met geen eetversteuring (kontrolegroep) ingesluit. Van die meetinstrumente was die MPQ (kyk afdeling 3.4). Die resultate van hul studie suggereer dat persone met anorexia nervosa, in vergelyking met vroue in die algemeen, baie meer ingeperk en konvensioneel is en dat vroue met eetversteurings groter negatiewe affek en minder positiewe affek as vroue in die algemeen openbaar. Volgens Casper et al. (1992) behoort dit op die vlak van voorkoming die moeite werd te wees om kinders wat skaamheid en beheer met 'n streng gewete en lae eiewaarde kombineer te identifiseer. Hulle moet tydig behandel word voordat hulle pogings aanwend om hul liggaam en

selfbeeld deur middel van dieet te verbeter en dus op hierdie wyse hul eie risiko vir die ontwikkeling van anorexia nervosa verhoog.

Soos dit in afdeling 3.4 genoem is, is die effek van verhongering een van die metodologiese probleme wat navorsers ondervind in hul pogings om die persoonlikheidstrekke van persone met anorexia nervosa te meet. Om dus die effek van verhongering uit te skakel, kan persone met anorexia nervosa na herstel herevalueer word. Casper (1990) het so 'n studie onderneem en gepoog om die persoonlikheidskenmerke van vroue wat fisiek en in 'n groot mate psigies van anorexia nervosa herstel het tydens 'n 8 tot 10 jaar opvolgstudie met behulp van die MPQ te evalueer. Daar is bevind dat vroue wat van anorexia nervosa herstel het groter skadevermyding, groter beperking ten opsigte van emosionele uitdrukking en inisiatief, sowel as groter konformiteit aan outoriteit as die vroue met geen eetversteuring van dieselfde ouderdom openbaar. Leon et al. (1993) het minder beperking gevind, in teenstelling met Casper (1990) se bevindinge, in hul ondersoek na die persoonlikheids- en gedragkwasbaarhede wat met risikostatus vir eetversteurings by adolessente meisies geassosieer word.

Srinivasagam et al. (1995, p.1634) is van mening dat die resultate van hul studie, sowel as die resultate van Casper (1990) se studie, toon dat sekere gedrag soos 'n obsessiewe behoefte aan simmetrie en perfeksie, groter risikovermyding, beperking en toenemende impulscontrole, volhard na herstel van anorexia nervosa. Sulke trekke kan moontlik die manifestasie van gedragkenmerke van 'n biologiese kwasbaarheid wees.

#### 3.6.2.4.3 *Lae soeke na nuwigheid, skadevermyding en beloningsafhanklikheid*

Strober (1991) is van mening dat 'n lae soeke na nuwigheid, hoë skadevermyding en beloningsafhanklikheid wat die drie dimensies van Cloninger (1987) se *Driedimensionele persoonlikheidsvraelys* verteenwoordig predisponerende trekke vir die ontwikkeling van anorexia nervosa is. Volgens Strober (1991) het objektiewe studies en kliniese observasies genoeg bewyse gelewer vir die feit dat sekere persoonlikheidstrekke met ongewone prominensie in persone met anorexia nervosa groepeer. Hierdie persoonlikheidstrekke is onder andere volharding, 'n geneigdheid tot rigiede metodologiese probleemoplossing, emosionele beperking en 'n voorkeur aan die bekende [verteenwoordig lae soeke na nuwigheid op die TPQ, volgens Cloninger (1987, p.575), obsessiewe kommer, swak aanpasbaarheid om te verander en ooropwekking tot affek-genererende stimuli (uitermatige skadevermyding) en hipersensitiwiteit ten opsigte van tekens van verwerping of afkeur aan en uiterste onderwerping/inskiklikheid teenoor ander (beloningsafhanklike neigings). Casper et al. (1992) het grotendeels hierdie hipoteses van Strober (1991) ondersteun.

#### 3.6.2.4.4 *Neurotisme en introversie*

Die neurotismeskaal van die NEO-PI-R verwys na elke persoon se geneigdheid om negatiewe emosies soos vrees, hartseer, skuld, woede, afkeur en verleentheid te ervaar. Uit die literatuur en in die voorafgaande bespreking blyk dit duidelik dat 'n wye spektrum negatiewe affek met eetversteurings geassosieer word. Leon et al. (1997) het vasgestel dat negatiewe affek, 'n predisponerende of kwesbaarheidsfaktor vir die ontwikkeling van versteurde eetgedrag of kliniese eetversteurings is. Die resultate van hul studie dui daarop dat persoonlikheid en temperament eerder as 'n spesifieke

gesinsproses, ouderdom tydens puberteit, of vorige lewensstyl, predisponerend tot die ontwikkeling van 'n eetversteuring optree. Verder blyk dit asof die teenwoordigheid van negatiewe affek tesame met hoë stresreaktiwiteit sowel as die onvermoë om tussen verskillende tipes emosies en ligaamlike sensasies te onderskei, 'n kwesbaarheid vorm waaruit 'n sekere tipe eetversteuring mettertyd kan ontwikkel (Leon et al., 1993, 1995).

Meer spesifiek blyk dit asof 'n sterk verband tussen eetversteurde gedrag en neurotisme in empiriese studies gevind word (Brookings & Wilson, 1994; Bulik, Sullivan, Weltzin & Kaye, 1995; Casper, Hedeker & McClough, 1992; Davis, 1992; Podar, Hannus & Allik, 1999). In die *Verklarende en vertalende sielkundewoordeboek* (Plug et. al, 1997, p.240) word neurotisme gedefinieer as "*Neurotiese trekke wat by alle mense voorkom en dus nie net 'n kenmerk van afwykende gedrag is nie.*" Volgens Brookings en Wilson (1994) het verskeie navorsers in hul ondersoek na die predisponerende persoonlikheidsfaktore van eetversteurings 'n verskeidenheid kenmerke, naamlik 'n oordrewe behoefte aan goedkeuring (Katzmen & Wolchik, 1984), obsessionaliteit (Johnson & Holloway, 1988), emosionele onstabieleit en 'n lae eiewaarde (Friedlander & Siegel, 1990; Mizes, 1988; Tobin, Johnson, Steinberg, Staats, & Dennis, 1991) geïmpliseer, wat weer trekke is van die breër persoonlikheidsdimensie neurotisme.

In Vitousek en Manke (1994), Sohlberg en Strober (1994) en Casper (1990) word daar melding gemaak van studies waarin die graad van neurotisme en ekstroversie (verteenwoordig persoonlikheidsdimensies op die NEO-PI-R) in persone met eetversteurings bepaal is. Alhoewel 'n hoë graad van neurotisme

en 'n lae graad van ekstroversie teenwoordig was tydens die inisiële en akute fases van anorexia nervosa, het die graad van neurotisme en ekstroversie onderskeidelik gedaal en gestyg met gewigstoename en na herstel. Wanneer steekproewe onderverdeel word in die onderskeie subtypes van anorexia nervosa, blyk dit asof die purgerende tipe van anorexia nervosa meer neurotiese en introverte simptome as die beperkende tipe van anorexia nervosa toon.

Podar et al. (1999) het ondersoek ingestel na die relatiewe bydrae van persoonlikheid en emosionele ervaring tot selfgerapporteerde eethoudings in 'n groep pasiënte met klinies diagnoseerbare eetversteurings, 'n groep deelnemers aan 'n gewigsverliesprogram en kontrolegroep met geen liggaamsgewigprobleme. Die NEO-PI-R en Eetversteuringsinventaris 2 (EDI-2) is in hul studie as meetinstrumente vir bogenoemde gebruik. Die resultate van hul studie het bevestig dat die persoonlikheidsdimensie neurotisme die grootste bydrae op die EDI-2-subskale (hoë tellings is aanduidend van eetversteurde gedrag en -houdings) gemaak het, wat ondersteuning bied vir die aanname dat sekere persoonlikheidstrekke predisponerend tot sekere eetversteurings meewerk. Buiten neurotisme (N) blyk dit asof twee ander dimensies, naamlik openheid vir ervaring (O) en pligsgetrouheid (C) ook bydra tot 'n verhoogde predisposisie by persone. Persone met lae tellings op die O-fasetskaal was geneig om hoë tellings op die EDI-2 skale te behaal. Hierdie individue het 'n geneigdheid om afgestomp te wees in hul affek, heg min waarde aan emosie, verkies stabiliteit bo verandering en is geneig om outoriteit en konserwatisme te aanvaar. Skaal C het beduidend negatiewe verbande met die skale van die EDI-2 getoon. Persone met lae tellings op C word beskryf as persone wat nog nie geleer het om

hul begeertes te beheer nie, wat nie impulse en versoekings kan weerstaan nie, 'n gebrek aan selfbeheer het en nie baie bekwaam is in die organisasie en beplanning van take nie. Op grond van die resultate van hierdie studie het Podar et al. (1999, p.133) tot die gevolgtrekking gekom dat: "...*personality dispositions have a larger relevancy in the etiology of eating disorders than emotional state*".

Die voorafgaande bevindinge van Podar et al. (1999) se studie ondersteun ook grotendeels die bevindinge van Brookings en Wilson (1994) se studie waarin persone wat hoë tellings op die neurotisme en lae tellings op die ekstroversieskale behaal het, hoë tellings op die EDI-subskale behaal het.

Millon (1985) huldig die mening dat 'n individu 'n 'normale' en gesonde persoonlikheidpatroon het wanneer hy/sy die vermoëns toon om by sy/haar omgewing aan te pas. Dit word aanvaar dat 'n persoon wat op 'n onaanpasbare en wanaangepaste wyse situasies hanteer, oor 'n abnormale en ongesonde persoonlikheidspatroon beskik. Persoonlikheid dui dus op die aanpasbaarheid wat 'n persoon in die hantering van situasies openbaar. Indien die kontinuumhipotese geldig is (vgl. hfst. 2), kan die hipotese gestel word dat persone wat verder af op die kontinuum lê, toenemend minder aanpasbaarheid en meer rigiditeit/wanaanpassing in hul persoonlikhede toon.

Tylka en Subich (1999) het die verband tussen persoonlikheidstrekke en plasing op die eetversteuringskontinuum ondersoek. Hulle het die hipotese gestel dat vroue met 'n hoër plasing op die eetversteuringskontinuum, hoër neurotisme-tellings as vroue laer af op die kontinuum sal behaal. Om Neurotisme te meet, het hulle van die NEO-FFI wat 'n verkorte weergawe van die

NEO-PI-R is, gebruik gemaak. Die resultate van hul studie het getoon dat vroue in die asimptomatiese groep gemiddelde tellings op N behaal het. Die vroue in die simptomatiese groep het hoër gemiddelde tellings op N behaal, terwyl die vroue in die eetversteurde groep hoër tellings op N behaal het.

Alhoewel neurotisme gekenmerk word deur 'n algemene geneigdheid om negatiewe affek/emosies te ervaar, kan die nood wat deur die versteuring self veroorsaak word 'n addisionele bron gevoelens soos vrees, woede, skuld en afkeer wees.

#### **3.6.2.5 Samevatting**

Perfeksionisme kom in 'n meerdere of mindere mate by die meeste individue voor en gee nie noodwendig aanleiding tot patologiese eetgedrag nie, maar dit blyk asof dit in 'n ernstiger graad by persone met anorexia nervosa voorkom.

Die mees prominente niekliniese persoonlikheidsstudies het die volgende persoonlikheidsstrekke by persone met eetversteurings geïdentifiseer: Beperking, konvensionaliteit, negatiewe affek, lae soeke na nuwigheid, beloningsafhanklikheid, skadevermyding, neurotisme en introversie. Hierdie trekke word as moontlike risikofaktore tydens die ontwikkeling van anorexia nervosa beskou.

Vervolgens word die mees prominente persoonlikheidsstrekke wat by persone met obesiteit voorkom, bespreek.



### **3.6.3 OBESITEIT**

#### **3.6.3.1 Inleiding**

Alhoewel obesiteit hoofsaaklik as 'n mediese toestand beskou word en biologiese en genetiese faktore as die primêre oorsaaklike faktore van hierdie versteuring, bestaan die opvatting dat obesiteit gedeeltelik deur persoonlikheid en psigososiale faktore, tesame met aangeleerde eetgewoontes bepaal word. Studies wat ondersoek ingestel het na die persoonsaard van persone met obesiteit is skaars in die literatuur.

Navorsingsbevindings oor die persoonlikheidsstruktuur van persone met obesiteit was tot dusver nog onduidelik en die oorsaaklike verhouding tussen obesiteit en persoonlikheid kon nog nie met sekerheid verklaar word nie (Ardelt, 2001). Ten spyte van min navorsing op hierdie gebied word die persoon met obesiteit tog wel as neuroties, somtyds selfs psigoties met oorweldigende afhanklikheidsbehoefte en in 'n meëdoenlose strewe na orale bevrediging uitgebeeld (Bornstein & Greenberg, 1991; Hodge & Maseelall, 1993). Dit blyk ook verder asof obese persone probleme met die interpretasie van hul interne behoeftes of sensasies, 'n onstabiele gemoed, impulsiwiteit of swak impulskontrole, 'n sterk behoefte aan onmiddellike bevrediging, asook hoë vlakke van angs en spanning en swak aanpassing by sosiale norme openbaar (Palme & Palme, 1999).

Vervolgens word van die mees prominente studies in die ondersoek na die persoonlikheidskenmerke van persone met obesiteit aan die hand van twee kategorieë naamlik kliniese en nie-kliniese persoonlikheidsstudies bespreek

### **3.6.3.2 Kliniese persoonlikheidstudies**

#### **3.6.3.2.1 *Angstigheid***

Palme en Palme (1999) het gevind dat vroulike obese persone wat behandeling ontvang soortgelyke persoonlikheidstrekke as persone met bulimia nervosa en alkoholisme toon. Die kliniese groepe in hul studie (bulimia nervosa, alkoholafhanklik en obesiteit) het in vergelyking met die algemene populasie hoër tellings ten opsigte van angs en laer tellings ten opsigte van sosialisering getoon. Volgens hierdie outeurs is dit aanduidend van angstigheid en antisosiale gedrag en mag 'n moontlike verklaring vir die hoër tellings wees dat oormatige drink- en eetgedrag deur hierdie persone gebruik word om hierdie negatiewe emosies teen te werk aangesien oormatige eet 'n toename in vrystelling van endorfiene meebring (Palme & Palme). Die lae sosialiseringtellings mag beteken dat sulke antisosiale gedrag soos ooreet en alkoholmisbruik meer aanvaarbaar vir hierdie persone is en kan hoër vlakke van sosialisering hierdie tipe gedrag inhibeer. Die resultate van hierdie studie ondersteun die hipotese dat verskillende tipes eet- en alkoholverwante versteurings met soortgelyke persoonlikheidstrekke geassosieer kan word.

#### **3.6.3.2.2 *Impulsiwiteit***

Volgens die bevindinge van Bjorvell, Edman, Rossner en Schalling (1985) was die obese persone in vergelyking met die kontrolegroep meer angstig, gespanne, geneig om eentonigheid te vermy en minder geneig om te sosialiseer. Volgens hierdie navorsers vorm hierdie patroon 'n impulsiwiteitsindroom, wat gekenmerk word deur onverantwoordelikheid en geestesongesteldheid/onstabiliteit en word dit algemeen aan psigopate en substansafhanklikes toegeskryf. Die onvermoë om uit ervaring te leer en om op die hitte van die oomblik te reageer, is 'n tipiese kognitiewe defek van die

impulsiwiteitsindroom. Hierdie karaktertrekke bied 'n moontlike verklaring vir die herhaalde pogings tot gewigsverlies en gevolglike mislukkings/terugvalle wat by obese persone opgemerk word. 'n Gebrek aan impulsbeheer is 'n determinant vir terugvalle en is soortgelyk by obese persone, alkoholiste en ander verslaafdes. Die bevindinge van hul studie is ook in ooreenstemming met hul kliniese indrukke dat baie obese persone hul eetgedrag as voedselafhanklikheid beskryf en hulself as verslaafdes soortgelyk aan alkoholiste beskou.

#### **3.6.2.3.3** *Komorbiede psigopatologie in die algemeen*

Die MMPI blyk ook 'n gewilde meetinstrument in obesiteitstudies te wees. In Dahlstrom, Welsh en Dahlstrom (1975) en Werkman en Greenberg (1967) se studies waarin van die MMPI gebruik gemaak is, in 'n poging om 'n spesifieke persoonlikheidspatroon vir obese persone te identifiseer, het die resultate beduidende uitvalle op die neurotiese (angstige) triade aangedui [Skale 1 (hipochondria), 2 (depressie) en 3 (histerie)], sowel as uitvalle op die skale 6 (paranoia), 8 (skisofrenie), K (verdediging), 4 (psigopatiese afwyking), 7 (psigastenie) en 0 (sosiale introversie) is gevind. Hierdie resultate dui daarop dat obese meisies minder verbeeldingryk en minder ambisieus is. Hulle het hiermee saam ongewone trekke van narsisisme, impulskontroleprobleme, sosiale angs en onvolwassenheid in hul gedrag geopenbaar.

#### **3.6.3.3** **Samevatting**

Dit blyk uit die resultate van bogenoemde kliniese persoonlikheidsstudies of obese persone soortgelyke persoonlikheidskenmerke as substansafhanklikes openbaar, daarom word obesiteit somtyds as voedselafhanklikheid beskryf. Hierdie persone ervaar 'n wye spektrum negatiewe affek en mag

moontlik hulself ooreet om hierdie emosies teen te werk. Dit blyk ook asof obese persone min beheer oor hul impulse en drange kan uitvoer, wat 'n moontlike verklaring bied vir die aanhoudende terugvalle en hoë mislukkingsyfer van behandelingsprogramme by obese persone.

### **3.6.3.4 Niekliniese persoonlikheidstudies**

#### **3.6.3.4.1 *Afhanklikheid***

Verskeie studies het 'n beduidende verband tussen afhanklikheid en obesiteit gevind (Masling, Rabie & Blondheim, 1967; Weiss & Masling, 1970). Sommige navorsers is van mening dat afhanklikheid die primêre onderliggende faktor in alle eetversteurings is, insluitend obesiteit, maar dat dit in interaksie met ander faktore soos perfeksionisme en impulsiwiteit meewerk om die spesifieke aard van die eetgedrag te bepaal (Morey & Kurtz, 1995). Volgens die resultate van 'n studie wat deur Bornstein en Greenberg (1991) gedoen is, toon persone met obesiteit betekenisvol meer afhanklikheidseienskappe as wat ander persone met psigiatriese probleme en die kontrolegroep openbaar. Dit is ook waarskynlik dat afhanklikheid 'n rol speel in die etiologie van ander eetversteurings soos anorexia nervosa en bulimia nervosa. Alhoewel daar verskille in die simptomatologie en manifestasie van versteurde eetgedrag by persone met obesiteit en eetversteurings voorkom, word onderliggende afhanklikheid as 'n primêre determinant van verskeie preokkupasies met kos beskou.

Alhoewel daar al genoegsame bewyse vir die komorbiditeit tussen eetversteurings, obesiteit en ander vorme van afhanklikheid opgelewer is, is daar minder ooreenstemming ten opsigte van die redes vir hierdie verband. 'n Moontlike rede wat al vir hierdie verband aangevoer is, is dat 'n gemeenskaplike stel

persoonlikheidstrekke 'n individu kan predisponeer tot 'n verskeidenheid gedragspatrone wat die potensiaal het om uitermatig te wees, waarvan ooreet een hiervan is. Ondersteuning hiervoor kom vanuit bewyse dat angs en depressie gereelde premorbiede karaktertrekke van beide substansafhanklikes en persone met eetversteurings en obesiteit is (Davis, 2001).

#### 3.6.3.4.2 *Negatiewe affek*

Volgens die resultate van 'n ondersoek wat by die Universiteit van Cornell ingestel is na die wyse waarop persoonlikheidstrekke, psigologiese faktore en stres verband hou met gewig en eetgedrag, blyk dit asof die oorgewig vroue in hul studie meer emosioneel reageer teenoor daaglikse stressore (Lang, 1993). Dit is in teenstelling met die groep ondergewig vroue in hul studie wat meer geneig was om minimaal, of slegs negatief teenoor hierdie stressore te reageer. Uit hierdie bevindinge word die aanname gemaak dat oorgewig en ondergewig vroue oor twee onderskeibare persoonlikheidstipes beskik, wat implikasies vir behandeling van obesiteit en eetversteurings mag inhou. Tydens die studie het die twee groepe se persoonlikheidskenmerke konsekwent verband gehou met die liggaamsmassa-indeks. Die een groep persoonlikheidskenmerke hou verband met positiewe faktore soos reaktiwiteit teenoor die omgewing, vlakke van geluk, sosiale ondersteuning en optimisme, terwyl die ander groep uit swak slaappatrone, depressie, angs, spanning, 'n sterk behoefte aan sosiale ondersteuning en 'n preokkupasie met eet bestaan het. Ondergewig vroue was geneig om lae tellings op die positiewe groep eienskappe te verkry en baie het lae tellings op die negatiewe groep eienskappe behaal. Die wat lae tellings op beide groepe trekke behaal het, het nie baie emosioneel teenoor hul omgewing gereageer nie. In teenstelling hiermee het oorgewig

vroue weer hoë tellings op die positiewe emosionele skaal en hoër tellings as die baie ondergewig vroue op die negatiewe skaal behaal (Lang). Die bevindinge van hierdie ondersoek dui daarop dat die manifestasie van 'n eetversteuring (anorexia nervosa/obesiteit) moontlik deur persoonlikheid bepaal word.

Volgens Foreyt (1987) sukkel obese individue met angs en depressie, as gevolg van die probleme wat hulle ondervind met pogings om gewig te verloor, of om die gewigsverlies te handhaaf. Obesiteit mag ook bydra tot 'n gevoel van isolasie omdat die individu se gesin en vriende dalk nie die frustrasie wat hulle ervaar, verstaan nie. Dit blyk nie asof liggaamsbeeld-versteurings deur obese persone wat emosioneel goed aangepas is, ervaar word nie. Dit word slegs ervaar deur persone wat gedurende hul kinderjare deur hul ouers en portuurgroep verkleineer is en 'n angsversteuring ontwikkel het.

Die navorser kon ongelukkig geen studies wat gebruik gemaak het van die NEO-PI-R om die persoonlikheidstrekke van obese persone te bepaal in die literatuur vind nie. Sekere van die persoonlikheidskenmerke wat in obese persone opgemerk en hierbo bespreek is, is eienskappe van die breër persoonlikheidsdimensies van die NEO-PI-R (Costa & McCrae, 1996). Impulsiwiteit, angstigtheid en depressiwiteit, wat in bogenoemde studies by obese persone opgemerk is, is byvoorbeeld fasette van die neurotisismedomein. In Wickramasekera en Price (1997) se studie was die obese persone se gemiddelde neurotisismetelling beduidend hoër as die van die kontrolegroep.

#### 3.6.3.4.3 *Lae selfagting en verwante eienskappe*

Dit is reeds genoem dat selfagting 'n moontlike risikofaktor vir die ontwikkeling van eetversteurings (meer spesifiek anorexia nervosa) is. Davis, Wheeler en Willy (1987) het die verband tussen persoonlikheid en obesiteit in 'n niekliniese populasie bestudeer en 'n negatiewe korrelasie tussen selfagting en persentasie oorgewig gevind. Volgens die bevindinge van Golay et al. (1997) se studie kan obese persone op grond van hul persoonlikheid in een van vier kategorieë ingedeel word: analiserend, kontrolerend, promoverend en fasiliterend). Dit was egter die fasiliterende groep wat beduidend hoër eetversteuringsimptome openbaar het. Hulle het 'n swak innerlike bewustheid, liggaamsontevredenheid, oneffektiwiteit en volwassenheidsvrese getoon.

#### 3.6.3.5 **Samevatting**

Ondersoeke na die verband tussen persoonlikheid en obesiteit, veral nie-kliniese persoonlikheidstudies, is skaars in die literatuur. Daar is nietemin 'n aanduiding dat sekere persoonlikheidskenmerke 'n rol in óf die ontwikkeling óf die instandhouding óf albei speel. Onderliggende afhanklikheidseienskappe word as 'n risikofaktor beskou. Verder blyk dit asof obese persone meer geneig is om emosioneel teenoor omgewingsstimuli te reageer, wat 'n moontlike kwesbaarheid vir die ontwikkeling van versteurde eetgedrag daarstel. 'n Gebrek aan selfagting word ook as 'n moontlike risikofaktor aangedui.

### 3.7 **SAMEVATTING**

Op grond van die literatuurstudie aangaande die verband tussen persoonlikheid en eetversteurings kan die volgende gevolgtrekkings gemaak wor

- Die verband tussen persoonlikheid en eetversteurings bly die belangstelling van navorsers prikkel. Teenstrydige bevindinge dui op 'n gebrek aan eenstemmigheid by navorsers oor watter rol persoonlikheid in die ontwikkeling van eetversteurings, veral anorexia nervosa speel.
- Daar bestaan geen twyfel dat persoonlikheid wel 'n rol speel, hetsy dit predisponerend of instandhoudend is, by anorexia nervosa en obesiteit. Die identifisering van sekere algemene persoonlikheidstrekke by persone met eetversteurings kan 'n waardevolle bydrae lewer op die gebied van voorkoming (vroëë identifikasie).
- Daar is 'n behoefte aan navorsing op die gebied van nie-kliniese persoonlikheidstrekke en eetversteurings, sowel as die gebruik en ontwerp van niekliniese meetinstrumente in sulke studies.
- Die volgende (kliniese en niekliniese) kenmerke van persone met anorexia nervosa se persoonlikheidsfunksionering tree die sterkste na vore uit die literatuur:
  - Anorexia nervosa word in die algemeen met Groep C-persoonlikheidsversteurings (vermydend, afhanklik en obsessief-kompulsief) geassosieer.
  - Meer spesifieke kenmerke sluit die volgende in:
    - Obsessief-kompulsiwiteit
    - Perfeksionisme
    - Ingeperktheid
    - Vermydend
    - Konvensionaliteit
    - Lae soeke na nuwigheid
    - Beloningsafhanklikheid
    - Skadevermyding
    - Negatiewe affek
    - Neurotisme (angs)



- Introversie
- ☐ Uit die literatuur kan die volgende kenmerke van obese persone se persoonlikheidsfunksionering bepaal word:
  - Angstigheid (neurotisme)
  - Impulsiwiteit
  - Afhanklikheid
  - Verhoogde emosionele responsiwiteit
  - Lae selfagting
- ☐ In die literatuur word daar min studies gerapporteer wat 'n vergelyking tref tussen die persoonlikheidskenmerke van persone met onderskeidelik anorexia nervosa en obesiteit. Pryor en Wiederman (1996, p. 414) stel dit soos volg: *"Personality characteristics of individuals with eating disorders have been the focus of much research, with an emphasis on comparison of individuals with anorexia nervosa versus bulimia nervosa."* Uit die literatuur blyk dit slegs asof die persoonlikheid van persone met anorexia nervosa en obesiteit ooreenstem ten opsigte van die volgende:
  - Negatiewe affek
  - Angs

Vervolgens sal die metode van ondersoek bespreek word.

## HOOFSTUK 4

### METODE VAN ONDERSOEK

#### 4.1 INLEIDING

In die voorafgaande hoofstukke is aandag gegee aan eetversteurings in die algemeen en meer spesifiek anorexia nervosa en obesiteit. 'n Volledige bespreking is gewy aan die verband tussen persoonlikheid en eetversteurings aangesien 'n literatuurstudie van resente navorsing op hierdie gebied een van die doelstellings van hierdie studie is. In hierdie hoofstuk word die metode en prosedure waarvolgens die navorsing uitgevoer is, bespreek.

#### 4.2 NAVORSINGSTIPE EN -ONTWERP

Vir die doel van hierdie navorsing is daar op 'n nie-eksperimentele kriteriumgroepontwerp besluit. In nie-eksperimentele navorsing vind daar geen eksperimentele ingreep en ook geen ewekansige toewysing van proefpersone aan groepe plaas nie, en gaan dit eerder om die bestudering van verbande wat sonder enige beplande ingreep tussen twee of meer veranderlikes voorkom. Die proefpersone is ook reeds lede van die verskillende vlakke van die onafhanklike veranderlike (klassifikasiefaktor), waar die doel is om te ondersoek of hierdie groepe ten opsigte van die afhanklike veranderlike verskil (Huysamen, 1993).

Die onafhanklike veranderlikes in hierdie studie is die aan- of afwesigheid van eetversteurings wat in drie kategorieë, naamlik: anorexia nervosa, obesiteit en geen eetversteuring verdeel is.

Die afhanklike veranderlike in hierdie studie is persoonlikheid wat na aanleiding van die vyf fasetskale van die hersiene NEO persoonlikheidsvraelys (NEO-PI-R) beskryf word. Hierdie skale is soos

volg: Neurotisme (N), ekstroversie (E), openheid vir ervaring (O), welgevalligheid (A) en pligsgetrouheid (C).

### 4.3 DIE ONDERSOEKGROEP

Altesaam 59 persone is genader om vrywillige deelname aan hierdie studie. Slegs twee en veertig van hierdie persone het die vraelyste volledig voltooi en terugbesorg. 'n Moontlike verklaring hiervoor is 'n gebrek aan belangstelling omdat geen beloning hiermee gepaard gaan nie.

Die samestelling van proefpersone lyk soos volg: Blanke, Afrikaanssprekende dames in die ouderdomskategorie 16-29 jaar. Die proefpersone is in drie groepe ingedeel: Groep A: Anorexia nervosa; groep B: Obesiteit en groep C: Geen eetversteuring.

Die 15 proefpersone (17 persone is genader) in groep A is persone wat deur verskeie professionele gesondheidswerkers geïdentifiseer is met behulp van 'n merklys saamgestel uit die DSM-IV-kriteria (APA, 1994) [kyk bylaag A vir 'n kopie van die merklys] vir anorexia nervosa. Die 12 proefpersone (19 persone is genader) in groep B is buitepasiënte van 'n verslankingskliniek in Brooklyn, Pretoria wat insgelyks, onder meer op grond van die liggaamsmassaindeks-formule met 'n afsnypunt van 30 (Kaplan & Sadock, 1998) as obees geklassifiseer is.

Die groep met geen eetversteuring bestaan uit 15 persone (23 persone is genader) wat nog nooit voorheen met 'n eetversteuring gediagnoseer is nie. Vrywilligers is by gimnasiums in Hatfield, Pretoria en op die kampus van die *Universiteit van Pretoria* genader en betrek.

Weens die sensitiwiteit van die onderwerp is potensiële proefpersone met groot versigtigheid genader. Die eerste stap was om geneeshere en

ander professionele gesondheidswerkers (sielkundiges, dieetkundiges, verpleegsusters) vir samewerking te nader. Een geneesheer, een psigiater, een sielkundige, een dieetkundige en 'n matrone het ingestem om te help met die identifisering van individue met anorexia nervosa en obesiteit. Die insluitingskriteria was geslag (vroulik), ouderdom (tussen 16 en 29), eetversteuringsdiagnose (anorexia nervosa en obesiteit) en persone wat nie voorheen terapie vir hul eetversteuring ontvang het nie. Die laaste insluitingskriterium was belangrik aangesien die ondersoeker van mening was dat die effek van behandeling die resultate kon kontamineer. Sewentien persone met anorexia nervosa en negentien persone met obesiteit is geïdentifiseer. Twee van die persone in die anorexia-groep en sewe persone in die obesiteitgroep het nie die vraelyste volledig voltooi nie en kon dus nie vir hierdie studie oorweeg word nie.

In hierdie studie is daar besluit om slegs op anorexia nervosa en obesiteit te fokus, eerstens omdat daar sekere aanduidings in die literatuur is dat anorexia nervosa en obesiteit aan mekaar verwant is en daar nog relatief min navorsing uitgevoer is wat 'n vergelyking tussen hierdie twee versteurings tref. Tweedens het verskeie navorsers (kyk afdeling 2.2) 'n kontinuumhipotese vir eetversteurings voorgestel. Indien so 'n hipotese aanvaar word en die aanname gemaak kan word dat anorexia nervosa en obesiteit op die twee uiterste pole van 'n kontinuum van eetversteurings lê, behoort daar sekere belangrike verskille en ooreenkomste tussen hierdie twee eetversteurings waargeneem te kan word, wat dus 'n bydrae op die gebied van risikonavorsing kan lewer.

Die frekwensies ten opsigte van die drie kategorieë word in tabel 4.1 aangetoon.

*Tabel 4.1: Frekwensiedistribusie van die ondersoekgroep volgens die drie groepe*

Eetversteuring	F	%
Anorexia nervosa	15	35,7
Obesiteit	12	28,6
Geen eetversteuring	15	35,7
Totaal	42	100,0

Uit tabel 4.1 is dit duidelik dat die drie groepe redelik eweredig versprei is, met die kleinste groep die persone in die obesiteitsgroep. Weens die bepaalde praktiese probleme wat reeds in paragraaf 4.3 (p.95) genoem is, kon nie meer proefpersone in hierdie groep en ander groepe bekom word nie.

Ten einde die drie groepe ten opsigte van hulle ouderdom te beskryf, is die gemiddeldes en standaardafwykings daarvan bereken en dit verskyn in tabel 4.2.

*Tabel 4.2: Gemiddeldes en standaardafwykings van die drie onderskeie groepe se ouderdom*

Veranderlike	N	$\bar{X}$	S
Anorexia	15	22,00	4,81
Obesiteit	12	24,67	4,01
Geen eetversteuring	15	21,67	2,26

Die gemiddelde ouderdom van die groep as geheel is 22,64 jaar met 'n standaardafwyking van 3,96. Die gemiddelde ouderdomme van die drie groepe is vergelykbaar. Wanneer na die standaardafwykings gekyk word, is dit duidelik dat die eerste twee groepe (anorexia en obesiteit) se standaardafwyking effens groter as die laaste groep is. By nadere

ondersoek van die data blyk dit dat by die anorexia- en obesiteitgroep die jongste proefpersoon 16 jaar is, terwyl die oudste proefpersoon 29 jaar is. By die groep met geen eetversteuring is die jongste proefpersoon 17 jaar terwyl die oudste proefpersoon 25 jaar is. Dit is dus belangrik om die moontlike effek wat die ouderdom op die resultate mag hê te ondersoek, alvorens die hipotese ondersoek word. Die proses word in die volgende hoofstuk bespreek.

Daar sal nou oorgegaan word om die meetinstrument wat gebruik is, te bespreek.

## **4.4 MEETINSTRUMENTE**

### **4.4.1 Die hersiene NEO persoonlikheidsvraelys (NEO-PI-R)**

Die NEO-PI-R (Costa & McCrae, 1996) en NEO-vyffaktorinventaris ('n verkorte 60-item weergawe) is deur Costa en McCrae (1985) ontwikkel as 'n psigometriese weergawe van die vyffaktormodel. In die huidige vorm verskaf die hersiene NEO-persoonlikheidsvraelys tellings op vyf hoofdimensies of domeine van persoonlikheid en 30 addisionele trekke of fasette wat elke domein identifiseer. Die vyf domeine en elkeen se ses fasettskale word in tabel 4.3 hieronder gelys. Volgens Costa en McCrae (1996) verskaf die NEO-PI-R-domeinskale 'n opsomming van 'n persoon se funksionering ten opsigte van emosionaliteit, interpersoonlike interaksie, ervarings, houdings en motivering, terwyl die fasettskale 'n fyner analise daarvan verskaf. Die NEO-PI-R se vorm S is vir selfrapportering, terwyl vorm R vir waarnemers (byvoorbeeld eggenote) is (Anastasi, 1997; Gregory, 1996).

Die NEO-PI-R-selfrapporteringvraelys, vorm S, wat uit 240 items bestaan (Costa & McCrae, 1996), is vir die doeleindes van hierdie studie gebruik. Sover die navorser se kennis strek, is die NEO-PI-R tot hede nog nie vir

die Suid-Afrikaanse populasie gestandaardiseer nie. Daarom is slegs die tellings op die vyf domeinskaal gebruik.

Tabel 4.3: Domein- en fasetskaal van die NEO-PI-R

<b>Neurotisisme (N)</b>	<b>Ekstroversie (E)</b>	<b>Openheid vir ervaring (O)</b>
Angstigheid(N1)	Warmte(E1)	Fantasie(O1)
Vyandige woede(N2)	Geselskapsoekend(E2)	Estetiese(O2)
Depressie(N3)	Assertiwiteit(E3)	Gevoelens(O3)
Selfbewustheid(N4)	Aktiwiteitsvlak(E4)	Dade(O4)
Impulsiwiteit(N5)	Soeke na opwinding(E5)	Idees(O5)
Kwesbaarheid(N6)	Positiewe emosies(E6)	Waardes(O6)
<b>Welgevalligheid (A)</b>	<b>Pligsgetrouheid(C)</b>	
Vertroue(A1)	Bevoegdheid(C1)	
Opreghed(A2)	Orde(C2)	
Altruïsme/onselfsugtigheid(A3)	Gehoorsaamheid/pligmatigheid(C3)	
Inskiklikheid(A4)	Prestasiestrewing(C4)	
Beskeidenheid(A5)	Selfdissipline (C5)	
Sagsinnigheid(A6)	Oorleg(C6)	

Costa & McCrae (1992, p.2).

#### 4.4.1.2. Subskale van die NEO-PI-R

Vervolgens word daar 'n kort bespreking van die vyf domeine en hul fasetskaal aangebied (Costa, McCrae & Dye, 1991; Costa & McCrae, 1996; Van Niekerk, 1997).

##### **Neurotisisme (N)**

Op hierdie skaal verwys neurotisisme na elke persoon se geneigdheid om sekere emosies soos vrees, hartseer, woede, skuld, afkeur en verleentheid te ervaar en wat oor die algemeen as negatief beskou word. Uiteraard lae tellings op hierdie domein dui op effektiewe aanpassing of emosionele stabiliteit, terwyl uiters hoë tellings op wanaanpassing of emosionele onstabiliteit dui. Hierdie skaal meet nie noodwendig patologie nie, maar meet eerder 'n dimensie van normale persoonlikheid.

### *Interpretasie van tellings op hierdie skaal:*

#### *Hoog*

Persone wat 'n hoë telling op hierdie skaal het, is geneig om irrasionele denke te toon, is minder in beheer van hul impulse en kan stres nie baie goed hanteer nie. Tipiese kenmerke wat persone met hoë tellings op hierdie skaal toon is: kommer, spanning, emosionaliteit, onsekerheid en gevoelens van ontoereikendheid. Hierdie persone mag 'n kwesbaarheid vir sekere psigologiese probleme hê.

#### *Gemiddeld*

'n Persoon met 'n gemiddelde telling op hierdie domein kom oor die algemeen voor as kalm en in staat om stres te hanteer, maar kan somtyds gevoelens van skuld, woede of hartseer, toon.

#### *Laag*

Persone met lae tellings openbaar 'n kalmte in gemoed, kom ontspanne voor, het 'n gelykmatige temperament, is tevrede met hulself, kom selfs as gehard voor en ervaar gewoonlik 'n gevoel van sekuriteit. Hierdie persone kom voor as emosioneel meer stabiel as persone met hoë tellings op hierdie domein.

Die domein neurotisme bestaan uit die volgende ses fasetskale:

#### *N1:Angstigheid*

Hoë tellings dui op spanning, angs, kommergeneigdhed. Persone met lae tellings kom kalm en ontspanne voor en is minder geneig tot kommer.



#### *N2:Vyandige woede*

Persone met hoë tellings ervaar maklik woede, frustrasie en bitterheid. Persone met lae tellings is weer gemaklik en word nie vinnig kwaad nie.

#### *N3:Depressie*

Hoë tellings is aanduidend van 'n vermoë om maklik skuldgevoelens, hartseer, gevoelens van hulpeloosheid en eensaamheid te ervaar. Persone met lae tellings is geneig om hierdie emosies minder te ervaar, maar is nie noodwendig opgewek en lighartig van aard nie.

#### *N4:Selfbewustheid*

Persone met hoë tellings ervaar 'n ongemak in die teenwoordigheid van ander, is sensitief vir bespotting en voel dikwels minderwaardig. Persone met lae tellings het nie noodwendig goeie sosiale vaardighede nie, maar voel minder gesteurd in ongemaklike sosiale situasies.

#### *N5:Impulsiwiteit*

Hoë tellings is aanduidend van 'n onvermoë om impulse te beheer, terwyl persone met lae tellings makliker weerstand kan bied deurdat hulle 'n hoë toleransie vir frustrasie het.

#### *N6:Kwesbaarheid*

Persone met hoë tellings op hierdie skaal voel dat hulle nie daartoe in staat is om stres te hanteer nie en openbaar gevolglik afhanklikheid, hopeloosheid en paniek in noodsituasies. Persone met lae tellings op hierdie skaal voel weer meer in staat om stresvolle situasies te hanteer.

## □ **Ekstroversie (E)**

Die kwantiteit en intensiteit van 'n persoon se interpersoonlike interaksie, sowel as sy/haar aktiwiteitsvlak word op hierdie skaal evalueer. Verder kan hierdie skaal ook 'n persoon se behoefte vir stimulasie en kapasiteit vir blydschap/vreugde assesseeer.

### *Interpretasie van tellings op hierdie skaal*

#### *Hoog*

Persone wat hoë tellings op hierdie skaal behaal, is sosiaal en toeganklik vir ander. Hulle kom ook as gesellig, hartlik en spraaksamig in hul interpersoonlike interaksies voor en is dus meer persoonsgerig. Hierdie individue is ook gewoonlik assertief en aktief, asook opgewek, energiek en optimisties. Hulle hou van opwinding en stimulasie.

#### *Gemiddeld*

Alhoewel hierdie persone die geselskap van ander kan geniet, heg hulle ook waarde daaraan om somtyds alleen te wees en is privaatheid vir hulle belangrik.

#### *Laag*

Persone met lae tellings op hierdie skaal is meer terughoudend en afsydig in hul interpersoonlike interaksies. Hulle kom ook as meer ernstig voor. Hierdie persone is nie noodwendig die teenoorgestelde van persone met hoë tellings nie. Alhoewel hulle meer gereserveerd is en gewoonlik verkies om alleen te wees, is hulle nie ongelukkig, onvriendelik, of pessimisties nie.

Die domein ekstroversie bestaan uit die volgende ses subskale:

#### *E1:Warmte*

Persone met hoë tellings op hierdie skaal openbaar toegeneentheid en vriendelikheid in hul interpersoonlike

verhoudings, terwyl persone met lae tellings meer terughoudend en formeel voorkom.

*E2:Geselskapsoekend*

Persone wat as geselskapsoekend beskou word, het 'n sterk voorkeur vir die teenwoordigheid van ander. Persone met lae tellings verkies weer om alleen te wees en soek nie juis die geselskap van ander uit nie.

*E3:Assertiwiteit*

Hoë tellings dui op die eienskappe van kragtigheid, dominansie en selfvertroue. Persone met lae tellings is meer geneig om op die agtergrond te bly en die praatwerk aan ander te laat.

*E4:Aktiwiteitsvlak*

Persone met hoë tellings op hierdie skaal is baie aktief, het nodig om besig te bly en werk teen 'n vinnige tempo. Persone met lae tellings tree op 'n rustiger wyse op en lewe teen 'n gemakliker pas. Hul kom ook meer ontspanne voor.

*E5:Soeke na opwinding*

Die behoefte aan opwinding en stimulasie by persone met hoë tellings is sterk. Die persoon met lae tellings is minder geïnteresseerd in opwinding en kan as vervelig deur persone met hoë tellings beskou word.

*E6:Positiewe emosies*

Persone met hoë tellings is opgewek en optimisties en ervaar dikwels emosies soos geluk, liefde en opgewondenheid. Persone met lae tellings is nie noodwendig ongelukkig nie, maar kom net minder opgewek en geesdriftig voor.

□ ***Openheid vir ervaring (O)***

Hierdie skaal reflekteer 'n soeke na en waardering van 'n verskeidenheid ervarings, sowel as toleransie vir en eksplorاسie van die onbekende.

Tellings op die skaal openheid vir ervaring kan soos volg geïnterpreteer word:

*Hoog*

Individue met hoë tellings op hierdie skaal openbaar 'n nuuskierigheid in beide hul innerlike en uiterlike wêreld. Hul lewens is ryker aan ervaring omdat hulle meer gewillig is om nuwe idees en onkonvensionele waardes 'n kans te gee. Dit beteken nie dat hulle geen beginsels het nie. Hierdie persone ervaar beide positiewe en negatiewe emosies meer geredelik as individue met lae tellings op hierdie skaal.

*Gemiddeld*

Hierdie persone is prakties in hul benadering, maar is gewillig om nuwe metodes te probeer. Hul strewe ook daarna om 'n balans tussen die oue en nuwe te handhaaf.

*Laag*

Lae tellings is aanduidend van konvensionaliteit in denke en optrede. Die bekende word bo die onbekende verkies en die emosionele response van hierdie persone is in 'n mate gedemp. Verder is hul belangstellingsveld taamlik beperk. Alhoewel persone met lae tellings op hierdie skaal as meer konserwatief voorkom, openbaar hulle nie noodwendig outoritêre gedrag nie.

Die domein openheid vir ervaring bestaan uit die volgende ses fasetskale:

### *O1:Fantasie*

'n Lewendige verbeelding en aktiewe fantasielewe is kenmerkend van individue met hoë tellings op hierdie skaal. Persone met lae tellings is nie noodwendig minder kreatief of interessant nie, maar verkies die voorspelbare.

### *O2:Estetiese*

Persone met hoë tellings op hierdie skaal het 'n diepe waardering vir skoonheid (poësie, musiek en kuns). Persone met lae tellings heg minder waarde aan hierdie vorme van skoonheid en kan selfs 'n onsensitiwiteit daarteenoor openbaar.

### *O3:Gevoelens*

Persone met hoë tellings op hierdie skaal ervaar baie meer intense emosie as persone wat lae tellings op hierdie skaal behaal. Persone met lae tellings openbaar 'n afgestomptheid in affek en ag emosies as 'n minder belangrike aspek van die lewe.

### *O4:Dade*

Waar persone met lae tellings op hierdie skaal verandering moeilik hanteer en verkies om by die bekende te bly, verkies persone met hoë tellings op hierdie skaal nuwigheid en verskeidenheid bo roetine en die bekende. Hulle kan dus veranderinge beter hanteer.

### *O5:Idees*

Alhoewel persone hoog op hierdie skaal nie noodwendig 'n hoë intellek het nie, openbaar hulle die vermoë om intellektuele gespekke te geniet, teenoor persone met lae tellings wat 'n beperkte nuuskierigheid toon in onderwerpe buite hul fokus.

## *O6:Waardes*

Persone met hoë tellings op hierdie skaal is meer bereidwillig om hul eie waardes te hersien, teenoor persone met lae tellings wat meer konserwatief is en dus geneig is om outoriteit te aanvaar en tradisie te eerbiedig.

### □ ***Welgevalligheid (A)***

Welgevalligheid verteenwoordig 'n dimensie van interpersoonlike gedrag en evalueer die kwaliteit van 'n persoon se interpersoonlike interaksies op 'n kontinuum wat wissel van deernis tot antagonisme.

Tellings op die welgevalligheidsskaal kan soos volg geïnterpreteer word:

#### *Hoog*

Persone met hoë tellings is altruïsties in hul uitkyk op die lewe. Die kenmerke wat hulle openbaar is: sagmoedigheid, goedgeaardheid, vertrouwe, hulpvaardigheid, vergewensgesindheid, liggelowigheid en opregtheid.

#### *Gemiddeld*

Hierdie persone is oor die algemeen warm, vertrouend en welgevallig, maar kan soms hardkoppig en kompetierend wees.

#### *Laag*

In teenstelling met persone wat hoë tellings behaal, is persone met lae tellings op hierdie skaal egosentries en skepties ten opsigte van die goeie bedoelinge van ander. Hulle is ook meer kompetierend in stede van samewerkend.

Die domein welgevalligheid bestaan uit die volgende fasetskale:

#### *A1:Vertroue*

Vertroue (hoë tellings) dui op die geneigdheid om die intensies van ander as goedbedoeld te beskou, terwyl lae tellings met sinisme en suspisie geassosieer word.

#### *A2:Opregtheid*

Hoë tellings dui op die geneigdheid om reguit en eerlik in interpersoonlike verhoudings en situasies op te tree. Persone met lae tellings is weer meer gewillig om ander te manipuleer en minder eerlik en opreg in hul interaksie met mense.

#### *A3:Altruïsme/Onbaatsugtigheid*

Hoë tellings dui op onbaatsugtigheid en die vermoë om ander se behoeftes in ag te neem. Persone met lae tellings is weer meer selfgesentreerd en minder gewillig om ander te help en betrokke te raak.

#### *A4:Inskiklikheid*

Hoë tellings dui op die geneigdheid om jouself aan die besluite van ander te onderwerp, aggressie te inhibeer, sagmoedig en gedweë op te tree. Persone met lae tellings verkies kompetisie bo samewerking en is meer gemaklik met die tentoonstelling van woede en aggressie.

#### *A5:Beskeidenheid*

Persone hoog op hierdie skaal is nie altyd gefokus op hulself nie en kom as beskeie en nederig voor. Persone met lae tellings word as meer verwaand beskou.

### *A6:Sagsinnigheid*

Persone met hoë tellings op hierdie skaal is geneig om hul houdings, oordeel en besluite op emosie te grond. Hulle word gelei deur hul emosie (simpatie en besorgdheid jeens ander). Persone met lae tellings se besluite is gegrond op logiese beredenering van 'n saak. Hulle kom nugter en saaklik in hul interpersoonlike interaksie voor.

### ❑ **Pligsgetrouheid (C)**

Hierdie skaal meet 'n individu se vermoë om take te organiseer, te volhard en gemotiveerd te bly tot en met die voltooiing daarvan.

Die tellings op hierdie skaal word soos volg geïnterpreteer:

#### *Hoog*

Die persoon wat 'n hoë telling op hierdie skaal behaal, is georganiseerd, betroubaar, hardwerkend, selfgedissiplineerd, stiptelik, nougeset, netjies, ambisieus en volhardend.

#### *Gemiddeld*

Hierdie persoon is betroubaar en redelik goed georganiseerd.

#### *Laag*

Die persoon wat 'n lae telling hierop behaal, word beskryf as doelloos, onbetroubaar, lui, sorgeloos, laks, nalatig en hedonisties. Hierdie persone skiet nie te kort aan morele beginsels nie, maar is slegs minder presies in hul toepassing daarvan.

Die domein pligsgetrouheid bestaan uit die volgende fasetskale:

#### *C1:Bevoegdheid*

Persone met hoë tellings voel dat hulle in staat is om die lewe te hanteer, deurdadig hulle bekwaam, verstandig en effektief in hul



optrede is. Die persoon met 'n lae telling op hierdie skaal, het minder vertroue in sy/haar vermoëns en erken dat hulle dikwels onvoorbereid en onbekwaam is.

#### *C2:Orde*

'n Persoon met 'n hoë telling op hierdie skaal openbaar die vermoë om netjies, sindelik en goedgeorganiseerd te wees. Lae tellings dui weer op die onvermoë om te organiseer en metodies te werk te gaan.

#### *C3:Gehoorzaamheid/pligmatigheid*

Gehoorsame/pligmatige persone (hoë tellings) probeer om ten alle tye hul morele verpligtinge na te kom en sal nie sommer van hul etiese beginsels afwyk nie. Die persone met lae tellings op hierdie skaal is meer gemaklik in hul benadering tot hierdie sake en kan somtyds as onbetroubaar en ongeloofwaardig beskou word.

#### *C4:Prestasiestrewing*

Persone met hoë tellings op hierdie skaal stel gewoonlik hoë doelwitte vir hulself en sal hard werk om dit te bereik. Hierdie persone is ywerig en doelgerig in hul optrede. Persone met lae tellings is nie gedrewe tot sukses nie en kom selfs as ambisieloos en doelloos voor. Ten spyte hiervan blyk hulle tevrede met hul lae prestasievlakke te wees.

#### *C5:Selfdisipline*

Persone met hoë tellings beskik oor die vermoë om hulself gemotiveerd te kry en te hou, sowel as om take af te handel. Persone met lae tellings stel maklik take uit, word maklik ontmoedig en gewillig om take onvoltooid te laat.

### *C6:Oorleg*

'n Persoon met hoë tellings is versigtig en deeglik in sy/haar beluitneming en optrede, teenoor persone met lae tellings wat weer geneig is om haastig te wees in hul optrede, sonder om eers die gevolge daarvan te oorweeg.

#### **4.4.1.3 Die geldigheid en betroubaarheid van die NEO-PI-R**

Vir die vyf domeinskale word korrelasiekoëffisiënte wat varieer tussen 0.86 tot 0.95 ten opsigte van die interne konsekwentheid van die NEO-PI-R gerapporteer. Vir die fasetskale word korrelasiekoëffisiënte tussen 0.56 en 0.90 vir interne konsekwentheid gerapporteer. In longitudinale studies van drie, ses, en sewe jaar word korrelasiekoëffisiënte tussen 0.51 en 0.83 vir toets-hertoetsbetroubaarheid van die oorspronklike NEO-PI-faktore aangedui (Costa & McCrae, 1985, 1989, 1992, 1995). Gregory (1996) meen dat daar genoegsame bewyse vir die geldigheid van die NEO-PI-R in die literatuur gevind kan word. Hierdie bewyse is gebaseer op die ooreenkoms tussen self- en eggenootrapportering, sterk korrelasies met ander instrumente, sowel as die konstruktgeldigheid van die vyffaktormodel van persoonlikheid self.

#### **4.4.2 Ander meetinstrumente**

Om te verhoed dat persone met eetversteurings in die kontrolegroep ingesluit word en te verseker dat daar wel persone met anorexia en obesiteit onderskeidelik in groepe A en B ingesluit word, is die volgende meetinstrumente as siftingstegnieke gebruik:

##### **4.4.2.1 Die Liggaamsmassa-indeks**

Die liggaamsmassa-indeks-formule (naamlik gewig in kilogram gedeel deur hoogte in meters kwadraat) (Kaplan & Sadock, 1998). 'n Afsnypunt van 30 is gebruik om obese

persone te selekteer. Slegs persone met 'n BMI van 30 en hoër is by die obese groep ingesluit.

#### **4.4.2.2 DSM-IV-vraelys vir eetversteuringsdiagnose**

Die merklys wat in hierdie studie gebruik is, is gebaseer op die "Questionnaire for eating disorder diagnoses" (Q-EDD, Mintz, O'Halloran, Mulholland & Schneider, 1997), wat die DSM-IV-kriteria vir eetversteurings operasionaliseer. Die vraelys is gebruik om te verseker dat persone wat in die anorexia nervosa-groep ingesluit is, wel voldoen aan die kriteria vir die diagnose van anorexia nervosa. Dit is ook gebruik om te verseker dat persone in die kontrolegroep geen simptome van 'n eetversteuring toon nie. 'n Kopie van die vraelys verskyn in Bylaag A.

### **4.5 INSAMELING VAN GEGEWENS**

Om deelname aan die studie te bevorder en proefpersone te motiveer vir die voltooiing en terugbesorging van die vraelyste, is elk van die proefpersone in die drie groepe skriftelik deur die navorser versoek om toestemming vir deelname aan die studie te verleen en aan te dui of hul terugvoer wou hê of nie. In Bylaag B word 'n kopie van die toestemmingsbrief vir deelname aan die studie ingesluit.

### **4.6 NAVORSINGSHIPOTESE**

Weens 'n gebrek aan ondersteunende empiriese inligting is dit nie moontlik om rigtinggewende hipotese ten opsigte van die primêre doelwit van die studie te formuleer nie. Gevolglik is die volgende navorsingshipotese (nierigtinggewend) geformuleer:

Daar bestaan beduidende verskille in die gemiddelde NEO-PI-R-skaaltellings (N, E, O, A en C) van die volgende groepe vroue: die met anorexia nervosa, die wat oebes is en diegene met geen eetversteuring.

Vervolgens sal die statistiese prosedure wat gebruik is om die geformuleerde hipotese te ondersoek, bespreek word.

#### 4.7 STATISTIESE PROSEDURE

Soos duidelik blyk uit paragraaf 4.2 is die onderskeie frekwensies in die kategorieë van die genoemde onafhanklike veranderlikes klein. Gevolglik bestaan twyfel oor die aannames van normaliteit en homogeniteit van die tellings en is dit riskant om die geformuleerde hipotese deur middel van 'n parametrisiese statistiese tegniek te ondersoek.

Rakende die onafhanklike veranderlike is daar meer as twee kategorieë betrokke. Gevolglik is besluit om in hierdie geval die Kruskal-Wallis-toets te gebruik. Met hierdie toets word ondersoek of die variasie in rangordes tussen die groepe, die variasie in rangordes binne die groepe betekenisvol oorskrei (Kurtz, 1999). Gevolglik word alle tellings eers in rangorde geplaas, ongeag groeplidmaatskap, waarna die som van rangordes vir die verskillende groepe gesommeer word. Hierdie somtotale word aangedui met  $R_j$ .

Die toetsstatistiek wat gebruik kan word om te toets of die verskillende  $R_j$  tellings van mekaar verskil, is die volgende:

$$H = \frac{12}{N(N+1)} \sum \frac{R_j^2}{n_j} - 3(N+1) \quad (\text{Howell, 1995, p.390})$$

$n_j$  = die getal waarnemings in die  $j$ de-groep

$R_j$  = die som rangordes in die  $j$ de-groep

$N = \sum n_j$  = totale steekproefgrootte

Dit kan aangetoon word dat indien steekproewe minstens vyf persone bevat (in hierdie ondersoek is die kleinste groep gelyk aan 11), die steekproefdistribusie van die toetsstatistiek  $H$  ongeveer 'n chi-kwadraatdistribusie met  $J - 1$  vryheidsgrade het, waar  $J$  gelyk is aan die getal steekproewe/groepe. Namate  $N$  groter word, verbeter hierdie benadering tot die chi-kwadraatdistribusie (Huysamen, 1983).

Die gestelde navorsingshipotese suggereer dat 'n nierigtinggewende hipotese ondersoek word. In die geval van 'n tweekantige toets, kan die volgende beslissingreël gebruik word:

Indien  $H > \chi^2_{1-\alpha}$  met  $J - 1$  vryheidsgrade verwerp  $H_0$ .

Daar is besluit om in hierdie studie die 5%-peil te gebruik. (Weens die klein getal proefpersone is die kans groter om op die 5%-peil beduidende verskille te kry.)

Vervolgens sal die resultate van die ondersoek in die volgende hoofstuk aangebied en bespreek word.

## HOOFSTUK 5

### RESULTATE EN BESPREKING VAN RESULTATE

#### 5.1 INLEIDING

Voordat die geformuleerde hipotese onder die loep geneem is, is eerstens ondersoek ingestel of daar 'n beduidende verskil in ouderdom tussen die persone in die drie groepe voorkom. Dit is deur middel van die Kruskall-Wallis-toets gedoen, wat deel van die BMDP-rekenaarprogrammatuur (BMDP Manual, 1993) vorm. Die resultate verskyn in tabel 5.1.

*Tabel 5.1: Gemiddeldes, standaardafwykings en resultate van die Kruskall-Wallis-toets (H) vir die vergelyking van die drie groepe ten opsigte van hulle ouderdomme.*

Afhanklike Veranderlike	Anorexia		Obesiteit		Geen		H	P
	X	S	X	s	X	s		
Ouderdom	22,0	4,81	24,67	4,01	21,67	2,26	4,38	0,1119

Die resultate van tabel 5.1 toon dat die gemiddelde ouderdomtellings nie op minstens die 5%-peil beduidend is nie. Gevolglik behoort die verskil wat daar in ouderdom tussen die drie groepe voorkom nie die resultate wat volg beduidend te beïnvloed nie. Daar sal dus nou voortgegaan word om die hipotese te toets.

#### 5.2 HIPOTESETOETSING

Om die geformuleerde hipotese te toets, is die Kruskall-Wallis-toets gedoen. Dit is met behulp van die BMDP-rekenaarprogrammatuur (BMDP Manual, 1993) gedoen en die resultate verskyn in tabel 5.2.

Tabel 5.2: Gemiddeldes, standaardafwykings en resultate van die Kruskal-Wallis toets (H) vir die vergelyking van die drie groepe ten opsigte van die vyf NEO-PI-R-skale

Afhanklike Veranderlike	Anorexia		Obesiteit		Geen		H	P
	X	S	X	S	X	S		
Skaal N	106,67	23,17	104,50	19,29	85,93	22,38	8,90	0,0117*
Skaal E	114,60	25,22	100,67	10,59	125,20	15,94	11,38	0,0034**
Skaal O	111,47	20,79	98,83	4,55	112,53	16,57	7,31	0,0259*
Skaal A	121,47	18,98	99,08	12,28	125,53	16,01	14,65	0,0007**
Skaal C	118,93	16,40	102,58	15,65	116,80	20,43	5,19	0,0746

\*\*  $p < 0,01$

\*  $p < 0,05$

Uit tabel 5.2 is dit duidelik dat die drie groepe se gemiddeldes ten opsigte van vier van die vyf NEO-PI-R-skale (naamlik skale N, E, O en A) beduidend verskil op die 5%- of die 1%-peil. Ten opsigte van hierdie vier skale moet die nulhipotese dus verwerp word.

Omdat hier met drie groepe gewerk word, moet vervolgens bepaal word watter van hierdie drie groepe se gemiddeldes beduidend van mekaar verskil. Om dit te doen, voer die BMDP-program 'n meervoudige vergelyking uit. Deur middel van hierdie vergelyking word groep 1 (anorexia) se gemiddelde op 'n bepaalde veranderlike met elkeen van die ander twee groepe (obesiteit en geen eetversteuring) se gemiddeldes op daardie veranderlike vergelyk waartydens 'n z-waarde telkens bereken word. Indien hierdie z-waardes groter as die kritieke z-waarde is, word die nulhipotese verwerp. In hierdie geval is die kritieke z-waarde 0,05 gelyk aan 2,39. Die resultate van hierdie meervoudige vergelykings word vervolgens vir elk van die vier skale van die NEO-PI-R-vraelys, waarvoor beduidende H-waardes bereken is, aangedui en bespreek.

### 5.2.1 Skaal N (neurotisme)

Die resultate van die meervoudige vergelyking vir skaal N van die NEO-PI-R-vraelys is bereken en dit verskyn in tabel 5.3.

*Tabel 5.3: Die resultate van die meervoudige vergelyking van die Kruskal-Wallis-eenrigtingvariensieontleding vir skaal N*

Vergelyking van gemiddeldes	z-waarde
Anorexia met obesiteit	0,57
Anorexia met geen	2,85*
Obesiteit met geen	2,12

\*  $p < 0,05$

Die berekende z-waardes van 2,85 tussen die anorexia-groep en diegene wie geen eetversteuring het nie is beduidend op die 5%-peil. Die gemiddeldes van die ander twee groepe verskil nie statisties beduidend van mekaar nie.

Volgens die gemiddeldes in tabel 5.2 blyk dit duidelik dat die persone met anorexia (106,67) in vergelyking met diegene wie geen eetversteuring het nie (85,93) 'n hoër gemiddelde ten opsigte van skaal N behaal het. Hierdie resultate is aanduidend van 'n beduidende hoër voorkoms van persoonlikheidstrekke soos kommer, spanning, emosionaliteit, onsekerheid en ontoereikendheid by persone met anorexia nervosa in hierdie studie, veral in vergelyking met persone met geen eetversteuring.

### 5.2.2 Skaal E (ekstroversie)

Die resultate van die meervoudige vergelyking vir skaal E van die NEO-PI-R-vraelys is bereken en dit verskyn in tabel 5.4.



Tabel 5.4: Die resultate van die meervoudige vergelyking van die Kruskal-Wallis-eenrigtingvariansieontleding vir skaal E

Vergelyking van gemiddeldes	z-waarde
Anorexia met obesiteit	2,03
Anorexia met geen	1,41
Obesiteit met geen	3,37*

\*  $p < 0,05$

Die berekende z-waarde van 3,37 tussen die obesiteitgroep en diegene wat geen eetversteuring het nie is op die 5%-peil beduidend. Die gemiddeldes van die ander twee groepe verskil nie statisties beduidend van mekaar nie.

Volgens die gemiddeldes in tabel 5.2 blyk dit duidelik dat die persone met obesiteit (100,67) in vergelyking met diegene wat geen eetversteuring het nie (125,20) 'n laer gemiddelde telling op hierdie skaal behaal het. Dit blyk dus asof daar 'n hoër voorkoms van introvertiese persoonlikheidstreke (terughoudend, sober, afsydigheid, teruggetrokke) by die obese persone in hierdie studie is.

### 5.2.3 Skaal O (openheid vir ervaring)

Die resultate van die meervoudige vergelyking vir skaal O van die NEO-PI-R-vraelys is bereken en dit verskyn in tabel 5.5.

Tabel 5.5: Die resultate van die meervoudige vergelyking van die Kruskal-Wallis-eenrigtingvariensieontleding vir skaal O

Vergelyking van gemiddeldes	z-waarde
Anorexia met obesiteit	2,35*
Anorexia met geen	0,07
Obesiteit met geen	2,42*

\*  $p < 0,05$

Die berekende z-waardes van 2,35 en 2,42 tussen onderskeidelik die anorexia en obesiteitgroep en die obesiteitgroep en diegene wat geen eetversteuring het nie, is beide op die 5%-peil beduidend. Die gemiddelde skaal O-telling verskil nie beduidend tussen diegene met anorexia nervosa en diegene wat nie 'n eetversteuring het nie.

Volgens die gemiddeldes in tabel 5.2 blyk dit duidelik dat die persone met anorexia (111,47) in vergelyking met die obese persone (98,83) 'n hoër gemiddelde ten opsigte van skaal O behaal het. Verder is dit ook duidelik dat diegene sonder eetversteuring nie (112,53) in vergelyking met dié met obesiteit 'n hoër gemiddelde telling op hierdie skaal behaal het.

Beide die anorexia-groep en die groep met geen eetversteurings se gemiddelde tellings is hoër as die gemiddelde tellings van die obese groep. Hoë tellings op hierdie skaal dui op 'n bereidwilligheid om nuwe dinge te ervaar, 'n breë belangstellingsveld, kreatiwiteit, oorspronklikheid, verbeeldingrykheid en onkonvensionaliteit. Dit wil dus voorkom asof die obese persone in die ondersoekgroep minder bereidwillig is om hulle vir nuwe ervarings oop te stel. Hul blyk dus meer konvensioneel op te tree en verkies om by die bekende te bly.

#### 5.2.4 Skaal A (welgevalligheid)

Die resultate van die meervoudige vergelyking vir skaal A van die NEO-PI-R-vraelys is bereken en dit verskyn in tabel 5.5

*Tabel 5.5: Die resultate van die meervoudige vergelyking van die Kruskal-Wallis-eenrigtingvariensieontleding vir skaal A*

Vergelyking van gemiddeldes	z-waarde
Anorexia met obesiteit	3,03*
Anorexia met geen	0,63
Obesiteit met geen	3,63*

\*  $p < 0,05$

Die berekende z-waardes van 3,03 en 3,63 tussen onderskeidelik die anorexia-groep en obesiteitgroep en tussen die obesiteitgroep en diegene wat geen eetversteuring het nie is beide op die 5%-peil beduidend. Die gemiddelde skaal A-telling verskil nie beduidend tussen diegene met anorexia en diegene wat nie 'n eetversteuring het nie.

Volgens die gemiddeldes in tabel 5.2 blyk dit duidelik dat die persone met anorexia (121,47) in vergelyking met die obese persone (99,08) 'n hoër gemiddelde ten opsigte van skaal A behaal het. Verder is dit ook duidelik dat diegene wat geen eetversteuring het nie (125,53) in vergelyking met die met obesiteit 'n hoër gemiddelde telling op hierdie skaal behaal het. Hoë tellings op hierdie skaal is aanduidend van 'n groter teenwoordigheid trekke soos sagmoedigheid, vertrouwe, hulpvaardigheid, vergewensgesindheid, liggelowigheid en opregtheid.

#### 5.2.5 Samevatting

Uit bogenoemde resultate blyk dit asof die groep met anorexia nervosa alleenlik beduidend van die groep met geen eetversteuring verskil op die

neurotismeskaal. Die obese groep verskil beduidend van die anorexia nervosa-groep op die skale welgevalligheid en openheid vir ervaring, terwyl dit beduidend van die groep met geen eetversteuring op die ekstroversieskaal verskil. Vervolgens word 'n bespreking van die resultate aangebied.

### 5.3 BESPREKING EN SAMEVATTING

- Wat skaal N (neurotisme) betref, verskil die persone met anorexia van diegene wat geen eetversteuring het nie. Hier het die persone met anorexia 'n hoër gemiddelde telling behaal as diegene wat nie 'n eetversteuring het nie. Hierdie resultate stem ooreen met vorige navorsingsbevindinge waar 'n sterk verband tussen neurotisme en anorexia nervosa gevind is (Brookings & Wilson, 1994; Podar et al., 1999; Sohlberg & Strober, 1994; Tylka & Subich, 1999; Vitousek & Manke, 1994). 'n Hoë telling op hierdie skaal is aanduidend van sensitiwiteit, emosionaliteit en 'n geneigdheid om onstellende/negatiewe emosies te ervaar. Aangesien die proefpersone voor die aanvang van behandeling geëvalueer is, is dit moontlik dat bogenoemde eienskappe, premorbiede persoonlikheidstrekke is. Alhoewel hierdie skaal 'n dimensie van normale persoonlikheid meet (sien afdeling 4.4), kan persone met hoë tellings op hierdie skaal 'n kwesbaarheid hê vir die ontwikkeling van psigologiese verstourings. Dit is dus moontlik dat hierdie eienskappe wat teenwoordig by die persone met anorexia nervosa is, 'n psigologiese kwesbaarheid toon wat bygedra het tot die ontwikkeling van 'n eetversteuring.

Dit is interessant dat daar geen beduidende verskille tussen die obese groep en die ander twee groepe voorkom nie. In die literatuur word neurotiese en angstige persoonlikheidstrekke ook met obese persone geassosieer (Bornstein & Greenberg, 1991, Dahlstrom et al., 1975,

Hodge & Maseelall, 1993, Werkman & Greenberg, 1976, Wickramasekera & Price, 1997). Die resultate van hierdie ondersoek verskil dus van die bevindinge in die literatuur.

- Ten opsigte van skaal E (ekstroversie) verskil die persone met obesiteit se gemiddelde tellings van die groep wat geen eetversteuring het nie. Die gemiddelde skaaltelling van die obese persone is laer as die telling van diegene sonder enige eetversteuring. Dit wil dus voorkom asof die obese persone meer gereserveerd en teruggetrokke, prakties en behoudend is as persone wat geen eetversteurings toon nie. Volgens Brookings en Wilson (1994) kon daar nog geen duidelike verband tussen versteurde eetgedrag en ekstroversie gevind word nie.
- Ten opsigte van skale O (openheid vir ervaring) en A (welgevalligheid) verskil die obese persone ook van die persone met anorexia. Telkens is die gemiddelde skaaltelling van die obese persone laer as dié van die persone met anorexia.

Lae tellings op O dui op 'n tendens tot afgestompte affek, minagting van die belangrikheid van 'n emosionele lewe, voorkeur aan stabiliteit bo verandering, aanvaarding van outoriteit en konserwatisme. Dit stem ooreen met die bevindinge van Podar et al. (1999) wat ook lae tellings by persone met eetversteurings gevind het. Die hoër tellings van die anorexia nervosa-groep stem nie ooreen met die bevindinge van Podar et al. (1999) nie.

Brookings en Wilson (1994) kon geen bewyse vir die verband tussen openheid vir ervaring en versteurde eetgedrag vind nie.

- Persone wat hoër tellings op skaal A behaal, word beskryf as sagmoedig, goedgeaard, vertrouend, hulpvaardig, vergewensgesind,

liggelowig en opreg. Uit bogenoemde resultate blyk dit asof die persoon met anorexia in teenstelling met die obese persoon groter welgevalligheid openbaar. Geen ondersteuning vir bogenoemde resultate kon in die literatuur gevind word nie.

- Behalwe vir skaal N (neurotisme) wil dit dus voorkom of die persone met anorexia se gemiddelde skaaltellings nie van diegene wat nie 'n eetversteuring het, verskil nie. Ten opsigte van skale A en O is dit nie werklik verbasend dat die anorexia-groep van die groep met geen eetversteuring verskil nie, aangesien die navorser geen ondersteuning vir 'n verband tussen eetversteurde gedrag, openheid vir ervaring en welgevalligheid in die literatuur kon opspoor nie. Die bevinding dat die anorexia-groep, sowel as die obesiteitgroep nie beduidend van die groep met geen eetversteuring op skaal C (pligsgetrouheid) verskil het nie, stem nie ooreen met wat in die literatuur gerapporteer word nie. In Podar et al. (1999) se studie het skaal C beduidend negatiewe verbande met verskeie aspekte van eetversteurde gedrag getoon. Persone met lae tellings op C word beskryf as persone wat nog nie geleer het om hul begeertes te beheer nie, nie impulse en versoekings kan weerstaan nie, 'n gebrek aan selfbeheer het en 'n swak vermoë in die organisasie en beplanning van take openbaar. Probleme om impulse te beheer, word gewoonlik met die eetvergryping-purgerende tipe van anorexia nervosa geassosieer, terwyl algemene beperking en perfeksonisme gewoonlik met die beperkende tipe van anorexia nervosa assosieer word. Dit is dus moontlik dat indien daar in hierdie studie onderskeid tussen die twee subtypes van anorexia nervosa getref is, beduidende verskille op skaal C gevind kon word.

Daar kom beduidende verskille in die gemiddelde skaaltellings voor tussen die groep met obesiteit en diegene wat nie 'n eetversteuring het nie. Hierdie bevindinge was te wagte en bied ondersteuning vir die

hipotese dat die persoonlikheid van persone met eetversteurings van die persoonlikheid van persone met geen eetversteuring verskil.

#### 5.4 BEPERKINGE EN AANBEVELINGS

Die bevindinge van hierdie studie moet in die lig van sekere metodologiese beperkinge en tekortkominge beskou word:

- Die steekproewe wat in hierdie ondersoek gebruik is, is baie klein en daarom moet die bevindinge met groot omsigtigheid interpreteer word.
- Die steekproefsamestelling (beperkte diversiteit) openbaar ook sekere beperkinge aangesien slegs blanke dames in die ouderdomsgroep 16-29 jaar in hierdie studie ingesluit is. Daar is ook slegs twee vorme eetversteurings, naamlik anorexia nervosa en obesiteit ingesluit. Dit is dus nodig dat in toekomstige ondersoeke van hierdie aard groter en diverse steekproewe gebruik word. 'n Groter verskeidenheid eetversteurings kan ook ingesluit word in die ondersoek.
- Alhoewel daar gepoog is om in hierdie studie die metodologiese probleme wat in hoofstuk 3 genoem is te voorkom, is daar nog steeds probleme ondervind. Weens die bepaalde probleme wat met die evaluering van premorbiede persoonlikheidskenmerke ondervind word, kon die persoonlikheidstrekke van die proefpersone in hierdie studie slegs evalueer word tydens die aktiewe fase van simptomatologie. Die ideaal is om hierdie persone ook na herstel te herevalueer, sodat 'n vergelyking getref kan word tussen die persone se persoonlikheidsfunksionering voor en na behandeling.
- Die bevindinge van hierdie studie moet as inleidend/voorlopig beskou word. Die gebruik van slegs selfrapporteringsvraelyste beteken dat

komplekse gedrag en houdings nie eksploreer kon word nie en dat belangrike verskille verlore kon raak. 'n Ander probleem betrokke by die gebruik van selfrapporteringsvraelyste by persone met anorexia nervosa is dat hulle dikwels beduidende ontkenning rondom hul siektetoestand openbaar. Dit is dus moontlik dat die proefpersone 'n oormatige positiewe beeld van hulself voorgestel het.

- Sover die navorser se kennis strek, bestaan daar geen Suid-Afrikaanse toets wat gebruik kan word om eetversteurings te diagnoseer nie en meer inligting is nodig oor die meetinstrumente in hierdie studie om dit ten volle vir Suid-Afrikaanse populasies te benut.
  
- Omdat die NEO-PI-R nog nie op Suid-Afrikaanse populasies gestandaardiseer is nie, kon slegs die gemiddelde skaaltellings in hierdie studie geïnterpreteer word. Faset skaaltellings kon dalk groter ooreenkomste of verskille tussen die obese groep en anorexia-groep uitgewys het. Dit behoort interessant te wees om verder ondersoek in te stel na verskille tussen die drie groepe in hierdie studie ten opsigte van die faset skale. Wechselblatt, Gurnick en Simon (2000) is van mening dat 'n vrou wat sekere kwesbare persoonlikheidstrekke, soos insiklikheid ('n faset skaal van die welgevalligheidsdomein) openbaar, en in 'n gesin en sosiale strukture grootgeword het waar sy aangemoedig is om eie behoeftes met dié van ander te vervang, kan teenoor sekere ontwikkelingstake met gedrag soos dieet en liggaamsbeeldsimptome reageer. Die dieetgedrag kan terselfdertyd die illusie van beheer skep, maar totaal en al gedissosieer wees van interne bewustheid en gevolglik aanleiding tot die ontwikkeling van anorexia nervosa kan gee.



## BIBLIOGRAFIE

- Agras, S., Hammer, L., & McNicholas, F. (1999). A prospective study of the influence of eating-disordered mothers on their children. *International Journal of Eating Disorders*, *25*(3), 253-262.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (3<sup>rd</sup> ed.). Washington D.C.: APA.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual*. (4<sup>th</sup> ed.). Washington D.C.: APA.
- American Psychiatric Association (2000). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (Revision). *American Journal of Psychiatry*, *157*(1: Suppl), 1-35.
- Anastasi, A. (1997). *Psychological Testing* (7<sup>th</sup> ed.). New Jersey: Simon & Schuster.
- Andersen, A.E. (1985). *Practical comprehensive treatment of anorexia nervosa and bulimia*. London: Edward Arnold.
- Ardelt, E. (2001). Obesity – From the “Pleasant Fat Person” to stigma and to the “Post-Operation Slim Person”. Internet: <http://www.findarticles.com>, 12/08/2001, 10:00.
- Ashby, J.S., & Kottman, T., (1998). Perfectionism and eating disorders reconsidered. *Journal of Mental Health Counseling*, *20*(3), 261-270.
- Attie, I., Brooks-Gunn, J., & Petersen, A.C. (1990). A developmental perspective on eating disorders and eating problems. In M. Lewis & S.M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology*, (pp. 409-420). New York: Plenum.
- Badenhorst, C.J., Bart, C.A., Terry, L.E., Walker, A.R.P. (1995). Obesity – a treatment dilemma? *Continuing Medical Education*, *13*(5), 519-526.
- Barlow, D.H., & Durand, V.M. (1995). *Abnormal Psychology*. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company.
- Basco, M.R. (1990). The ‘Perfect Trap’. *Psychology Today*, *32*(3), 30.
- Battle, E.K. & Brownell K.D, (1996). Confronting a rising tide of eating disorders and obesity: Treatment vs. prevention and policy. *Addictive Behaviors*, *21*(6), 755-765.

Bjorvell, H., Edman, G., Rossner, S. & Schalling, D. (1985). Personality traits in a group of severely obese patients: A study of patients in two self-chosen weight reducing programs. *International Journal of Obesity*, **9**, 257-266.

Blinder, B.J., Goodman, S.L., & Goldstein, R. (1988). Rumination: A critical review of diagnosis and treatment. In B.J. Blinder, B.F. Chaitin, & R.S. Goldstein (Eds.), *The eating disorders: Medical and psychological bases of diagnosis and treatment*, (pp. 315-329). New York: PMA Publishing Corp.

BMDP Statistical Software, Incorporated (1993). BMDP3S – Nonparametric Statistics: Manual. Los Angeles.

Boeree, G.C. (1997). PersonalityTheories: Introduction. Internet: <http://www.ship.edu/cgboeree/persintro.html>, 27/07/2001, 12:00.

Bornstein, R.F., & Greenberg, R.P. (1991). Dependency and eating disorders in female psychiatric inpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, **179**, 148-152.

Boskind-Lodahl, M., (1967). Cinderella's Stepsisters: A feminist perspective on anorexia nervosa and bulimia. *Signs*, **2**, 342 – 356.

Boskind-Lodahl, M., & Sirlin, J. (1977). The gorging-purging syndrome. *Psychology Today*, **82**, 51-51.

Braun, D.L., Sunday, S.R. & Halmi, K.A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, **24**, 859-867.

Bray, G.A. (1986). Overweight is risking fate: Definition, classification, prevalence and risks. *Annals of the New York Academy of Sciences*, **499**, 14-46.

Brown, B.L. (1999). Definition of personality. Internet: <http://www.gpc.peachnet.edu/~bbrown/psyc1501/personality/defin.htm>, 31/12/2001, 13:00.

Brown, P.J. (1993). Cultural perspectives on the etiology and treatment of obesity. In A.J. Stunkard & T.A. Wadden (Eds.), *Obesity: Theory and Therapy*, pp. 179-193. Raven Press: New York.

Brownell, K.D., & Foreyt, J.P. (1986). *Handbook of eating disorders*. Basic Books: New York.

Brooks, L.R. (2000). Research Paper: Anorexia Nervosa. Internet: <http://userpages.umbc.edu/brook1/Anorexia.htm>, 8/9/2001, 15:30.

- Brookings, J.B., & Wilson, J.F. (1994). Personality and family-environment predictors of self-reported eating attitudes and behaviors. *Journal of Personality Assessment*, **63**(2), 313-326.
- Bruch, H. (1969). Hunger and instinct. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **149**, 91-114.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Bruch, H. (1978). *The golden cage*. New York: Basic Books.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Weltzin, T.E. & Kaye, W.H. (1995). Temperament in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, **17**, 251-261.
- Button, B. (1990). Self-esteem in girls aged 11-12: Baseline findings from a planned prospective study of vulnerability to eating disorders. *Journal of Adolescence*, **13**, 407-413.
- Button, E.J., & Whitehouse, A. (1981). Subclinical anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, **11**, 509-516.
- Canals, J., Carbajo, G., Fernández, J., Marti-Henneberg, C., & Doménech, E. (1996). Biopsychopathologic risk profile of adolescents with eating disorder symptoms. *Adolescence*, **31**(122), 443-450.
- Carlat, D.J., Camargo, C.A. Jr. & Herzog, D.B., (1997). Eating disorders in males: a report on 135 patients. *American Journal of Psychiatry*, **154**(8): 1127-1132.
- Casper, R.C. (1990). Personality features of women with good outcome from restricting anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, **52**, 156-170.
- Casper, R.C. (1998). Behavioral activation and lack of concern, core symptoms of anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, **24**(4), 381-393.
- Casper, R.C., Hedeker, D. & McClough, J.F. (1992). Personality dimensions in eating disorders and their relevance for subtyping. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **31**(5), 830-840.
- CBS Healthwatch (2001). What causes eating disorders? Internet: <http://obs.medscape.com/cx/viewarticle/cbshealthwatch>., 8/9/2001, 15:40.
- Clarke, M.G., & Palmer, R.L. (1983). Eating attitudes and neurotic symptoms in university students. *British Journal of Psychiatry*, **142**, 299-304.

Cloninger, C.R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*, **44**, 573-588.

Cloninger, S.C. (1996). *Personality: Description, dynamics, and development*. Freeman: New York.

Corsini, R.J. (Ed.) (1984). *Encyclopedia of Psychology* (Vol. 3). New York: John Wiley & Sons.

Costa, P.T., Jr., & McCrae, R.R. (1985). *The NEO Personality Inventory Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.

Costa, P.T., & McCrae, R.R. (1992). *The Revised NEO Personality Inventory Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.

Costa, P.T., Jr., & McCrae, R.R. (1996). *The NEO-PI-R Professional Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.

Costa, P.T. Jr., & McCrae, R.R. (1985, 1989, 1992, 1995). NEO Personality Inventory Revised. Internet: [http://www/sigmaassessmentssystems.com](http://www.sigmaassessmentssystems.com), 5/6/2001, 11:10.

Costa, P.T., Jr., McCrae, R.R., & Dye, D.A. (1991). Facet scales for agreeableness and conscientiousness: A revision of the NEO Personality Inventory. *Personality and Individual Differences*, **12**(9), 887-898.

Crandall, C.S. (1994). Prejudice against fat people: Ideology and self interest. *Journal of Personality and Social Psychology*, **66**, 882-894.

Crisp, A.H. (1983). Anorexia nervosa. *British Medical Journal*, **287**, 855-858.

Crisp, A.H. (1985). Nature and nurture in anorexia nervosa: A study of 34 pairs of twins, one pair of triplets, and an adoptive family. *International Journal of Eating Disorders*, **4**, 5-28.

Dahlstrom, W.G., Welsh, G.S., & Dahlstrom L.E. (1975). *An MMPI handbook*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Dancyger, I.F., Sunday, S.R., Eckert, E.D. & Halmi, K.A. (1997). A comparative analysis of Minnesota Multiphasic Personality Inventory profiles of anorexia nervosa at hospital admission, discharge, and 10-year follow-up. *Comprehensive Psychiatry*, **38**(3), 185-191.

Davis, C. (1992). Body image, dieting behaviours and personality factors: A study of high-performance female athletes. *International Journal of Sport Psychology*, **23**, 179-192.

Davis, C. (2001). Addiction and the Eating Disorders. *Psychiatric Times*, 17(2). Internet: <http://www/mhsource.com/pt/p010259.html>.

Davis, C., Claridge, G., & Cerullo, D. (1997). Personality factors and weight preoccupation: A continuum approach to the association between eating disorders and personality disorders. *Journal of Psychiatry Research*, **31**(4), 467-480.

Davis, C., Kaptein, S., Kaplan, A.S., Olmsted, M.P., & Woodside, D.B. (1998). Obsessionality in anorexia nervosa: The moderating influence of exercise. *Psychosomatic Medicine*, **60**(2), 192-197.

Davis, C., & Katzman, M.A., (1999). Perfection as acculturation: Psychological correlates of eating problems in Chinese male and female students living in the United States. *International Journal of Eating Disorders*, **25**(1), 65-70.

Davis, J.M., Wheeler, R.W., & Willy, E. (1987). Cognitive correlates of obesity in a nonclinical population. *Psychological Reports*, **60**, 1151-1156.

Deep, A.L., Lilienfeld, I.R., Plotnicov, K.H., Police, C., & Kaye, W.H. (1999). Sexual abuse in eating disorder subtypes and control women: The role of comorbid substance dependence in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, **25**(1), 1-10.

Dietz, W.H. (1986). Childhood obesity. *Annals of the New York Academy of Sciences*, **499**, 47-54.

Duker, M. & Slade, R. (1988). *Anorexia nervosa and bulimia: How to help*. Ballmoore, Buckingham: Milton Keynes, Open University Press.

Eckert, E., Halmi, K., Marchi, P., & Cohen, J. (1987). Comparison of bulimic and non-bulimic anorexia nervosa patients during treatment. *Psychological Medicine*, **17**, 891-898.

Evans, J., & Le Grange, D. (1995). Body size and parenting in eating disorders: A comparative study of the attitudes of mothers toward their children. *International Journal of Eating Disorders*, **18**, 39-48.

Fairburn, C.G. & Beglin, S.J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, **147**, 401-408.

Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., & Welch, S.L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: Three Integrated Case-Control Comparisons. *Archives of General Psychiatry*, **56**, 468-476.

Fairburn, C.G., & Garner, D.M. (1986). The diagnosis of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, **5**, 403-419.

Fisher, M., Golden, N.H., Katzman, D.K., Kreipe, R.E., Rees, J., Schebendach, J., Sigman, G., Ammerman, S., & Hoberman, H.M., (1995). Eating disorders in adolescents: A background paper. *Journal of Adolescent Health*, **16**, 420-437.

Foreyt, J.P. (1987). Issues in the assessment and treatment of obesity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **55**(5), 677-684.

Friedlander, M.L., & Siegel, S.M. (1990). Separation-individuation difficulties and cognitive-behavioral indicators of eating disorders among college women. *Journal of Counseling Psychology*, **37**, 74-78.

Gadpaille, W.J., Sanborn, C.R., & Wagner, W.W. (1987). Athletic amenorrhea, major affective disorders and eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, **114**(7), 939-942.

Gale Encyclopedia of Psychology (2001). Personality. Internet: <http://www.galeencyclopediaofpsychology.com>, 31/12/2001, 12:30.

Garfinkel, P.E. (1991). Eating disorders: Clinical features and management. *Medicine International (SA ed.)*, **95**, 3972-3974.

Garfinkel, P.E., & Garner, D.M. (1982). *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. Brunner/Mazel: New York.

Garfinkel, P.E., Modolfsky, M.D., & Garner, D.M. (1980). The heterogeneity of anorexia nervosa. Bulimia as a distinct subgroup. *Archives of General Psychiatry*, **37**, 1036-1040.

Gendall, K.A., Joyce, P.R., Sullivan, P.F., & Bulik, C.M. (1998). Personality and dimensions of dietary restraint. *International Journal of Eating Disorders*, **24**, 371-379.

Gerhardt, C. (1988). Too much, too little: The eating disorders. *Unisa Psychologia*, **1**, 5-14.

Gibson, S.G., & Thomas, C.D. (1991). Self-rated competence, current weight, and body-image among college women. *Psychological Reports*, **69**, 336-338.

Gilbert, S.D. (1986). *Pathology of Eating*. London: Routledge & Kegan Paul.

Gillberg, I.C., Rastam, M., & Gillberg, C. (1995). Anorexia nervosa 6 years after onset: Part 1. Personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, **36**(1), 61-69.

Glitin, M.J. (1990). *The psychotherapist's guide to psychopharmacology*. New York: The Free Press.

Golay, T., Hagon, I., Painot, D., Rouget, P., Allaz, A.F., Morel, Y., Nicolet, J. & Archinard, M., (1997). Personalities and alimentary behaviors in obese patients. *Patient Education & Counseling*, **31**(2), 103-112.

Gorwood, P., Bouvard, M., Mouren-Simeoni, M.C., Kipman, A., & Ades, J. (1998). Genetics and anorexia nervosa: A review of candidate genes. Internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>, 2/4/2000, 10:00.

Gregory, R.J. (1996). *Psychological testing: History, principles, and applications* (2<sup>nd</sup> ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Grilo, C.M., Levy, K.N., Becker, D.F., Edell, W.S., & McGlashan, T.H. (1996). Comorbidity of DSM-III-R axis I and II disorders among female inpatients with eating disorders. *Psychiatric Services*, **47**(4), 426-429.

Halmi, K.A., Casper, R.C., Eckert, E.D., Goldberg, S.C., & Davis, J.M. (1979). Unique features associated with age of onset of anorexia nervosa. *Psychiatric Research*, **1**, 209-215.

Halmi, K. A., Falk, J.R., & Schwartz, E. (1981). Binge eating and vomiting: A survey of a college population. *Psychological Medicine*, **11**, 697-706.

Halmi, K.A., Eckert, E., Marchi, P, Sampugnaro, V., Apple, R., & Cohen, J. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, **48**, 712-718.

Hawkins, R.C., & Clement, P.F. (1980). Development and construct validation of a self-report measure of binge-eating tendencies. *Addictive Behaviors*, **5**, 219-226.

Heatherton, T.F., Nichols, P., Mahamedi, F. & Keel, P. (1995). Body weight, dieting, and eating disorder symptoms among college students, 1982 to 1992. *American Journal of Psychiatry*, **152**(11), 1623-1629.

Henderson, C.W. (2000). *Perfectionists Abound in Anorexia Nervosa Population*. *Women's Health Weekly*, 12/07/2000 – 12/14/2000, 2.

Herman, C.P., & Polivy, J. (1975). Anxiety, restraint and eating behavior. *Journal of Personality*, **84**, 666-672.

Herzog, D., & Bradburn, I. (1992). The nature of anorexia nervosa and bulimia nervosa in adolescents. In P.J. Cooper and A. Stein (Eds.), *Feeding problems and eating disorders in children and adolescents*, (pp.26-45). Chur, Switzerland: Harwood Academic Publishers.

Herzog, D.B., Keller, M.B., Lavori, P.W., Kenny, G.M., & Sacks, N.R. (1992). The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, **53**(5), 147-152.

Herzog, D.B., Keller, M.D., Sacks, N.R., Yeh, C.J. & Lavori, P.W. (1992). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **31**(8), 810-817.

Hesse-Biber, S., Clayton-Matthews, A., & Downey, J.A. (1987). The differential importance of weight and body image among college men and women. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, **133**, 511-527.

Hodes, M. (1995). Anorexia nervosa and bulimia nervosa in adolescents. *Continuing Medical Education*, **13**(5), 481-489.

Hodge, J.R., & Maseelall, E.A. (1993). The presentation of obesity. In A.J. Giannini en A.E. Slaby (Eds.), *The Eating Disorders* (pp 29-43). New York: Springer-Verlag.

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. (1995). Epidemiology of anorexia nervosa and bulimia nervosa in the Western world. *Continuing Medical Education Journal*, **13**(5), 501-506.

Holland, A.J., Hall, A., Murray, R., Russell, G.F.M., & Crisp, A.H. (1984). Anorexia nervosa: A study of 34 twin pairs and one set of triplets. *British Journal of Psychiatry*, **145**, 414-419.

Hooker, D., & Convisser, E. (1983). Womens's eating problems: An analysis of coping mechanisms. *Personnel and Guidance Journal*, December, 236-239.

Howell, D.C. (1995). *Fundamental statistics for the behavioral sciences*. Belmont: International Thomson Publishing.

Hsu, L.K.G. (1989). The gender gap in eating disorders: Why are the eating disorders more common among women? *Clinical Psychology Review*, **9**, 393-407.

Hsu, L.K.G. (1990). *Eating disorders*. New York: Guilford Press.



Huysamen, G.K. (1983). *Inferensiële statistiek en navorsingsontwerp: 'n Inleiding*. Pretoria: Academica.

Huysamen, G.K. (1993). *Metodologie vir die sosiale en gedragswetenskappe*. Pretoria: Sigma-Pers.

Johnson, N.S., & Holloway, E.L. (1988). Conceptual complexity and obsessionality in bulimic women. *Journal of Counseling Psychology*, **35**(3), 251-257.

Johnson, C., & Wonderlich, S. (1992). Personality characteristics as a risk factor in the development of eating disorders. In J.H. Crowther, D.L. Tennenbaum, S.E. Hobfoll, & M.A. ParisStephens (Eds.), *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context*, (pp. 179-196). Philadelphia: Hemisphere.

Kanarek, R.B., & Marks-Kaufman, R. (1991). *Nutrition and behavior: New perspectives*. New York: Van Nostrand Reinhold.

Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (1998). *Synopsis of Psychiatry* (8<sup>th</sup> ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

Kaplan, A.S., & Woodside, D.B. (1987). Biological aspects of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **55**(5), 645-653.

Katzmen, M.A., & Wolchik, S.A. (1984). Bulimia and binge eating in college women: A comparison of personality and behavioral characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **52**, 423-428.

Kaye, W.H., Gwirtsman, H.E., George, D.T., & Ebert, M.H. (1991). Altered serotonin activity in anorexia nervosa after long-term weight restoration. *Archives of General Psychiatry*, **147**, 225-229.

Kendall, P.C., & Hammon, C. (1995). *Abnormal Psychology*. Boston: Houghton Mifflin.

Kendler, K., MacClean, C., Neale, M., Kessler, R., Heath, A., & Eaves, L. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, **148**(12), 1627-1637.

Kent, A. Waller, G., Dagnan, D., (1999). A greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes: The role of mediating. *International Journal of Eating Disorders*, **25**(2): 159-167.

Killen, J.D., Taylor, C.B., Welch, M.J., Saylor, K.E., Maron, D.J., & Robinson, T.N. (1986). Self-induced vomiting and laxative and diuretic use among teenagers. *Journal of the American Medical Association*, **255**(11), 1447-1449.

Kline, P. (1993). *The handbook of psychological testing*. London: Routledge.

Kuczmarski, R.J., Flegal, K.M., Campbell S.M. & Johnson, C.L. (1994). Increasing prevalence of overweight among US adults: The national health and nutrition examination surveys, 1960 to 1991. *Journal of the American Medical Association*, **272**(3), 205-211.

Kurtz, N.R. (1999). *Statistical analysis for the social sciences*. London: Allyn and Bacon.

Lang, S.S. (1993). The difference between thin and fat may be in personality, study show. Cornell University Science News. Internet: <http://www/news.cornell.edu/science/PRST93>, 12/09/2001, 17:00.

Ledoux, S., Choquet, M., & Flament, M. (1991). Eating disorders among adolescents in an unselected French population. *International Journal of Eating Disorders*, **10**, 81-89.

Le Grange, D. & Ziervogel, C. (1995). Eating disorders, including obesity. *Continuing Medical Education*, **13**(5), 477-478.

Leon, G.R., Fulkerson, J.A., Perry, C.L. & Cudeck, R., (1993). Personality and behavioral vulnerabilities associated with risk status for eating disorders in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology*, **102**(3), 438-444.

Leon, G.R., Fulkerson, J.F, Perry, C.L. & Early-Zaid, M. (1995). Prospective analysis of personality and behavioral vulnerabilities and gender influences in the later development of disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, **104**, 140-149.

Leon, G.R., Fulkerson, J.A., Perry, C.L., Keel, P.K., & Klump, K.L. (1999). Three to four year prospective evaluation of personality and behavioral risk factors for later disordered eating in adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, **28**(2), 181-196.

Leon, G.R., Keel, P.K., Kelly, A.B., Klump, L., & Fulkerson, J.A. (1997). The future of risk factor research in understanding the etiology of eating disorders. *Psychopharmacology Bulletin*, **33**(3), 405-411.

Leon, G.R., Perry, C.L. Mangelsdorf, C., & Tell, G.J. (1989). Adolescent nutritional and psychological patterns and risk for the development of an eating disorder. *Journal of Youth and Adolescence*, **18**(3), 273-282.

Leon, G.R. (1982). Personality and behavioral correlates of obesity. In B.R. Wolman (Ed.), *Psychological Aspects of Obesity: A Handbook*. Pp. 15-29. New York: Reinhold.

Lilenfeld, L.R. (2001). Research Interests. Internet: <http://www.gsu.edu/wwwpsy/faculty/lilenfeld.htm>, 6/9/2001, 13:00.

Lilenfeld, I.R., Kaye, W.H., Greeno, C.G., Merikangas, K.R., Plotnicov, K., Police, C., Rao, R., Strober, M., Bulik, C.M. & Nagy, L., (1998). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, **55**(7), 603-610.

Louw, D.A. (Ed.) (1991). *Menslike Ontwikkeling* (Tweede uitgawe). Pretoria: HAUM-Tersiêr.

Louw, D.A., & Louw, A.E. (1991). Psigologiese perspektiewe vir die algemene praktisyn: Eetversteurings. *Geneeskunde*, **33**(2), 16-22.

Masling, J.M., Rabie, L., Blondheim, S.H. (1967). Obesity, level of aspiration, and Rorschach and TAT measures of oral dependence. *Journal of Consulting Psychology*, **31**, 233-239.

Matsunaga, H., Kiriike, N., Nagata, T., & Yamagami, S. (1998). Personality disorders in patients with eating disorders in Japan. *International Journal of Eating Disorders*, **23**, 399-408.

Meyer & Stunkard (1993). Genetics and human obesity. In A.J. Stunkard & T.A. Wadden (Eds.), *Obesity: theory and therapy*, (pp. 137-149). Raven Press: New York.

Millon, T. (1985). *Personality and its disorders: A biosocial learning approach*. New York: John Wiley & Sons.

Mintz, L.B. & Betz, N.E. (1988). Prevalence and correlates of eating disordered behaviors among undergraduate women. *Journal of Counseling Psychology*, **35**(4), 463-471.

Mintz, L.B., O'Halloran, M.S., Mulholland, A.M. & Schneider, P.A. (1997). Questionnaire for eating disorder diagnoses: reliability and validity of operationalizing DSM-IV criteria into a self-report format. *Journal of Counseling Psychology*, **44**(1), 63-79.

Minuchin, S., Rosman, B. & Baker L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press.

- Mizes, J.S. (1988). Personality characteristics of bulimic and non-eating disordered female controls: A cognitive behavioral perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 541-550.
- Morey, L.C., & Kurtz, J.E. (1995). Assessment of general personality and psychopathology among persons with eating and weight-related concerns. In D.B. Allison (Ed.), *Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight-related problems*, (pp.1-22). Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Norman, K. (1984). Eating Disorders. In H.H. Goldman (Ed), *Review of general psychiatry*. Los Altos: CA Lange.
- Norris, D.L. (1986). Anorexia nervosa: the adolescent epidemic. *South African Journal of Continuing Medical Education*, 4(9), 39-45.
- Nugent, S.A. (2000). Perfectionism: Its Manifestations and Classroom-based Interventions. *Journal of Secondary Gifted Education*, 11(4), 215.
- Oberholzer, H.H. (1984). *Vetsug: 'n Gesinsondersoek*. Magister in Sielkunde, Bloemfontein: UOVS.
- Ogden, J., Thomas, D., (1999). The role of familial values in understanding the impact of social class on weight concern. *International Journal of Eating Disorders*, 25(3), 273-279.
- Olivier, M.A.J., (1993). Persoonsaard en interpersoonlike verhoudinge van die jeugdige met anorexia nervosa. *Suid-Afrikaanse Tydskrif vir Opvoedkunde*, 13(1), 22-24
- Palme, G., & Palme, J. (1999). Personality characteristics of females seeking treatment for obesity, bulimia nervosa and alcoholic disorders. *Personality and Individual Differences*, 26, 255-263.
- Palmer, R.L. (1979). The dietary chaos syndrome: A useful new term? *British Journal of Medical Psychology*, 52, 187-190.
- Pate, J.E., Pumariega, A.J., Hester, C. & Garner, D.M. (1992). Cross-cultural patterns in eating disorders: A review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(5), 802-809.
- Patton, G.C. (1988). The spectrum of eating disorder in adolescence. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 579-584.
- Patton, G.C., Johnson-Sabine, E., Wood, K., Mann, A.H., & Wakeling, A. (1990). Abnormal eating attitudes in London schoolgirls. A prospective epidemiological

study: Outcome at twelve-month follow-up. *Psychological Medicine*, **20**, 383-394.

Pike, K.M., & Rodin, J. (1991). Mothers, daughters, and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, **100**(2), 198-204.

Piirto, M. (1994). *Talented children and adults: Their development and education*. New York: Macmillan College Publishing.

Pinhas, L., Toner, B.B., Ali, A., Garfinkel, P.E. & Stuckless, N. (1999). The effects of the ideal of female beauty on mood and body satisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, **25**(2): 223-226.

Piran, N. (1995). Prevention: Can early lessons lead to a delineation of an alternative model? A critical look at prevention with school children. *Eating disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, **3**, 28-36.

Plug, C, Louw, D.A., & Gouws, L.A. & Meyer, W.F. (1997). *Verklarende en Vertalende Sielkundewoordeboek*. Sandton: Heinemann Voortgesette Onderwys (Edms) Bpk.

Podar, I., Hannus, A., & Allik, J. (1999). Personality and affectivity characteristics associated with eating disorders: a comparison of eating disordered, weight-preoccupied, and normal samples. *Journal of Personality Assessment*, **73**(1), 133-147.

Polivy, J., & Herman, C.P., (1987). Diagnosis and treatment of normal eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **55**(5), 635-644.

Pryor, T., & Wiederman, M.W. (1996a). Measurement of nonclinical personality characteristics of women with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Journal of Personality Assessment*, **67**(2), 414-421.

Pryor, T., & Wiederman, M.W. (1996b). Use of the MMPI-2 in the outpatient assessment of women with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Journal of Personality Assessment*, **66**(2), 363-373.

Pryor, T., & Wiederman, M.W., (1998). Personality features and expressed concerns of adolescents with eating disorders. *Adolescence*, **33**(130), 291-300.

Pryor, T., Wiederman, M.W., & McGilley, B. (1996). Clinical correlates of anorexia nervosa subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, **19**(4), 371-379.

Pumariega, A.J., Edwards, P., & Mitchell, C.B. (1984). Anorexia nervosa in black adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **23**, 111-114.

Rastam, M. (1992). Anorexia nervosa in 51 Swedish adolescents: Premorbid problems and comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **31**(5), 819-829.

Rastam, M., Gillberg, C., & Garton, M. (1989). Anorexia nervosa in a Swedish urban region: A population-based study. *British Journal of Psychiatry*, **155**, 642-646.

Rastam, M. & Gillberg, C. (1991). The family background in anorexia nervosa: a population-based study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **30**(2), 283-289.

Rastam, M, Gillberg, I.C., & Gillberg, C. (1995). Anorexia Nervosa 6 years after onset: Part II. Comorbid Psychiatric Problems. *Comprehensive Psychiatry*, **36**(1), 70-76.

Rathus, S.A., & Nevid, J.S. (1991). *Abnormal Psychology*. New Jersey: Prentice Hall.

Rissanen, A.M. (1996). *The economic and psychosocial consequences of obesity*. In *The Origins and consequences of obesity* Ciba Foundation Symposium 201 (pp. 194-206). Chichester, England: John Wiley & Sons.

Ronningstam, E. (1996). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder in Axis I disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, **3**(6), 326-3340.

Root, M.P.P. (1990). Disordered eating in women of color. *Sex roles*, **22**(7/8), 525-536.

Rosen, J.C., Gross, L.V., & Vara, L. (1987). Psychological adjustment of adolescents attempting to lose or gain weight. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **55**(5), 742-747.

Rosenhan, D.L., & Seligman, M.E. (1984). *Abnormal psychology*. New York: W.W. Norton.

Runyan, W.M. (1983). Idiographic goals and methods in the study of lives. *Journal of Personality*, **51**(3), 413-437.

Russel, G.F.M. (1979). Bulimia nervosa: An omnious variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, **9**, 429-448.

SAS Institute (1985). *SAS user's guide: Statistics version 5 edition*. Cary: Author.

Schmidt, U., Tiller, J., & Treasure, J. (1993). Setting the scene for eating disorders: childhood care, classification and course of illness, *Psychological Medicine*, **23**, 663-672.

Schork, E.J., Eckert, E.D., & Halmi, K.A. (1994). The relationship between psychopathology, eating disorder diagnosis and clinical outcome at 10-year follow-up in anorexia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, **35**(2), 113-123.

Schwartz, D.J., Phares, V., Tantleff-Dunn, S., Thompson, J.K., (1999). Body image, psychological functioning, and parental feedback regarding physical appearance. *International Journal of Eating Disorders*, **25**(3), 339-343.

Scott, R.L., & Baroffio, J.R. (1986). An MMPI analysis of similarities and differences in three classifications of eating disorders: Anorexia nervosa, bulimia and morbid obesity. *Journal of Clinical Psychology*, **42**(5), 708-713.

Seidell, J. (1995). Obesity in Europe: Scaling an epidemic. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, **19**(Suppl. 3), S1-S4.

Serpell, L., Treasure, J., Teasdale, J. & Sullivan, V., (1999). Anorexia nervosa: friend or foe? *International Journal of Eating Disorders*, **25**(2), 177-186.

Sheward, D. (1994). *Prevalence of eating disorders at three universities in the Western Cape*. Unpublished MA dissertation, University of Cape Town.

Shisslak, C.M., Crago, M., Neal, M.E., & Swain, B. (1987). Primary prevention of eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **55**(5), 660-667.

Shisslak, C.M., Crago, M., Estes, L.S., & Gray, N. (1996). Content and method of developmentally appropriate prevention programs. In L. Smolak, M. Levine, & R. Striegel-Moore (Eds.), *The developmental psychopathology of eating disorders*, (pp.341-363). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Shisslak, C.M., Pazda, S.L., & Crago, M. (1990). Body weight and bulimia as discriminators of psychological characteristics among anorexic, bulimic and obese women. *Journal of Abnormal Psychology*, **99**(4), 380-384.

Showers, C.J., & Larson, B.E. (1999). Looking at body image: The organization of self-knowledge about physical appearance and its relation to disordered eating. *Journal of Personality*, **67**(4), 659-700.

Simopoulos, A.P. (1986). Characteristics of obesity: An overview. *Annals of the New York Academy of Sciences*, **499**, 4-11.

Slade, P.D. (1995). Prospects for prevention. In G. Szukler, C. Dare & J. Treasure (Eds.), *Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Research*, (pp.385-389). Chichester, England: John Wiley.

- Skodal, A.E., Oldham, J.M., Hyler, S.E., Kellman, H.D., Doidge, N., & Davies, M. (1993). Comorbidity of DSM-III-R eating disorders and personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, **14**, 403-416.
- Skoog, D.K., Andersen, A.E., & Laufer, W.S. (1984). Personality and treatment effectiveness in anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, **40**(4), 955-960.
- Smolak, L., & Levine, M.P. (1994). Toward an empirical basis for primary prevention of eating problems with elementary school children. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, **2**, 293-307.
- Smith, C., & Steiner, H. (1992). Psychopathology in Anorexia Nervosa and Depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **31**(5), 841-843.
- Smolak, L., Levine, M.P., & Schermer, F. (1999). Parental input and weight concerns among elementary school children. *International Journal of Eating Disorders*, **25**(3), 263-271.
- Sohlberg, S., & Strober, M. (1994). Personality in anorexia nervosa: an update and a theoretical integration. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **89**(suppl 378), 1-15.
- Solyom, L., Freeman, R.J., & Miles, J.W. (1982). A comparative psychometric study of anorexia nervosa and obsessive neurosis. *Canadian Journal of Psychiatry*, **27**, 282-286.
- Spitzer, R.L., Devlin, M.J., Walsh, B.T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M.D., Mitchell, J., & Nonas, C. (1991). Binge eating disorder: To be or not to be in DSM-IV. *International Journal of Eating Disorders*, **10**(1), 627-629.
- SPSS Incorporated (1983). *SPSS user's guide*. New York: Author.
- Srinivasagam, N.M., Kaye, W.H., Plotnicov, K.H., Greeno, C., Weltzin, T.E., & Rao, R. (1995). Persistent perfectionism, symmetry, and exactness after long-term recovery from anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, **152**(11), 1630-1634.
- Stein, A., Woolley, H., Cooper, S.D., & Fairburn, C.G. (1994). An observational study of mothers with eating disorders and their infants. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **35**(4), 733-748.
- Stern, S.L., Dixon, K.N., Sansone, R.A., Lake, M.D., Nemzer, E., & Jones, D. (1992). Psychoactive substance use disorder in relatives of patients with anorexia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, **33**, 207-212.



- Stierlin, H. & Weber, G. (1989). *Unlocking the family door*. New York: Brunner/Mazel.
- Striegel-Moore, R.H., Silberstein, L.R., & Rodin, J. (1986). Toward and understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist*, *41*(3), 246-263.
- Strober, M. (1981). A comparative analysis of personality organization in juvenile anorexia nervosa. *Journal of Youth and Adolescence*, *10*(4), 285-295.
- Strober, M. (1991). Family-genetic studies of eating disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, *52*(10: suppl.), 9-12.
- Strober, M., & Humphrey, L. (1987). Familial contributions to the aetiology and cause of anorexia and bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *55*(5), 654-659.
- Strober, M., Morrell, W., Burroughs, J., Salkin, B., & Jacobs, C. (1985). A controlled family study of anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, *19*(2/3), 239-246.
- Strober, M., Lampert, C., Morrell, W., Burroughs, J., & Jacobs, C. (1990). A controlled family study of anorexia nervosa: Evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *9*, 239-253.
- Stunkard, A.J. (1995). Prevention of obesity. In KB Brownell en CG Fairburn (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (pp. 572-576). New York: Guilford Press.
- Stunkard, A.J. (1996). *Socioeconomic status and Obesity*. In The Origins and consequences of obesity, Ciba Foundation Symposium 201 (pp.174-193). John Wiley & Sons, Chichester: England.
- Stunkard, A.J., Harris, J.R., Pedersen, N.L., & McClearn, G.E. (1990). The body-mass index of twins who have been reared apart. *The New England Journal of Medicine*, *322*, 21, 1483-1487.
- Suris, A.M., Trapp, M.C., DiClemente, C.C., & Cousins, J. (1998). Application of the transtheoretical model of behavior change for obesity in Mexican American women. *Addictive Behaviors*, *23*(5), 655-668.
- Swartz, L., (1983). Anorexia nervosa-like disorders –some suggestions. *South African Medical Journal*, *64*, 478-480.
- Swartz, L., & Sheward, D. (1995). The epidemiology of anorexia nervosa and bulimia nervosa in South Africa. *Continuing Medical Education*, *13*(5), 541-542.

Swift, W.J. & Wonderlich, S.A. (1988). Personality factors and diagnosis in eating disorders: Trait, disorders and structures. In Garner D.M., Grafinkel P.E. (Eds.), *Diagnostic Issues in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa* (pp. 112-165). New York: Brunner/Mazel.

The New Collins Dictionary and Thesaurus in one volume (1987). Glasgow: William Collins.

Thompson, S.B.N. (1993). *Eating disorders: A guide for health professionals*. London: Chapman & Hall.

Thornton, C. & Russel, J. (1997). Obsessive compulsive comorbidity in the dieting disorders. *International Journal of Eating Disorders*, **21**(1), 83-87.

Timms, P. (1993). The fear of fatness. *Update*, **8**(2), 118-124.

Tobin, D.L., Johnson, C., Steinberg, S., Staats, M., & Dennis, A.B. (1991). Multifactorial assessment of bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, **100**, 14-21.

Torem, M.S. (1990). Covert multiple personality underlying eating disorders. *American Journal of Psychotherapy*, **44**, 3, 357.

Toro, J., Castro, J., Garcia, M., Perez, P., & Cuesta, L. (1989). Eating attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence. *British Journal of Medical Psychology*, **62**, 61-70.

Tylka, T.L., & Subich, L.M. (1999). Exploring the construct validity of the eating disorder continuum. *Journal of Counseling Psychology*, **46**(2), 268-276.

Van Lill, S.O., du Toit, M.W.A., Grobler, D.M., & Labadarios, D. (1995). Guidelines for the management of obesity. *Continuing medical education journal*, **13**(5), 527-535.

Van Niekerk, E. (1997). 'n Vergelyking tussen 'n onvoltooidesinnetoets en 'n persoonlikheidsvraelys. Magister in Sielkunde, Bloemfontein: UOVS.

Vitousek, K., & Manke, F (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, **103**, 137-147.

Wadden, T.A., & Stunkard, A.J. (1985). The psychological and social complications of obesity. *Annual Internal Medicine*, **103**, 1062-1067.

Wadden, T.A., & Stunkard, A.J. (1993). Psychological Consequences of obesity and dieting, research and clinical findings. In AJ Stunkard en TA Wadden (Eds.), *Obesity: theory and therapy*. New York: Raven Press, pp. 163-178.

- Wagner, S., Halmi, K.A., & Maguire, T.V. (1987). The sense of personal ineffectiveness in patients with eating disorders: One construct or several? *International Journal of Eating Disorders*, **10**, 407-414.
- Walsh, B.T. & Devlin, M.J. (1998). Eating disorders: progress and problems. *Science*, **280**(5368), 1387-1390.
- Walters, E.E., & Kendler, K.S. (1995). Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population-based female twin sample. *American Journal of Psychiatry*, **152**:64-71.
- Waugh, E., & Bulik, C.M., (1999). Offspring of women with eating disorders. *International Journal of Eating disorders*, **25**(2): 123-122.
- Weiss, L., & Masling, J.M. (1970). Further validation of a Rorschach measure of oral imagery: A study of six clinical groups. *Journal of Abnormal Psychology*, **76**, 83-87.
- Wechselblatt, T., Gurnick, S., & Simon, R. (2000). Autonomy and relatedness in the development of anorexia nervosa. *Bulletin of the Menninger Clinic*, **64**, 1, 91.
- Welbourne, J., & Purgold, J. (1984). *The eating sickness: Anorexia, bulimia and the myth of suicide by slimming*. Sussex: Harvester Press.
- Werkman, S.L., & Greenberg, E.A. (1967). Personality and interest patterns in obese adolescent girls. *Psychosomatic Medicine*, **29**(1), 72-79.
- Wickramasekera, I., & Price, D.C. (1997). Morbid obesity, absorption, neuroticism, and the high risk model of threat perception. *American Journal of Clinical Hypnosis*, **39**(4), 291-301.
- Wonderlich, S.A., & Mitchell, J.E. (1997). Eating disorders and comorbidity: empirical, conceptual and clinical implications. *Psychopharmacology Bulletin*, **33**(3), 381-390.
- Wonderlich, S.A., Swift, W.J. Slotnick, H.B., & Goodman, J. (1990). DSM-III-R personality disorders in eating disorder subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, **9**, 607-616.
- Wonderlich, S.A., Brewerton, T.D., Jagic, Z, Dansky, B.S., & Abbott, D.W. (1997). Relationship of Childhood Sexual Abuse and Eating Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **36**(8), 1107-1115.

Wren, B., & Lask, B. (1993). Aetiology. In B. Lask, & R. Bryant-Waugh (Eds.), *Childhood Onset Anorexia Nervosa and related eating disorders* (pp. 69-89). Lawrence Erlbaum Associates Ltd., Hove UK: Publishers.

Ziervogel, C.F. (1990). Anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Continuing Medical Education Journal*, **8**(3), 233-242.

Ziervogel, C.F. (1995). Anorexia nervosa and bulimia nervosa in young women in South Africa. *Continuing Medical Education Journal*, **13**(5), 543.

## Opsomming

---

Die verband tussen persoonlikheidstipe en eetversteurings by vroue is in hierdie studie ondersoek. Persoonlikheid word deur verskeie navorsers as 'n risikofaktor vir die ontwikkeling van eetversteurings beskou. Die negatiewe impak wat eetversteurings op die individu en die samelewing het, bied genoeg ondersteuning vir die noodsaaklikheid vir die ontwikkeling van meer effektiewe voorkomingspraktyke. Daarom is enige navorsing wat 'n bydrae op die gebied van voorkoming maak van onskatbare belang. Navorsing fokus meer dikwels op die verband tussen persoonlikheidspatologie (versteurings) en eetversteurings en daar blyk 'n behoefte aan navorsing oor die verband tussen nie-kliniese persoonlikheidstrekke en eetversteurings te wees. Die studie is gemik om in deels hierdie behoefte aan te spreek.

Die hersiene NEO-persoonlikheidsvraelys is gebruik om die verband tussen nie-kliniese persoonlikheidstrekke en eetversteurings by vrouens te ondersoek. Altesaam 59 proefpersone het vrywilliglik aan hierdie studie deelgeneem, waarvan 15 persone anorexia nervosa het, 12 persone obesiteit en 15 persone met geen eetversteuring. Weens die sensitiewe aard van die onderwerp en persone se huiwering om aan so 'n studie deel te neem, was dit moeilik om groter steekproewe te bekom.

Die vernaamste bevindinge van hierdie studie is soos volg:

- Behalwe vir hoër tellings op skaal N (neurotisme) het die persoonlikheids-profiel van die groep met anorexia nie beduidend van die groep met geen eetversteurings verskil nie. Hierdie resultate suggereer dat persone met anorexia nervosa 'n merkbare hoër mate van neurotisme openbaar. As persone met geen eetversteurings. In vergelyking met persone sonder 'n eetversteuring is persone met anorexia nervosa dus meer sensitief en emosioneel en is geneig om ontstellende of negatiewe emosies te vervaar. Alhoewel hierdie skaal nie 'n maatstaf van ongesonde neurotisme is nie, kan hoë vlakke van neurotisme op 'n kwesbaarheid vir die ontwikkeling van 'n eetversteuring dui.
- Die obese groep het op faktore E (ekstroversie), A (welgevalligheid) en O (openheid vir ervaringe) beduidend van die groep met geen eetversteuring verskil en het op skaal A en O ook beduidend van die anorexia nervosa-groep verskil. Hulle het telkemale laer gemiddelde tellings as die groep met geen eetversteuring op hierdie skale verkry. Hul persoonlikheidsprofiel blyk dus baie meer ingeperk (teruggetrokke, gereserveerd, verkies die bekende bo die nuwe, hardkoppig, skepties) as die persoonlikheidsprofiel van persone met geen eetversteurings.
- Hierdie resultate stem in 'n mate ooreen met wat al in die literatuur gevind is, maar weens die metodologiese beperkinge van hierdie studie is dit moeilik om veralgemenings te maak en is verdere navorsing wenslik om hierdie bevindinge te bevestig en daarop uit te brei.

## Summary

---

The relationship between personality type and eating disorders among women was investigated in this study. Many researchers regard personality as a risk factor in the development of eating disorders. The negative impact eating disorders have on the individual and society in general gives enough support for the need to develop more effective preventative measures. Any research that aims to contribute to the field of prevention, is therefore of utmost importance. Research mainly focuses on the relationship between pathological personality traits and eating disorders, which leaves a great need for research in the field of non-clinical personality traits and its relation to the eating disorders. This study partly aims to address this need.

The Revised NEO Personality Inventory was used to study the relationship between eating disorders and non-clinical personality traits in women. Altogether 59 subjects willingly participated in this study, of which 15 subjects have anorexia nervosa, 12 subjects obesity and 15 subjects have no eating disorder. Due to the sensitive nature of this subject and participants' unwillingness to take part in a study of this nature, it was very difficult to draw bigger samples for this study.

The most important findings of the study were as follow:

- Except for higher scores on the Neuroticism scale (N), there was no significant difference in the personality profiles between the anorexia nervosa group and the group without eating disorders. These results suggest that the anorexia nervosa subjects have marked higher levels of neuroticism than those with no eating disorder. In comparison with people without an eating disorder, people with anorexia nervosa are more sensitive, emotional and tend to experience disturbing or negative emotions. Even though this scale does not measure unhealthy neuroticism, high levels of neuroticism could present vulnerability for the development of an eating disorder.
- The scores which the obese group obtained on the E (extroversion), A (agreeableness) and O (openness) scales, differed significantly from the group with no eating disorders and also differed significantly on the A and O scales from the anorexia group. They repeatedly scored lower average values than the group with no eating disorders. Their personality profile seems to be more restricted (introverted, withdrawn, reserved, hardheaded, skeptic) than the group with no eating disorders.
- These results seem to correlate in some way with findings reported in the literature, but due to the methodological limitations of this study, these results cannot be generalized and further research is necessary in order to validate and broaden these findings.

# BYLAAG A

## Merklys vir DSM-IV-simptome (Q-EDD; Anorexia nervosa)

DSM-IV-kriteria	Beskrywing van Q-EDD-items	Beslissingsreël
<p>Verwagte liggaamsgewig &lt;85%.</p> <p>Vrees om gewig op te tel of vet te word alhoewel ondergewig.</p> <p>Het drie opeenvolgende menstruele siklusse oorgeslaan.</p>	<p>Lengte in cm, gewig in kg.</p> <p>Twee 5-punt-Likertitems: Hoe bang is jy om vet te word/gewig op te tel?</p> <p>Ja- vraag of drie menstruele siklusse oorgeslaan is, word gevra (swangerskap uitgesluit).</p>	<p>BMI van 17.5 of laer.</p> <p>BMI van 20 en 4 en respons op een van die vrae.</p> <p>Ja-antwoord.</p>

Vertaal en aangepas uit Mintz et al. (1997, p.64).

# BYLAAG B

Liewe Me/Mej/Mev.....

Deur die volgende vraelyste te voltooi, sal jy my help met my skripsie oor die verband tussen persoonlikheid en eetgewoontes.

Jou antwoorde op hierdie vraelys, sowel as identiteit, sal met die strengste vertroulikheid hanteer word.

Ek sal dit waardeer as jy dit so gou moontlik voltooi en terugbesorg.

Indien jy geïnteresseerd is in die resultate, dui hieronder aan:

JA/NEE (Naam:.....)

Baie dankie vir jou hulp.

Bea van Dyk  
Kliniese Intern Sielkundige