

DIE ROL VAN GERIGTE BEELDING BY GEWIGSVERLIES

ANNA MARIA JANETTE GOUS

SKRIPSIE VOORGELê TER GEDEELTELIKE NAKOMING VAN DIE VEREISTES
VIR DIE GRAAD MAGISTER ARTIUM (KLINIESE PSIGOLOGIE) IN DIE
FAKULTEIT LETTERE EN WYSBEGEERTE AAN DIE POTCHEFSTROOMSE
UNIVERSITEIT VIR CHRISTELIKE HOër ONDERWYS
STUDIELEIER: MEV. E. VAN RENSBURG

POTCHEFSTROOM

MAART 1995

GELDELIKE BYSTAND GELEWER DEUR DIE SENTRUM VIR
WETENSKAPSONTWIKKELING (RGN SUID-AFRIKA) VIR DIE
PUBLIKASIE VAN HIERDIE WERK WORD HIERMEE ERKEN.
MENINGS WAT IN HIERDIE PUBLIKASIE UITGESPREEK EN
GEVOLGTREKKINGS WAARTOE GEKOM IS, IS DIE VAN DIE
OUTEUR(S) EN MOET NIE NOODWENDIG AAN DIE SENTRUM VIR
WETENSKAPSONTWIKKELING TOEGESKRYF WORD NIE.

BEDANKINGS

Ek is opreg dankbaar teenoor die Here vir die wye ondersteuningstelsel wat Hy vir my gegee het en waarmee Hy hierdie skripsie vir my moontlik gemaak het. Ek is dankbaar vir:

- * mev. E. van Rensburg, my studieleier, vir bekwame, praktiese leiding en tyd in haar besige program;
- * mev. A. du Plessis, konsulerende dieetkundige, vir haar kundigheid en gewilligheid om te help;
- * die Statistiese Konsultasiedienste van die PU vir CHO vir die statistiese verwerking van die data, veral vir mev. S. Ellis en prof. H.S. Steyn;
- * mev. J. Jansen van Rensburg vir die taalkundige versorging;
- * die gewillige proefpersone;
- * my ma, skoonouers, familie en talle vriende vir belangstelling, aanmoediging en gebedsondersteuning en
- * my gesin, Henk en Gustav, Eras, Helien en Janie vir hulle liefde, begrip en bereidwilligheid om met tye hulle eie behoeftes opsy te skuif.

Aan God al die eer!

OPSOMMING

Die doel van hierdie studie is om te bepaal in watter mate gerigte beelding kan bydra tot effektiewe gewigsverlies, die positiewe verandering van liggaamskatekse en die verbetering van selfbeeld.

Vanuit die literatuur is die teoretiese perspektiewe, huidige gebruike en empiriese bevindings van gerigte beelding bespreek. 'n Gerigte beeldingsprogram is vanuit die literatuur saamgestel. Wat betref obesiteit en oorgewig, is onder andere aandag gegee aan die kliniese beeld, etiologie, prognose en behandeling. Bestaande gewigsvermindingsprogramme en redes waarom dit dikwels misluk, is bespreek.

Tydens die empiriese ondersoek is 64 vroue tussen die ouderdomme 18 en 47 jaar, met 'n liggaamsmassa-indeks tussen 23.6 en 33.9, betrek. 'n Drie-groep toets-hertoetsontwerp is gebruik. Al drie groepe het 'n biografiese vraelys ingevul en is tydens die voor- en natoets onderwerp aan al die subtoetse van die volgende instrumente: Die Tennessee Selfkonsepskaal, die Liggaamskatekseskaal, die "Slade Perceptual Distortion Task", die "Body Image Avoidance Questionnaire", die "Imaginal Processes Inventory" en die Mensfiguurtekentegniek. Hulle liggaamsmassa-indeks is deur 'n dieetkundige bepaal, voor aanvang en na afloop van die program.

Groep A het 'n dieet gevolg wat uitgewerk, en individueel aangepas is deur 'n konsulerende dieetkundige. Groep B het saam met die dieet ook 'n gerigte beeldingsprogram een maal per week bygewoon, terwyl groep C slegs een maal per week 'n gerigte beeldingsprogram bygewoon het. Die program het 16 weke geduur.

Die statistiese verwerking van die toetsdata het aan die lig gebring dat min verandering plaasgevind het. Wat binnegroepverskille betref, is daar bevind dat groep A die meeste verskille, groep C die tweede meeste en groep B byna geen verskille getoon het nie. Positiewe verandering het by groep A plaasgevind ten opsigte van gewigsverlies, vyf

aspekte van liggaamspersepsie (heup-, bors-, gesig-, romp- en voetmates), twee aspekte van selfkonsep (selftevreidenheid en selfkritiek) en een aspek van 'n liggaamsbeeldversteuring (voorkomsgewoontes). Groep C het positiewe verandering van twee aspekte van liggaamspersepsie (romp- en voetmates), twee aspekte van selfbeeld (fisiese selfbeeld en selftevreidenheid) en een aspek van 'n liggaamsbeeldversteuring (kledinggewoontes) getoon. By groep B was daar slegs betekenisvolle verandering ten opsigte van een aspek van liggaamspersepsie, naamlik heupmates.

Tussengroepverskille was insgelyks minimaal. Groep A het met twee aspekte van liggaamspersepsie en met gewigsverlies (statisties maar nie prakties betekenisvol nie) beter gevaar as groep B. Groep A het ook met vet romp as kriterium vir obesiteit by die menstekening beter as groep B en C gevaar. Groep C het beter as groep A en B gevaar wat betref liggaamskontoere as kriterium van obesiteit by die menstekening.

Die kompleksiteit van obesiteit en oorgewig het in die studie duidelik na vore gekom. Navorsing is bemoeilik deur 'n hoë uitvalsifer uit die program. Verdere navorsing oor die hoë uitvalsifer, klaarblyklike eksterne lokus van kontrole, swak deursettingsvermoë en motivering, asook obese persone se geloofsisteme en denkpatrone, word aanbeveel.

SUMMARY

The aim of this study is to determine the extent to which guided imagery can contribute towards effective weight loss, positive change in body cathexis and the improvement of self-image.

Based on a literature survey, the theoretical perspectives and empirical findings on guided imagery were discussed, as were its current uses. A guided imagery programme was devised, using available literature. With regard to obesity and overweight, attention was paid to, *inter alia*, the clinical picture, etiology, prognosis and treatment thereof. Existing weight-loss programmes and the reasons why they so often fail were also examined.

Sixty-four women between the ages of 18 and 47, with body-mass indices of between 23.6 and 33.9, were involved in the empirical investigation. A three-group test-retest design was used. All three groups completed biographical questionnaires and were evaluated during pre-testing and post-testing using the following instruments: The Tennessee Self Concept Scale, The Body Cathexis Scale, The Slade Perceptual Distortion Task, The Body Image Avoidance Questionnaire, The Imaginal Processes Inventory and The Human Figure Drawing Technique. All subscales of the above instruments were used. The participants' body-mass indices were determined before and after the programme, by a dietician.

Group A followed a diet which was worked out and individually adapted by a consulting dietician. Group B attended a guided imagery programme once a week in addition to following the diet, while group C only attended the weekly guided imagery programme. The duration of the programme was 16 weeks.

Statistical analysis of the test data revealed that little change had occurred during the investigation. With regard to within-group differences, it was found that group A showed the most alteration and group C the second most, while group B showed almost no

alteration. In group A, positive change occurred in respect of weight loss, five aspects of body perception (hip, chest, face, trunk and foot measurements), two aspects of self-concept (self-satisfaction and self-criticism) and one aspect of a body-image disturbance (grooming habits). Group C showed positive changes in two aspects of body perception (trunk and foot measurements), two aspects of self-image (physical self-image and self-satisfaction) and one aspect of a body-image disturbance (clothing habits). In group B, there was meaningful change only with regard to one aspect of body perception, namely hip measurement.

Between-group differences were also minimal. Group A showed better results than B, with reference to two aspects of body perception and to weight loss, although these differences were statistically but not practically meaningful. Group A also performed better in the human figure drawing test than did both groups B and C, when a fat trunk was used as the criterion for obesity. However, when body contours were used as the criterion for obesity, group C did better in this test than groups A and B.

The complexity of obesity and overweight came to the fore in this study. Research was made more difficult by a high drop-out rate during the programme. Further research is recommended with regard to the high drop-out rate, apparent external locus of control, poor perseverance and motivation, as well as the thought patterns and belief systems of obese people.

INHOUDSOPGAWE

Dankbetuiging.....	III
Opsomming.....	IV
Summary	VI
Lys van tabelle.....	XIV

HOOFSTUK 1: INLEIDING

1.1	PROBLEEMSTELLING.....	1
1.2	DOELSTELLING.....	3
1.2.1	ALGEMENE DOELSTELLING.....	3
1.2.2	SPEKIFIEKE DOELSTELLINGS	3
1.2.3	NULHIPOTESE	4
1.3	VOORUITSKOUING	4

HOOFSTUK 2: GERIGTE BEELDING

2.1	ORIËNTERING	5
2.2	INLEIDING.....	5
2.3	BEGRIPSOMSKRYWING	6
	■ Beelding	6
	■ Verbeelding	7
	■ Fantasie.....	7
	■ Dagdroom.....	7
	■ Drome.....	7
	■ Hipnose.....	8
	■ Visualisering.....	8
	■ Gerigte Beelding	9
2.4	DIE GESKIEDENIS VAN DIE STUDIE VAN BEELDING.....	9
2.5	TEORETIESE PERSPEKTIEWE MET BETREKKING TOT BEELDING	12

2.5.1	Die verhouding tussen beelding, psige en liggaam.....	12
2.5.2	Die rol van beelding in kognisie	15
2.5.3	Serebrale lokalisasie	16
2.5.4.	Beelding en vlakke van bewustheid	18
2.5.5	Beelding en gedragsverandering.....	19
2.5.6	Beelding en Eetversteurings	20
2.6	HUIDIGE GEBRUIKE VAN GERIGTE BEELDING	20
2.6.1	PSIGOTERAPIE.....	20
	■ Psigoanalise	20
	■ Kognitiewe terapie	21
	■ Gerigte affektiewe beelding.....	22
	■ Gedragsterapie	24
	■ Gestaltterapie	26
	■ Psigosintese en die humanistiese benaderings.....	26
	■ Eksistensiële terapie	28
	■ Ontspanningsterapie	28
	■ Eidetiese terapie	29
	■ Neuro-linguistiese programmering	29
	■ Ander toepassings van beeldingstegnieke	30
2.6.2	GERIGTE BEELDING IN DIE LEERPROSES	31
2.6.3	GERIGTE BEELDING EN SPORT.....	33
2.7	EMPIRIESE BEVINDINGS OOR GERIGTE BEELDING	35
2.8	IMPLIKASIES VAN GERIGTE BEELDING	37
2.9	SAMEVATTING.....	38
2.10	PROGRAM.....	38

HOOFSTUK 3: OBESITEIT EN OORGEWIG

3.1	INLEIDING.....	39
3.2	OMSKRYWING VAN OBESITEIT EN OORGEWIG.....	39

3.3	INSIDENSIE VAN OBESITEIT	40
3.4	ETIOLOGIE VAN OBESITEIT	41
3.4.1	FISIOLOGIESE FAKTORE	41
	■ Genetiese Faktore	41
	■ Ontwikkelingsdeterminante.....	42
	■ Fisiese onaktiwiteit	43
	■ Energiewanbalans	44
	■ Biochemiese en endokriene faktore.....	44
3.4.2	PSIGOLOGIESE FAKTORE.....	45
3.4.2.1	INLEIDING.....	45
3.4.2.2	SPESIFIEKE PSIGOLOGIESE FAKTORE	46
	■ Ontwikkelingsobesiteit.....	46
	■ Versteuring in self-evaluering	46
	■ Liggaamsbeeldversteuring.....	47
	■ Diverse faktore	49
3.4.3	GESINSDINAMIKA	49
3.4.4	SOSIO-KULTURELE FAKTORE.....	50
	■ "n Vroue-probleem"	50
	■ Preokkupasie met gewig	51
	■ Die rol van die "voorskriftelike" gemeenskap.....	54
	■ Stigmatisering van obesiteit	55
3.5	KLINIESE BEELD VAN OBESITEIT EN OORGEWIG.....	56
3.5.1	FISIESE SIMPTOME.....	56
3.5.2	PSIGIESE SIMPTOME	57
3.6	PROGNOSE	59
3.7	BEHANDELING VAN OBESITEIT	60
3.7.1	FISIOLOGIESE BEHANDELING	60
	■ Dieet.....	60
	■ Oefening in die behandeling van obesiteit	61

	■ Farmakologiese behandeling.....	61
	■ Chirurgie.....	62
3.7.2	PSIGOLOGIESE BEHANDELING.....	63
	■ Individuele psigoterapie.....	63
	■ Gedragsterapie.....	64
	■ Hipnoterapie.....	65
	■ Beelding.....	66
	■ Groepspsigoterapie.....	67
3.7.3	GEWIGSVERLIESPROGRAMME.....	68
3.8	REDES VIR MISLUKKING VAN DIËTE EN PROGRAMME.....	70
3.8.1	INLEIDING.....	70
3.8.2	BIOLOGIESE FAKTORE.....	71
3.8.3	PSIGOSOSIALE FAKTORE.....	72
3.9	SLOT.....	74

HOOFSTUK 4: METODE VAN ONDERSOEK

4.1	INLEIDING.....	76
4.2	DIE NAVORSINGSONTWERP.....	76
4.3	PROEFPERSONE.....	76
4.3.1	TEIKENPOPULASIE.....	76
4.3.2	STUDIEPOPULASIE.....	77
4.4	GROEPSAMESTELLING.....	77
4.5	DIE PROSEDURE.....	78
4.6	MEETINSTRUMENTE.....	78
4.6.1	DIE TENNESSEE SELFKONSEPSKAAL.....	79
4.6.1.1	Doel en rasionaal.....	79
4.6.1.2	Beskrywing van die TSKS.....	79
4.6.1.3	Nasienmetode.....	85
4.6.1.4	Psigometriese eienskappe.....	87

4.6.1.5	Rede vir insluiting	89
4.6.2	DIE LIGGAAMSKATEKSESKAAL	90
4.6.2.1	Doel en rasionaal.....	90
4.6.2.2	Beskrywing van die Liggaamskatekseskaal	90
4.6.2.3	Nasienmetode.....	90
4.6.2.4	Psigometriese eienskappe	90
4.6.2.5	Rede vir insluiting.....	91
4.6.3	DIE "SLADE PERCEPTUAL DISTORTION TASK"	91
4.6.3.1	Doel en rasionaal.....	91
4.6.3.2	Beskrywing van die "Slade Perceptual Distortion Task"	92
4.6.3.3	Nasienmetode.....	92
4.6.3.4	Psigometriese eienskappe	93
4.6.3.5	Rede vir insluiting.....	93
4.6.4	MENFIGUURTEKENTEGNIEK	94
4.6.4.1	Doel en rasionaal.....	94
4.6.4.2	Beskrywing van die D-A-P.....	94
4.6.4.3	Nasienmetode.....	94
4.6.4.4	Psigometriese kwaliteite.....	96
4.6.4.5	Rede vir insluiting.....	96
4.6.5	DIE "BODY IMAGE AVOIDANCE QUESTIONNAIRE"	96
4.6.5.1	Doel en rasionaal.....	96
4.6.5.2	Beskrywing van die vraelys.....	96
4.6.5.3	Nasienmetode.....	97
4.6.5.4	Psigometriese eienskappe	97
4.6.5.5	Rede vir insluiting.....	98
4.6.6	"SHORT IMAGINAL PROCESSES INVENTORY".....	98
4.6.6.1	Doel en rasionaal.....	98
4.6.6.2	Beskrywing van die skaal.....	99
4.6.6.3	Nasienmetode.....	99

4.6.6.4	Psigometriese eienskappe	99
4.6.6.6	Rede vir insluiting	100
4.7	STATISTIESE TEGNIEKE.....	100
4.7.1	PARAMETRIESE STATISTIEK	100
4.7.1.1	VERSKILLE BINNE GROEPE.....	100
4.7.1.2	VERSKILLE TUSSEN GROEPE.....	102
4.7.1.3	PRAKTIESE BETEKENISVOLHEID.....	103
4.7.1.4	KRITERIA GEBRUIK IN DIE STUDIE	104
4.7.2	NIE-PARAMETRIESE STATISTIEK.....	105
4.8	HIPOTESEFORMULERING.....	106
4.8.1	HIPOTESEFORMULERING T.O.V. VERSKILLE BINNE GROEPE.....	107
4.8.2	FORMULERING VAN HIPOTESSES T.O.V. VERSKILLE TUSSEN GROEPE	108

HOOFSTUK 5: BESPREKING VAN DIE RESULTATE

5.1	INLEIDING.....	110
5.2	VERSKILLE BINNE GROEPE.....	110
5.2.1	GEWIGSVERLIES.....	110
5.2.2	LIGGAAMSPERSEPSIE.....	112
5.2.3	LIGGAAMSKATEKSE.....	113
5.2.4	LIGGAAMSBEELDVERSTEURING	114
5.2.5	SELFKONSEP.....	116
5.2.6	INNERLIKE ERVARING (STYLKENMERKE VAN NIE-GERIGTE DENKE, DAGDROME EN FANTASJETENDENSE)	118
5.3	VERSKILLE TUSSEN GROEPE.....	119
5.3.1	GEWIGSVERLIES.....	119
5.3.2	LIGGAAMSPERSEPSIE.....	122
5.3.3	LIGGAAMSKATEKSE.....	123
5.3.4	LIGGAAMSBEELDVERSTEURING	124
5.3.5	SELFKONSEP.....	125

5.3.6	INNERLIKE ERVARING	126
5.4	RESULTATE VAN DIE NIE-PARAMETRIESE STATISTIEK (MENSGIFUURTEKENTEGNIEK).....	127
5.4.1	VERSKILLE BINNE EN TUSSEN GROEPE	127
5.4.2	GEBEURLIKHEIDSTABELLE	127
5.5	EVALUERING VAN DIE NULHIPOTEESES.....	133
5.5.1	EVALUERING VAN DIE NULHIPOTEESES BINNE DIE GROEPE	133
5.5.1.1	Evaluering van nulhipotese 1 (Gewig).....	133
5.5.1.2	Evaluering van nulhipotese 2 (Liggaamskatekse)	133
5.5.1.3	Evaluering van nulhipotese 3 (Selfbeeld)	133
5.5.2	EVALUERING VAN DIE NULHIPOTEESES TUSSEN DIE GROEPE.....	134
5.5.2.1	Evaluering van nulhipotese 1 (Gewig).....	134
5.5.2.2	Evaluering van nulhipotese 2 (Liggaamskatekse)	134
5.5.2.3	Evaluering van nulhipotese 3 (Selfbeeld)	134
5.6	SAMEVATTING.....	134

HOOFSTUK 6: GEVOLGTREKKING EN SLOT

6.1	ORIËNTERING	136
6.2	GEVOLGTREKKINGS VANUIT DIE LITERATUUR OOR GERIGTE BEELDING	136
6.3	GEVOLGTREKKINGS VANUIT DIE LITERATUUR OOR OBESITEIT.....	137
6.4	GEVOLGTREKKINGS VANUIT DIE LITERATUUR OOR GEWIGSVERMINDERINGSPROGRAMME	139
6.5	SAMEVATTING VAN DIE TOETSRESULTATE EN GEVOLGTREKKINGS	140
6.6	LEEMTES VAN DIE STUDIE EN AANBEVELINGS.....	143
6.7	SLOTGEDAGTE.....	144

BYLAAG A: GERIGTE BEELDINGSPROGRAM	145
---	-----

BRONNELYS	170
------------------------	-----

LYS VAN TABELLE

TABEL 1: RESULTATE VAN DIE GEPAARDE T-TOETS VIR VERSKILLE BINNE GROEPE TEN OPSIGTE VAN GEWIG AS VERANDERLIKE	110
TABEL 2: RESULTATE VAN DIE GEPAARDE T-TOETS VIR VERSKILLE BINNE GROEPE TEN OPSIGTE VAN LIGGAAMSPERSEPSIE AS VERANDERLIKE	112
TABEL 3: RESULTATE VAN DIE GEPAARDE T-TOETS VIR VERSKILLE BINNE GROEPE TEN OPSIGTE VAN LIGGAAMSKATEKSE AS VERANDERLIKE	113
TABEL 4: RESULTATE VAN DIE GEPAARDE T-TOETS VIR VERSKILLE BINNE GROEPE TEN OPSIGTE VAN KLEDING, VERMYDING VAN SOSIALE AKTIWITEITE, INPERKING VAN EET EN AANDAG AAN VOORKOMS AS VERANDERLIKES.....	115
TABEL 5: RESULTATE VAN DIE GEPAARDE T-TOETS VIR VERSKILLE BINNE GROEPE TEN OPSIGTE VAN SELFKONSEP.....	116
TABEL 6: RESULTATE VAN DIE GEPAARDE T-TOETS VIR VERSKILLE BINNE GROEPE TEN OPSIGTE VAN POSITIEWE, KONSTRUKTIEWE DAGDROME, SKULD EN VREES VIR MISLUKKING EN SWAK AANDAGBEHEER AS VERANDERLIKES.....	118
TABEL 7: RESULTATE VAN DIE VARIANSIE-ANALISE (TUKEY SE METODE VAN PAARSGEWYSE VERGELYKING) VIR VERSKILLE TUSSEN GROEPE TEN OPSIGTE VAN GEWIG AS VERANDERLIKE	119

TABEL 8: RESULTATE VAN DIE VARIANSIE-ANALISE (TUKEY SE METODE VAN PAARSGEWYSE VERGELYKING) VIR VERSKILLE TUSSEN GROEPE TEN OPSIGTE VAN LIGGAAMSPERSEPSIE AS VERANDERLIKE.....	122
TABEL 9: RESULTATE VAN DIE VARIANSIE-ANALISE (TUKEY SE METODE VAN PAARSGEWYSE VERGELYKING) VIR VERSKILLE TUSSEN GROEPE TEN OPSIGTE VAN LIGGAAMKATEKSE.....	123
TABEL 10: RESULTATE VAN DIE VARIANSIE-ANALISE (TUKEY SE METODE VAN PAARSGEWYSE VERGELYKING) VIR VERSKILLE TUSSEN GROEPE TEN OPSIGTE VAN KLEDING, VERMYDING VAN SOSIALE AKTIWITEITE, INPERKING VAN EET EN AANDAG AAN VOORKOMS AS VERANDERLIKES.....	124
TABEL 11: RESULTATE VAN DIE VARIANSIE-ANALISE (TUKEY SE METODE VAN PAARSGEWYSE VERGELYKING) VIR VERSKILLE TUSSEN GROEPE TEN OPSIGTE VAN SELFKONSEP	125
TABEL 12: RESULTATE VAN DIE VARIANSIE-ANALISE (TUKEY SE METODE VAN PAARSGEWYSE VERGELYKING) VIR VERSKILLE TUSSEN GROEPE TEN OPSIGTE VAN POSITIEWE KONSTRUKTIEWE DAGDROME, SKULD EN VREES VIR MISLUKKING EN SWAK AANDAGBEHEER AS VERANDERLIKES.....	126
TABEL 13-29: GEBEURLIKHEIDSTABELLE.....	127
TABEL 30: OPSOMMING VAN RESULTATE	132

HOOFSTUK 1

INLEIDING

1.1 PROBLEEMSTELLING

Oorgewig bly 'n probleem in ons samelewing: Seim & Fiola (1990) se studie het aangetoon dat 68% vrouens maandeliks of 'n paar keer per jaar dieet. Miljoene rande word jaarliks aan verslanking bestee: in 1992 is R29 193 000 se verslankingsmiddels en eetlusdempers in Suid-Afrika verkoop (Serfontein, 1993). Die afgelope 18 jaar het meer as een miljoen mense by 'n bekende verslankingsklub aangesluit.

Dit is 'n bekende feit dat oorgewig talle gesondheidsrisiko's inhou. Obesiteit dra by tot, en vererger tipe 2-diabetes, galstene, hipertensie, hartaanvalle en kanker (veral kanker van die bors, uterus en kolon). Daarbenewens verhoog die obese persoon se sterfterisiko dramaties: mense wat 30% tot 40% oorgewig is, se premature sterfterisiko is 50% groter. Dit is 90% groter vir diegene wat meer as 40% oorgewig is (Mahan & Arlin, 1992).

Daarbenewens het obesiteit en oorgewig ook sielkundige en sosiale gevolge. Obesiteit word gestigmatiseer. Verskeie studies het aangetoon dat daar negatiewe eienskappe aan oorgewig persone toegeskryf word en dat daar teen hulle gediskrimineer word, onder andere ook op werksgebied (Rodin, Silberstein & Striegelmoore, 1984 en Young & Powell, 1985). Hierdie stigmatisering beïnvloed selfbeeld, sosiale identiteit en kan as gevolg daarvan die geestesgesondheid van die obese persoon beïnvloed (Young & Powell, 1985). Depressie kom ook dikwels by obese persone voor (Rodin, Silberstein & Striegelmoore, 1984 en Raijmakers, 1991).

'n Versteurde liggaamsbeeld is 'n uiters belangrike faktor by obesiteit, soos aangetoon deur talle studies, onder andere Slade, Dewey, Newton & Brodie (1990) en Kreitler & Chemerinski (1990).

Die RC-faktor ("resistance to change"-faktor) speel 'n belangrike rol - 'n persoon voel tuis in sy liggaamsbeeld. Sule, Kubiszyn & Jako (1991) het in hulle studie met 97 persone aangetoon dat die enigste suksesvolle gewigsverlies verband gehou het met die verandering van liggaamsbeeld. Gerigte beelding kan aangewend word as metode om hierdie gemaklike ou liggaamsbeeld te verander.

Tans is gewigsvermindingsprogramme wat die fisiese, biologiese en dieetkundige aspekte aanbetref ver ontwikkel en verfyn. Selfs die interpersoonlike perspektief het in resente jare baie aandag gekry. Vir 'n gebalanseerde, holistiese benadering moet die psigologiese aspekte nog verder ontwikkel word. Sule, Kubiszyn & Jako (1991) beklemtoon die feit dat 'n gewigsvermindingsprogram aandag moet gee aan die hele persoon - liggaam en psige. Die afgelope paar jaar is daar 'n hernude besef van die interverweefdheid van liggaam en psige. Hierdie aspek word beklemtoon deur die werk wat die Simontons met kankerpatiënte gedoen het (Goff & Torrance, 1991), en die totstandkoming van 'n relatief nuwe wetenskap, psigoneuro-immunologie.

Gerigte beelding is volgens Goff & Torrance (1991) 'n metode waardeur soma en psige kommunikeer. Gerigte beelding as deel van 'n gewigsvermindingsprogram kan 'n bydra lewer om hierdie tot nog toe afgeskepte aspek van gewigsvermindingsprogramme aan te spreek.

Gewigsverlies behels die effektiewe aanleer van 'n nuwe gedragstyl. Gerigte beelding is 'n tegniek wat potensiaal toon in die leerproses, maar as tegniek vir nuwe eetgewoontes is dit nog nooit vantevore getoets nie.

'n Holistiese benadering, die verandering van liggaamsbeeld en die aanleer van nuwe eetgewoontes, is belangrike aspekte vir suksesvolle gewigsverlies. Dit blyk dat gerigte beelding in hierdie opsig potensiaal toon om 'n bydra te lewer. Daarbenewens word gerigte beelding ook in die volgende gevalle gebruik:

- * Gerigte beelding kan volgens Overholser (1991) die kliënt groter selfbeheer gee. Obese persone se gebrek aan selfbeheer lê veral by hulle eetgewoontes.

- * Gerigte beelding word algemeen deur sportlui gebruik as deel van die inoefening van vaardighede. Die rasionaal hiervan lê in die brein se onvermoë om te onderskei tussen 'n helder denkervaring en die werklike fisiese ervaring (Goff & Torrance, 1991 en Grové, 1991). Die geleentheid wat gerigte beelding die obese persoon bied om te oefen om swak eetgewoontes af te lê en met beter eetgewoontes te vervang, kan 'n belangrike rol speel.
- * Beelding kan gebruik word om 'n persoon te motiveer, asook om positiewe toekomsbeelde te skep. Sielkundiges soos Erikson en Lewin het die belangrikheid van toekomsbeelde en die positiewe aspekte van selfvervullende profesieë erken (Goff & Torrance, 1991).

Die navorsingsvraag is dus om te bepaal in hoe 'n mate gerigte beelding kan bydra tot effektiewe gewigsverlies, die positiewe verandering van liggaamskatekse en die verbetering van selfbeeld.

1.2 DOELSTELLING

1.2.1 ALGEMENE DOELSTELLING

Die doel van hierdie ondersoek is om die rol van gerigte beelding by gewigsverlies, liggaamskatekse en selfbeeld te bepaal.

1.2.2 SPESIFIEKE DOELSTELLINGS

- * Om die rol van gerigte beelding by effektiewe gewigsverlies te bepaal.
- * Om die rol van gerigte beelding by liggaamspersepsie te bepaal.
- * Om die rol van gerigte beelding by liggaamskatekse te bepaal.
- * Om die rol van gerigte beelding by liggaamsbeeldversteuring te bepaal.
- * Om die rol van gerigte beelding by selfbeeld te bepaal.

- * Om die rol van gerigte beelding by innerlike ervaring (dagdroom- en fantasietendense en stylkenmerke van nie-gerigte denke) te bepaal.

1.2.3 NULHIPOTESE

Die nulhipotese (Ho) word soos volg gestel:

Gewigsverlies, liggaamskatekse en selfbeeld van 'n groep wat slegs 'n dieet volg, 'n groep wat slegs 'n gerigte beeldingsprogram volg en 'n groep wat beide doen, toon geen verskille nie.

1.3 VOORUITSKOUING

Die skripsie word in ses hoofstukke aangebied. In hoofstuk 1 word die probleemstelling, doelstelling en 'n vooruitskouing gegee. Die literatuurstudie word in hoofstuk 2 en 3 gedek. In hoofstuk 2 word gerigte beelding, en in hoofstuk 3 obesiteit en oorgewig bespreek. Hoofstuk 4 handel oor die metode van ondersoek, met verwysing na die navorsingsontwerp, meetinstrumente, navorsingsprosedure, statistiese verwerking en hipoteseformulering. Die resultate vir verskille binne groepe en verskille tussen groepe word in hoofstuk 5 bespreek. In hoofstuk 6 word die gevolgtrekkings waartoe gekom is, asook leemtes van die studie bespreek en aanbevelings gemaak. Die gerigte beeldingsprogram wat in die studie gevolg is, is in bylaag A vervat.

HOOFSTUK 2

GERIGTE BEELDING

2.1 ORIËNTERING

In hierdie hoofstuk word gerigte beelding bespreek. Begrippe word omskryf en die geskiedenis van die studie van gerigte beelding word kortliks weergegee. Verder word teoretiese perspektiewe met betrekking tot gerigte beelding, die huidige gebruike daarvan, empiriese bevindings daaroor en implikasies daarvan bespreek.

2.2 INLEIDING

Beelding as konstruksie het nog altyd 'n fundamentele rol gespeel in die psigologie as dissipline. Dit is 'n funksie wat op die ontmoetingspunt van psige, brein en gedrag lê; dit bemiddel en integreer persepsie, kognisie, aksie en affek, aldus Hampson, Marks & Richardson (1990).

Denis & Carfantan (1990:216) skryf die volgende: "Mental life is peopled with images..." en dit gebeur nie net in drome en geheue nie, maar ook in baie vorms van denke en redenering. Volgens hulle was die studie van gedagtebeelde vroeg in hierdie eeu sentraal aan die psigologie. Namate beelding later kontroversieel geword het, was die algemene neiging om alle studie van psigiese fenomene te verwerp en in die plek daarvan op gedrag te fokus, aangesien dit die enigste objektief waarneembare aspek van menslike aktiwiteit is. Oor die laaste dekade is daar egter proefnemings uitgevoer wat indirekte waarneming van gedagtebeelde moontlik maak. Twee hoof oriëntasies het in navorsing ontwikkel. Die eerste was gemoeid met die funksie van beelding in menslike denkprosesse en die tweede meer met die aard en interne organisasie van gedagtebeelde.

Volgens Witmer & Young (1985, soos aangehaal deur Chapin, 1989) het die menslike verbeeldingskapasiteit die potensiaal om beter aangepaste gedrag, beter hantering van stres,

kreatiewer probleemoplossing en die uitbreiding van menslike prestasie teweeg te bring. Brink (1989) noem dat beelding erken is as 'n kanaal waardeur emosionele en gedragsverandering kan plaasvind.

Volgens Shone (1984) het mense egter verleer om hulle verbeelding te gebruik en het hierdie vaardigheid dus verminder. Dit is volgens hom 'n natuurlike eienskap van die senustelsel en kan gevolglik weer aangeleer word.

Die gebruik van beelding in die helpende professies ondergaan volgens Chapin (1989) 'n opwindende hergeboorte. Beelding word toegepas in die veld van verpleging, sport, prestasie, onderrig, medisyne en psigoterapie.

2.3 BEGRIPSOMSKRYWING

■ Beelding

Beelding speel 'n belangrike rol in menslike kognisie. Vir die meeste mense beteken 'n gedagtebeeld 'n prentjie in die kop, dus iets verwant aan sien, hoewel eerder met die "geestesoog" as werklik (Millar, 1990). Om met die "geestesoog te sien" funksioneer nie dieselfde as persepsie nie. Die term "beelding" se onmiddellike assosiasie is met visie, en minder algemeen met ander modaliteite. Millar (1990) is dus van mening dat beelding uit modaliteit-spesifieke inligting bestaan om objekte, situasies en gebeure te simboliseer. Vir haar is die belangrike implikasie hiervan, dat beelding soos ander simboliese vaardighede verkry kan word.

Marks (1990) definieer beelding as skematiese aktivering in die afwesigheid van owerste aksies en fisiese objekte.

Kreatiewe visualisering, soos gekonseptualiseer deur Shone (1984) is 'n subjektiewe ervaring wat gebruik maak van beelding en die verbeelding.

Singer (1974) se definisie van beelding is meer omvattend. Hy omskryf beelding as een van verskeie koderingsisteme wat die brein het om via spesifieke sensoriese modaliteite ervaring te organiseer en te stoor. Parallele prosessering is een van die spesiale eienskappe van beelding. Dit kan ook helder voortgaande herbelewenisse van vorige gebeure verskaf. Dit wek waarskynlik meer affek op as die verbale koderingstelsel.

Daar is begrippe wat verwant is aan beelding en waarvan aspekte met beelding oorvleuel. Daar gaan vervolgens onderskei word tussen verbeelding, dagdrome, drome, hipnose, visualisering en beelding.

■ Verbeelding

Verbeelding is die verstandsvermoë om beelde of konsepte van eksterne objekte te vorm wat nie in die sintuie teenwoordig is nie. Shorr (1972, soos aangehaal deur Singer, 1974:121) meen: "imagination lies at the kernel of our consciousness...". Dit is ook nou verbind met dagdroom en fantasie.

■ Fantasie

Fantasie is die vermoë om beelde te skep, dit wil sê verbeeldingskrag (Shone, 1984). Plug *et al.* (1988) definieer fantasie as skeppende en produktiewe verbeelding, gewoonlik aangenaam van aard, soos wat dit veral in dagdrome na vore kom.

■ Dagdroom

Dagdroom is die handeling van oorgee aan fantasie of mymering terwyl 'n mens wakker is en word gekenmerk deur wensvervulling. Die uiting van die wense is nie verdraai of verbloem nie (Plug *et al.*, 1988).

■ Drome

Drome kan gedefinieer word as 'n reeks hallusinerende ervarings met 'n sekere graad van samehang, maar dikwels deurmekaar en bisar. Dit vind plaas gedurende 'n toestand van slaap. Dit kom hoofsaaklik tydens REM-slaap voor. Shone (1984) beskryf dit in eenvoudige taal as

beelde in die gedagte wat gedurende die ure van slaap ondervind word. Drome is uiteraard oor die algemeen nie deel van ons bewuste nie, maar behoort tot die onbewuste.

■ **Hipnose**

Hipnose word in Plug *et al.* (1988) beskryf as 'n gewysigde bewussynstoestand wat verskil van die wakker toestand ten opsigte van subjektiewe gewaarwordinge en psigologiese funksionering in die volgende opsigte:

- * vinnige rapport vind plaas en daar is verhoogde vatbaarheid vir suggestie;
- * die gehipnotiseerde persoon se persepsie is selektief en onderhewig aan die eise van die hipnotiseur;
- * daar is intense en verbeeldingryke meelewing in fantasie;
- * die gehipnotiseerde verloor inisiatief om onafhanklik te handel;
- * die gehipnotiseerde is verdraagsaam vir verdraaiings van die werklikheid;
- * emosionele en fisiologiese response op pyn kan drasties verminder word; en
- * amnesie kan ontwikkel vir ervarings en gebeure tydens die hipnotiese toestand.

Overholser (1991) maak die stelling dat alhoewel gerigte beelding 'n onderskeibare psigologiese prosedure is, dit met sommige vorme van hipnose ooreenstem. Beelding is 'n belangrike element van tradisionele hipnose en self-hipnose. Beelding verskil van hipnose in verskeie opsigte, waarvan die belangrikste die volgende is: die vlak van gewysigde bewussynstoestand verskil, die persoon behou sy onafhanklikheid, en amnesie kom nie voor nie.

■ **Visualisering**

Die terme visualisering en beelding word soms (veral in leke taal) as sinonieme gebruik. Visualisering is visuele beelding, terwyl die term beelding daarop dui dat ander modaliteite ook ingesluit word.

■ Gerigte Beelding

Vir die doeleindes van hierdie studie word die term gerigte beelding gebruik. Dit is 'n tegniek waar die kliënt in 'n ontspanne toestand sy verbeelding gebruik om te droom volgens sekere aanwysings. Die droom word dus gefokus, meestal om 'n spesifieke doelwit te bereik. In gerigte beelding word al die sinuiglike modaliteite betrek: visueel, auditief, kinesteties, olfaktories en smaak. Die term beelding word gebruik waar bogenoemde prosesse nie deur aanwysings van 'n terapeut gerig word nie, maar waar die prosesse spontaan plaasvind.

2.4 DIE GESKIEDENIS VAN DIE STUDIE VAN BEELDING

Formele studie van beelding het nie begin voor laat in die negentiende eeu nie, hoewel Hume in 1912 'n onderskeid gemaak het tussen die konsepte "impressions" (waarby hy sensasies en emosies bedoel het) en "faint images" (wat volgens hom denke en redenering kenmerk) (Singer, 1974:24).

Freud en die psigoanaliste het die belangrikheid van innerlike ervaring sterk beklemtoon. Fantasie is egter suiwer bestudeer ter wille van die inhoud daarvan en as 'n manifestasie van konflik en verdediging. Vir Jung was beelding die toegang tot integrasie van die persoonlikheid (Wise, 1981). Hy het 'n tegniek gebruik wat hy aktiewe verbeelding genoem het. Dit het behels dat die kliënt in 'n terapiessessie sy droom oordroom.

Min aandag is deur die psigoanaliste gegee aan die studie van die formele eienskappe van beelding en fantasie, ten spyte van hulle groot bydrae tot die teorie van die sielkunde van die droomprosesse. Vanweë die beperkings van hulle kliniese metodes het hulle werk egter nie sistematies bygedra tot die wetenskaplike kennis van beelde en fantasieë nie.

Twee pioniers in die ontwikkeling van beeldingstegnieke was Binet en Schultz. Hulle werk het uiteindelik gelei tot redelik spesifieke eienskappe van beeldingstegnieke. Binet het in 1922 'n reeks studies gedoen wat as basis gedien het van sy analise van beelding. Sy benadering het 'n beskrywing van 'n tegniek ingesluit wat van die proefpersoon vra om beelding met toe oë te

genereer. Sy tegniek was 'n voorloper van baie latere tegnieke. Schultz se werk het 'n benadering tot selfkontrole en spierontspanning behels wat uiteindelik gelei het tot 'n tegniek vir die gebruik van relatief gefikseerde beelding as 'n metode vir selfkontrole. In baie opsigte kan Schultz beskou word as die skepper van bioterugvoer. Sy werk word ook gereflekteer in die progressiewe ontspanningsmetodes van Jacobsen en Wolpe. Schultz se tegnieke is ook spesifiek van belang vir die fase van die proses waarin spesiale aandag gegee word aan versigtige generering van beelding gerig deur die terapeut (Singer, 1974).

Desoille (1938, 1945, 1961 en 1966, soos aangehaal deur Singer, 1974) se werk en ontwikkeling van wat hy die "waking dream" noem, was tot 'n groot mate die voorloper van baie beeldingstegnieke wat vandag gebruik word. Sy werk het ook gelei tot aktiewe navorsing in hierdie veld deur Leuner in Duitsland en Virel en Frétigny in Frankryk (Singer, 1974). Leuner het die tegniek van gerigte affektiewe beelding ontwikkel en dit het weer aanleiding gegee tot formele navorsing op die terrein.

Die studie van die mens se gedagtebeelde en fantasieprosesse is vir byna 50 jaar in hierdie eeu geïgnoreer as gevolg van die klem op behaviorisme (Singer, 1974 en Shorr, 1983).

Singer (1974) stel dit as eienaardige ironie dat die wetenskaplike bestudering van beelding en fantasie as fundamentele menslike prosesse, juis herontdek is en grootliks as gevolg van die invloed van die behavioriste sedert 1960 gevorder het.

Op die veld van die psigoterapie het die grootste invloed vir die gebruik van beelding in gedragsmodifikasie en die leerproses gekom van die werk van Wolpe (1958, soos aangehaal deur Singer, 1974). 'n Kritiese eienskap vir baie gedragsmodifikasietegnieke is die vertrouwe op beelding wat deur die pasiënt gegenereer word. Dit het behavioriste gedwing om die mens se innerlike ervarings terug te bring na die gebied van die wetenskap.

Hebb (1949, soos aangehaal deur Singer, 1974) se poging om gedrag te sistematiseer in verhouding tot moontlike neurale organisasie van die brein, het gelei tot uitgebreide studies van sensoriese deprivasie. Die gevolg hiervan was dat sielkundiges toenemend begin besef het wat

binne die mens aangaan, terwyl die impak van eksterne stimuli uit die omgewing drasties verminder word.

Singer (1974:12) bespreek die wye psigoterapeutiese gebruik van beelding in die psigologie, in wat hy 'n "Tower of Babel effect" noem. Hy gee 'n tabel van die spektrum en sistematiseer die verskillende gebruike in 'n "left wing", "center" en "right wing" groep. Elkeen van hierdie groepe word ook verder gesistematiseer. Hy toon daarmee ook die kompleksiteit van beelding aan en die noodigheid van 'n soort integrasie en vestiging van die basiese beginsels van beelding. Hy wys ook daardeur die veelvuldige moontlikhede wat tans geëksploreer word, sowel as die dilemma waarin die sielkundige hom bevind om sin te maak uit hierdie veld. Hy stel dit dat hoewel openheid en eksplorering nodig is, dit uiters belangrik is dat beoefenaars van 'n gedragswetenskap nie net hulle beperkings moet besef nie. Hulle moet ook 'n aktiewe rol speel in die vind van 'n gemeenskaplike taal en sisteem wat ten minste aan sommige redelike kriteria van die wetenskaplike metode voldoen.

Singer (1974) lewer dus hier 'n baie belangrike bydrae tot die studie van beelding en maak inderwaarheid sin uit hierdie Babelse verwarring. Hy lewer ook 'n bydrae deur die stand van navorsing in beelding in die psigologie, in jukstaposisie te plaas met die toegepaste aspekte van beelding in die psigoterapeutiese proses. Daar is volgens hom 'n te groot gaping tussen die praktykbeoefenaars en navorsingsbevindings in hierdie veld. Hy lewer ook 'n bydrae deur 'n meer sistematiese benadering tot die toepassing van beelding op gedragsverandering deur selfbegrip te formuleer.

Singer het waarskynlik die weg gebaan vir die hernude belangstelling in beelding. In 1983 skryf Shorr in die voorwoord van sy boek dat kennis omtrent beelding en werkswinkels daarvoor viervoudig verdubbel het in die voorafgaande vyf jaar. Shorr het self ook 'n belangrike bydrae gelewer, veral wat die ontwikkeling van toetse op die gebied betref (byvoorbeeld die "Shorr Imagery Test", "Group Shorr Imagery Test" en "Shorr Parental Imagery Test") en die gebruik van beelding in terapie. Verbonde aan die "Institute for Psycho-Imagination Therapy", het hy 'n

groot rol gespeel in die organisering van die eerste jaarlikse konferensie van die "American Association for the Study of Mental Imagery" in 1979 (Shorr, 1983).

Segal (1971) maak weer melding van die belangrike bydra wat Ulrich Neisser tot hierdie herlewing van die belangstelling in interne prosesse gelewer het. Neisser het met sy boek "Cognitive Psychology" (1967, soos aangehaal deur Segal, 1971) die weg gebaan en by die eerste konferensie van die City Universiteit se Sentrum vir Navorsing in Kognisie en Affek, beelding as onderwerp bespreek. Dit het daartoe gelei dat navorsing oor hierdie onderwerp toegeneem het en die sentrum se derde konferensie aan beelding as navorsingsonderwerp gewy is.

2.5 TEORETIESE PERSPEKTIEWE MET BETREKKING TOT BEELDING

2.5.1 DIE VERHOUDING TUSSEN BEELDING, PSIGE EN LIGGAAM

Dat daar 'n intieme verband tussen liggaam en psige bestaan, word in 'n toenemende mate aanvaar. Hierdie intieme verhouding tussen liggaam en psige het baie gevolge vir individuele gesondheid. Beelding is skynbaar 'n belangrike middelaar of tussenganger van baie liggaam-psige-gebeurlikhede wat met gesondheid verband hou (Marks, 1990; Grové, 1991; Wells, 1992 en Goff & Torrance, 1991).

Marks (1990) bespreek 'n studie van Baird (1984) in dié verband. In 'n ondersoek na die nood en lyding van kankerpatiënte, is 'n betekenisvolle korrelasie gevind tussen pasiënte se telling op die "Creative Imagination Scale" van Wilson & Barber (1978) en hulle vlak van nood. Dié wat die meeste simptome gehad het, het hoër verbeeldingtelings gehad. 'n Helder verbeelding is volgens Marks (1990) 'n tweesnydende swaard wat in sommige aspekte tot voordeel is en in ander tot nadeel. Die potensiele rol van beelding in die mediasie van die immuniteitsrespons wat sensitief is vir stres, depressie en angs, is tans van besondere belang. Dit het onder andere implikasies vir die sielkundige hantering van vigsverwante siektes en ander virussiektes.

Volgens Ornstein & Sobel (1987, soos aangehaal deur Goff & Torrance, 1991) sorg die brein vir die liggaam in terme van die funksionering van interne organe, die veiligheid en stabiliteit van die individu en die instandhouding van gesondheid. 'n Voorbeeld hiervan is die plasebo-effek. Persone wat plasebo's gebruik het terwyl hulle geglo het dat dit genesend is, het dikwels 'n verlaging in pyn, naarheid, angs en selfs kwaadaardige selle gehad (Achterberg, 1985, soos aangehaal deur Goff & Torrance, 1991). Daar was selfs 'n verandering in hulle biochemie. Dit beklemtoon die belangrikheid van die individu se selfgenesende meganismes wat geaktiveer word deur verandering van beelding en verwagtinge in verband met gesondheid (Goff & Torrance, 1991; Grové, 1991 en Wells 1992).

Die resultaat van navorsing in die rol van beelding en die psige, en die effek daarvan op die gesondheid van die individu, het aanleiding gegee tot die totstandkoming van 'n relatief nuwe wetenskap, naamlik psigoneuro-immunologie. Locke & Horning-Rohan (1983, soos aangehaal deur Goff & Torrance, 1991) het meer as 1300 wetenskaplike artikels aangeteken wat tussen 1976 en 1982 geskryf is wat verband hou met die psige se invloed op immuniteit en geassosieerde neuroendokriene bane.

Diespecker (1990) is van mening dat die beeldingsterapieë feitlik onbepaalde potensiaal het. Hy verwys in dié verband na kankerpatiënte wat terminaal siek was en gesond geword het deur beelding addisioneel tot hulle mediese behandeling te gebruik (Pelletier, Simonton, Diespecker en ander). Hy glo dat daar vir te lank aanvaar is, dat heling en genesing eksklusief die verantwoordelikheid van 'n ekspert-buitestaander is, naamlik die dokter of sielkundige. Hy beklemtoon dit dat die suksesvolle gebruik van beelding afhang van die mate waarin die kliënt verantwoordelikheid neem vir sy/haar gesondheid en vir die maak van toepaslike lewenstylkeuses. Dit hang verder af van die mate waarin die kliënt van sy positiewe wilskrag en voorneme om gesond te word gebruik maak. Ernstig siek mense is dikwels kwaad, bitter en onwillig om te erken dat hulle gedeeltelik deelgeneem of saamgespeel het met 'n spesifieke siekte.

Sheikh & Kunzendorf (soos aangehaal deur Marks, 1990) het in hulle literatuuroorsig die effek van beelding in die volgende somatiese veranderlikes gevind: hartslag, elektrodermatiese aktiwiteite, willekeurige spiere, bloedsvloei, bloedchemie en oogeffekte.

Daar is algemene ooreenstemming in die mediese en sielkundige professie dat die psige 'n rol speel in heling (Diespecker, 1990; Goff & Torrance, 1991 en Grové, 1991). Goff & Torrance (1990) meen dat siekte meestal die gevolg is van 'n lang ketting van bydraende faktore: 'n mens se gedrag, gevoelens, stresvlakke, verhoudings, konflik en geloofstelsels dra alles by tot sy vatbaarheid vir siekte. Jaffe (1981, soos aangehaal deur Goff & Torrance, 1991) glo dat 'n mens se krag om siekte te voorkom en te genees baie groter is as wat algemeen besef word.

In aansluiting hierby, suggereer Frank (1961, soos aangehaal deur Picket, 1987) dat die pasiënt se geloof in die dokter se outoriteit die verwagting sneller dat die voorgeskrewe medikasie effektief gaan wees. As gevolg daarvan is dit, selfs al is die medikasie 'n plasebo. Simonton, Matthews-Simonton & Creighton (1981, soos aangehaal deur Picket, 1987) gebruik die afgelope twintig jaar reeds ontspanning en beelding-opleiding in die behandeling van kanker. In vroeëre studies oor die effek van visualisering het Jacobson reeds gedemonstreer dat wanneer 'n proefpersoon in sy verbeelding hardloop, daar meetbare kontraksies plaasvind in die skeletspiere wat geassosieer word met hardloop (Wells, 1992 en Picket, 1987).

'n Interessante studie demonstreer die effektiwiteit van beelding en hipnotiese vlakke van bewustheid om borsgrootte by vrouens te vermeerder. Na bywoning van 'n program oor 'n periode van twaalf weke, was 85% van die proefpersone bewus van 'n beduidende vergroting van hulle borste en 46% se braggrootte het toegeneem (Willard, 1977, soos aangehaal deur Goff & Torrance, 1991).

Verskeie skrywers postuleer dat beelding voordeel trek uit die brein se onvermoë om te onderskei tussen 'n helder psigiese ervaring en 'n werklike fisiese ervaring (Goff & Torrance, 1991; Wells, 1992 en Grové, 1991).

2.5.2 DIE ROL VAN BEELDING IN KOGNISIE

Shone (1984) verduidelik die belangrike rol wat beelding in kognisie speel en kom tot die gevolgtrekking dat 'n mens dikwels onthou deur eers 'n beeld te skep en dus geheue en beelde kombineer. Byvoorbeeld: deur 'n mens se ma in woorde te beskryf, skep 'n mens dikwels eers 'n beeld en beskryf dan die beeld. Mnemotegnieke is juis gerig daarop om beelding aktief in te span om geheue te verbeter (Buzan, 1983 en Grové, 1991). Hoewel die mens ook ouditiewe, kinestetiese, taktiele beelde, ensovoorts het, is die mees algemene beelde visueel.

'n Sterk beeld lei tot 'n emosionele of een of ander liggaamsrespons, onafhanklik daarvan of die beeld oor die realiteit of iets totaal in die verbeelding gaan. Beide het verandering in die liggaam tot gevolg wat verenigbaar is met die beeld. Gedrag word ook daardeur beïnvloed, weereens onafhanklik van die feit of die beeld oor die realiteit, of iets totaal in die verbeelding gaan. Al wat saak maak, is of die beeld sterk is en of die persoon in die beeld glo (Shone, 1984 en Wells, 1992).

Shone (1984) beskryf drome as 'n vorm van denke wat gedurende slaap plaasvind. Hy is van mening dat dit egter 'n vorm van denke is wat kenmerkend van regterbrein-funksionering is. Konsepte en idees word nie oorgedra in woorde en met logiese redenering nie, maar meestal in die vorm van beelde, gewoonlik visuele beelde. Volgens hom gee drome 'n indikasie van hoe die brein inligting proses "in a way 'natural' to its internal workings" (Shone, 1984:27). Hy stel dus voor dat 'n mens hierdie vorm van denke toepas in beelding, meer spesifiek kreatiewe visualisering. Wells (1992) en Grové (1991) stem met hom saam dat 'n persoon 'n groter kans het om sy gedrag, of sy beeld van homself te verander, deur aan sy verstand (die regterbrein of onbewuste) 'n prentjie voor te hou van hoe hy graag wil wees of hoe hy sy gedrag wil hê. Emosie is 'n ander faset van 'n droom wat in beelding ingebou moet word. Al drie genoemde skrywers beklemtoon ook die belangrikheid daarvan dat 'n mens verandering wil hê en moet glo dat dit moontlik is.

Neuro-linguistiese programmering (NLP) stel dit dat die werklikheid, in die indirekte vorm van neurale beelde, in die sentrale senuweestelsel gestoor word. In NLP-terme word ervaring.

neurologiese gereproduseer in die vorm van beelde wat die vyf sintuie verteenwoordig (Yeager, 1985). NLP het 'n sisteem ontwikkel om die kognitiewe prosesse van beeldingsgebeure en die uiterlik waarneembare manifestasies daarvan, te kodeer. Gebaseer op die vyf sintuie, kan alle uiterlike en innerlike gedrag (dus ook beelding) uitgedruk word in kombinasies van [VAKOG]i.e.. Die afkortings word soos volg verklaar: V = visueel, A = ouditief, K = kinesteties (gevoelens), O = olfaktories, G = smaak, i = die innerlike beeldingsgebeure en e = die uiterlik waarneembare effek van die innerlike beeldingsgebeure.

2.5.3 SEREBRALE LOKALISASIE

Daar is kontroversie rondom die neurologiese onderbou van beelding. Daar is twee hoof strominge: skrywers wat glo daar is spesifieke strukture of prosesse in die brein vir beelding en ander skrywers wat van mening is dat beelding eenvoudig bestaan uit die toepassing van algemene kognitiewe strukture (Goldenberg, Podreka & Steiner, 1990).

In die geval van visuele beelding gee bogenoemde aanleiding tot verskillende hipoteses wat die neurologiese onderbou van beelding betref: indien die hipotese van spesifieke strukture aanvaar word, behoort dit anatomies in die areas van die brein te lê wat hoofsaaklik met visuele persepsie te make het. Dit is naamlik die visuele areas in die oksipitale lob, asook die oksipitaal-temporale en oksipitaal-pariëtale verbindings. Indien beelding egter slegs die toepassing van algemene kognitiewe strukture op kennis omtrent die visuele wêreld is, behoort die neurologiese onderbou gelokaliseer te wees in die areas van die brein wat inligting ontvang van verskillende bronne. Dit is dus nie beperk tot prosessering van slegs visuele inligting nie. Volgens hierdie teorie behoort die supramodale assosiasiekorteks dus die waarskynlikste neurologiese substraat van visuele beelding te wees (Goldenberg *et al.*, 1990).

Die tweeledige-koderingsteorie van Paivo (1979 en 1986, soos aangehaal deur Goldenberg *et al.*, 1990) aanvaar dat daar twee simboliese stelsels is, een verantwoordelik vir verbale en die ander vir nie-verbale inligting-prosessering. Visuele beelding is volgens hierdie teorie die domein van die nie-verbale stelsel. Daar word algemeen aanvaar dat die regter-hemisfeer dominant is vir

visuele beelding (Paivo, 1979; Denis, 1979 en Levy, 1983, soos aangehaal deur Goldenberg *et al.*, 1990) alhoewel empiriese bevindings wat dit steun skaars en twyfelagtig is (Ehrlichman & Barrett, 1983, soos aangehaal deur Goldenberg *et al.*, 1990). Goldenberg *et al.* (1990) het hierdie hipotese getoets deur middel van drie serebrale bloedvloei-eksperimente waarin hulle gebruik gemaak het van enkel-foton-uitsending-rekenaartomografie (SPECT). Hulle resultate dui daarop dat visuele beelding 'n hele funksionele stelsel aktiveer, waarvan die presiese grense van taak tot taak verander. Geen enkele area was konstant geaktiveer gedurende alle beeldingstoestande nie. Die linker, ondergeskikte oksipitale area speel skynbaar 'n buitengewone rol in die stelsel. Dit werk volgens Goldenberg *et al.* (1990) waarskynlik slegs in verbinding met die supramodale assosiasiekorteks en waarskynlik ook die limbiese sisteem. Hulle lig egter nie toe na watter deel hulle verwys met die term supramodale assosiasiekorteks nie - 'n term wat nie elders in die literatuur voorkom nie.

Hulle navorsing dui ook daarop dat visuele beelding 'n onderskeibare metode van kognitiewe prosessering behels en dus ook 'n spesifieke patroon van serebrale aktivering. Verdere navorsing is egter nodig om meer lig op hierdie saak te werp.

'n Ander siening is dié van Oyle (1976, soos aangehaal deur Chapin, 1989). Hy postuleer dat beelding neurologies 'n proses is waardeur die twee biljoen breinselle wat gebruik word vir spraak en rasonale denke met die elf biljoen ander selle wat gemoeid is met oorlewing en aanpassing, kommunikeer. Volgens hom vind genesing plaas wanneer die bewuste en onbewuste in interaksie is.

Marks (1990:4) is van mening dat beelding gegenereer word deur 'n "top-down" proses (boodskap van die brein). In die meeste gevalle geskied beelding in die afwesigheid van veranderende sensoriese input en dus is "bottom-up" prosesse (boodskap na die brein) nie ter sake nie. Dit kom dus daarop neer dat beelding 'n proses is wat in die brein begin en van daar af gaan die boodskap na verskillende liggaamsdele. Hy en verskeie ander skrywers stel dit dat beelding fisiese gevolge in die liggaam produseer.

Verstandsmodelle is 'n belangrike kategorie van skemata om aktiwiteite, gebeure, objekte, persone, die self, die algemene stand van sake en hulle verskillende interverhoudings te verteenwoordig. Beelde laat bewuste eksplorering van verskillende sienswyses toe. Die kognitiewe wetenskaplike sien beelding as 'n potensieel bruikbare strategie vir geheue of probleemoplossing, terwyl die klinikus dit sien as 'n diagnosties en terapeuties waardevolle prosedure. In albei gevalle word beelde gesien as hulpmiddels tot begrip (Marks, 1990). Verstandsmodelle en beelding het baie belangrike toepassings in opvoeding, letterkunde, wetenskap, kuns en ontwerp. In hierdie areas en kliniese toepassings word die affektiewe en multimodale aard van beelding die duidelikste.

Daar is sekerlik 'n fundamentele ooreenkoms in die neurale meganismes onderliggend aan beelding, leer en ander denkprosesse. Leer verteenwoordig die assosiasie van verskillende sensoriese insette met mekaar, asook met skemata, aktiwiteite en affek. Beelding verteenwoordig die aktiwiteit van neurale netwerke wat geprikkel word deur geassosieerde sensoriese prosesse of skemata.

Denis & Carfantan (1990) meld dat neuropsigologie aangetoon het dat beelding en persepsie gelyksoortige bane in die sensustelsel volg.

Dit is 'n bekende feit dat Einstein deur sy verbeelding te gebruik, verskeie briljante "Gedanken experiments" uitgevoer het. Hy was oortuig dat verbeeldingryke denke 'n mens vry maak van gewoontes en roetines wat geneig is om werklikhede te word, terwyl hulle slegs tydelike nuttigheidswaarde het (Marks, 1990).

2.5.4 BEELDING EN VLAKKE VAN BEWUSTHEID

Daar is min duidelike bewys vir die sogenaamde veranderde vlakke van bewustheid ten spyte van al die beskikbare inligting oor die kompleksiteite van EEG-patrone en geassosieerde outonome en motoriese toestande gedurende slaap. Wat wel bekend is, is dat mense verskillende soort gedagtes, fantasieë en beelding onder verskillende eksperimentele situasies of in verskillende grade van verminderde eksterne stimulasie het (Singer, 1974).

Ander skrywers is egter van mening dat beelding tog eerder plaasvind wanneer 'n persoon in 'n buitengewone bewussynsvlak is en dat daar ooreenkomste tussen beeldende en mediterende toestande is. Hierdie bewussynsvlakke word geassosieer met alpha en theta bringolffrekwensies eerder as met betagolwe. Laasgenoemde word meer geassosieer met realiteit of gewone bewustheid (Diespecker, 1990).

2.5.5 BEELDING EN GEDRAGSVERANDERING

Wanneer wilskrag vir gedragsverandering gebruik word, ontstaan 'n magstryd binne 'n persoon tussen die bewuste probleem en spontane of onbewuste geloofstelsels (Brink, 1989). Volgens (Brink, 1989:189) verskaf die konstruk van die onbewuste of regterbrein-funksionering, "...whether or not this construct exists, or if it exists, how it functions...", twee kragtige hipnotiese suggesties om hierdie magstryd te omseil. Eerstens kan die konstruk van die onbewuste gebruik word om te suggereer dat die krag om te verander binne die persoon lê. Tweedens herdefinieer dit die probleem sonder om hierdie magstryd te skep. Grové (1991:11) sluit hierby aan as sy sê: "Jou verbeelding is sterker as jou wilskrag".

Skeikh & Jordan (1983, soos aangehaal deur Chapin, 1989) bied die volgende rasionaal vir die gebruik van beelding as 'n effektiewe terapeutiese intervensie: dit bied onder andere 'n soortgelyke psigologiese ervaring en is 'n bron vir motivering; dit vermy normale verdedigingsmeganismes, affekteer fisiologiese veranderings en bring verandering, insig en motivering teweeg. Overholser (1991) beklemtoon veral die feit dat dit lei tot beheer oor emosionele beelde en dat wanaangepaste gedrag dan kan verander.

Verskeie skrywers meen dat beelding werk, omdat dit positiewe toekomsbeelde skep. Hierdie positiewe toekomsverwagting laat die persoon dienooreenkomstig optree en dit help dan in werklikheid om die resultate teweeg te bring (Canfield, 1981 en Simonton & Mathews-Simonton, 1984, soos aangehaal deur Goff & Torrance, 1991; Grové, 1991 en Wells, 1992). Dit sluit dus aan by Erikson se selfvervullende profesieë.

2.5.6 BEELDING EN EETVERSTEURINGS

Martin & Williams (1990) meld dat geen direkte eksplorering van beelding in eetversteurings tot dusver uitgevoer is nie. Dit is egter duidelik dat baie anorektikers (en moontlik ook bulimielyers), 'n versteurde liggaamsbeeld het. Daar is nie 'n eenvoudige definisie hiervoor nie, maar dit is al beskryf as die gedagtebeeld wat 'n mens van sy liggaam het.

Anoreksielyers se oorskatting van hulle liggaamsgrootte kan dus geïnterpreteer word as die visuele beeld van hulself wat so duidelik is dat dit nie van die werklikheid onderskei kan word nie. Hoewel Martin & Williams (1990) nie daarvan melding maak nie, is 'n versteurde liggaamsbeeld ook kenmerkend van obesiteit en kan dieselfde gevolgtrekking dus geld. Dit word bespreek in hoofstuk 3 wat handel oor liggaamsbeeldversteuring by obesiteit (onder punt 3.4.2).

2.6 HUIDIGE GEBRUIKE VAN GERIGTE BEELDING

Die toepassing en gebruike van beelding is talryk, byvoorbeeld in psigoterapie, die leerproses en sport.

2.6.1 PSIGOTERAPIE

Beelding word volgens Martin & Williams (1990) wyd gebruik in verskillende skole in die psigoterapie.

■ Psigoanalise

In psigoanalise word dit gebruik om herinneringe uit die verlede wakker te maak. Sodra 'n gebeurtenis of ervaring helder terugkom, word bepaalde probleme hanteer wat in daardie tyd voorgekom het (Martin & Williams, 1990). Dieselfde gebeur in hipnoterapie. 'n Pasiënt word teruggeneem na 'n gebeurtenis uit die verlede deur regressie. Die pasiënt gebruik sy verbeelding, tot die toneel so duidelik is dat hy dit kan herleef. Singer (1974) bespreek 'n aspek van psigoanalise en hipnose in dié verband, naamlik dat die gebruik van 'n rusbank waar die

pasiënt lê, vanweë die liggaamsposisie van die pasiënt en die vermindering van eksterne stimuli, daartoe lei dat beelding verhoog word en dat kliënte makliker geheueinhoud uit hulle kinderdae oproep.

■ Kognitiewe terapie

Daar word baie van beelding gebruik gemaak in kognitiewe terapie. Beck (1985, soos aangehaal deur Martin & Williams, 1990) beskryf die gebruik van beelding om insig te verkry in die presiese aard van 'n angsvreuring. 'n Pasiënt se vrees vir dood kan in sy verbeelding meer spesifiek wees om dood te gaan aan kanker. Terapie kan dus individueel aangepas word. 'n Essensiële kenmerk van kognitiewe terapie is die verandering van die inhoud van kennis, wat gedagtes en beelde insluit. Verskeie tegnieke is ontwikkel:

- * Die afskakeltegniek: die pasiënt word opgelei om outomatiese fantasieë "af te skakel" deur sensoriese input te verhoog, byvoorbeeld deur 'n fluit te blaas, hande te klap, ensovoorts.
- * Herhaling: deur herhaling van die beelding te dwing, word die inhoud van die beelding dikwels spontaan meer realisties en angsvreuring verminder.
- * Tydprojeksie: deur 'n toneel in die toekoms te verbeel wanneer die probleemgebeure reeds verby is, kan die pasiënt homself van die huidige angsvreuring rondom die gebeure distansieer.
- * Simboliese beelding: simbole kan gebruik word om ou beelde te verander. 'n Beeld waarin 'n mens aangeval word, kan verander word deur 'n skild wat jou beskerm in jou verbeelding te sien.
- * Fasilitering van verandering deur geïnduseerde beelde: 'n angsvreuring fantasie kan geleidelik omvorm word tot 'n neutrale of positiewe beeld deur indusering van beelding.
- * Vervanging deur positiewe beelding: die mees vertroostende toneel vir 'n pasiënt word gebeeld in potensieel angsvreuringwekkende situasies.

- * **Vergroting:** die pasiënt word aangemoedig om 'n gevolg erger as sy eie vrese te verbeel, sodat hy perspektief kan kry.
- * **Hanteringsmodelle:** die pasiënt stel hom iemand in sy verbeelding voor wat die gevreesde situasie kan hanteer en dan tree hy ook so op.
- * **Beelding om die bedreiging te verminder:** die gevreesde stimulus word minder dreigend gemaak deur beelding, byvoorbeeld om die eksaminator in 'n tennisrok voor te stel.
- * **Doelwitrepetsisie:** die pasiënt sien 'n nuwe vreesaanjaende situasie en hanteer dit dan deur beelding.

■ **Gerigte affektiewe beelding**

Dit is 'n psigoanalities georiënteerde metode wat ontwikkel is deur Hanscarl Leuner. Die gebruik van beelding in hierdie metode verskil van dié in kognitiewe terapie, in die sin dat onderwerpe van beelding wat gekies word, standaard is en nie 'n onmiddellike verband het met die versteuring of probleem nie. Pasiënte word aangemoedig om te ontspan en hulle verbeelding word gerig deur tien standaardtemas: 'n weiveld, 'n berg, 'n rivierstroom, 'n huis, 'n verhouding, 'n seksuele toneel, 'n wilde dier, ego-ideaal, 'n donker woud en 'n moeras. Elke idee het 'n simboliese betekenis, byvoorbeeld een aspek van die stroompie kan geïnterpreteer word as die uitdrukking van die ontvouing van psigiese energie, die huis as 'n simbool van die persoonlikheid, ensovoorts. Hierdie metode is deels diagnosties, maar word ook terapeuties aangewend deur middel van die volgende tegnieke:

- * **Die introsigiese pasaangeër ("intropsychic pacemaker"):** die metode behels dat daar aan die pasiënt beheer gegee word oor sy eie fantasieë en geassosieerde affek. Hy kan byvoorbeeld gevra word om homself te laat lei deur een van die simboliese figure in sy beelding.
- * **Konfrontasie:** dit is 'n vorm van sistematiese desensitering of implosiewe tegniek. Die terapeut kan byvoorbeeld die kliënt lei om die vreesaanjaende simboliese figuur te

neutraliseer deur in sy oë te staar tot hy in iets anders verander. Die kliënt word deurentyd aktief deur die terapeut ondersteun. Die doel van hierdie metode is om te ontdek wat die betekenis of boodskap van die figuur vir die kliënt is. 'n Suksesvolle konfrontasie lei tot die versterking van die kliënt se ego.

- * Voer: 'n metode waardeur die pasiënt gehelp word om gevreesde monsters wat in sy beelding voorkom te versag.
- * Versoening: hierdie metode kan in kombinasie met konfrontasie en voer gebruik word. Die essensiële doel van die metode is om vriende te maak met vyandige simboliese figure. Dit is 'n metode om introjeksies wat verwerp word deur die psige, te assimileer.
- * Uitput en doodmaak: in die metode word die kliënt deur middel van sy beelding gerig om die simboliese figuur aan te val. Leuner maan dat hierdie metode slegs deur ervare terapeute gebruik behoort te word, aangesien dit deur die pasiënt ervaar kan word as 'n aanval op homself.
- * Die towervloei-stowwe: hierdie metode behels die drink van of baai in towervloei-stowwe. Dit word dikwels gebruik saam met die standaardtema van die rivierstroom. Psigoanalities gesien is dit 'n simbool van die terugkeer na die argaïesiese moeder-kindverhouding en kan dit gesien word as regressie in diens van die ego (Leuner, 1969).

Leuner se tegniek het meer as 30 artikels gegenereer wat versigtige kliniese waarneming insluit. Die verskeidenheid pasiënte wat deur middel van hierdie metode behandel is, is wyd en sluit van minder ernstige tot baie ernstige probleme in. Leuner (1959, soos aangehaal deur Singer, 1974) beskryf ook die toepassing van sy tegnieke met kinders. Hy is van mening dat die tegniek baie dieselfde as speltherapie is, maar veral geskik is vir kinders in hulle vroeë puberteit waar speltherapie nie meer geskik is nie en meer verbaal-georiënteerde terapieë nie effektief is nie. Heelwat navorsing is met Leuner se metode gedoen. Kornardt (1960, soos aangehaal deur

Singer, 1974) het byvoorbeeld 'n positiewe korrelasie gevind met proefpersone se motivering en aspirasies en die hoogte van die berge in die bergklimtoneel in hulle fantasie.

■ Gedragsterapie

* Sistematiese desensitering

Hierdie terapie berus op die aanname dat die verbeelde stimulus tot so 'n mate ooreenkom met die werklike stimulus dat ekwivalente angs geïnduseer word. Die pasiënt word opgelei om te ontspan en dan in sy verbeelding blootgestel aan die eerste vrees op sy hiërargiese lys. Die pasiënt werk hiërargies op tot hy ontspanne kan bly met al die gevreesde stimuli.

Verskeie studies het die verskillende effekte van blootstelling in die verbeelding en in vivo blootstelling met agorafobiese pasiënte vergelyk. Dubbelsinnige bewyse is tot dusver gevind waar sommige studies geen verskil tussen die twee gevind het nie. Ander het weer gevind dat in vivo beter is ten spyte van die feit dat blootstelling in die verbeelding ook effektief is. Foa *et al.*, (1980, soos aangehaal deur Martin & Williams, 1990) meen 'n rede daarvoor is dat die verbeelde toneel moet pas by die pasiënt se eie interne vreesmodel. Hulle het ook twee groepe met mekaar vergelyk: een groep wat blootstelling in die verbeelding plus in vivo blootstelling gekry het. Die ander groep het slegs laasgenoemde blootstelling gekry. Inisiële verbetering en korttermyn opvolgstudies het albei ewe effektief gevind, maar 'n jaar later het die in vivo groep nie herstel volgehou nie en was daar 'n groter terugval. Die gevolgtrekking waartoe hulle gekom het, was dat blootstelling in die verbeelding meer lei tot gewoontevorming en dus beter langtermyngevolge het.

Singer (1974) meld in sy bespreking van die gebruik van beelding in gedragsterapie dat die gedragsterapeute wat so lank die belangrikheid van verbeelding ontken het, tot die gevolgtrekking moes kom dat die doeltreffendste gedragsterapiemetodes essensieel afhanklik is van die produksie van visuele beelding. Daar is verskeie teoretiese verduidelikings waarom beelding beslissend is vir die prosedure. Wilkins (1972, soos aangehaal deur Singer, 1974) meen dat die fobie verdwyn omdat die verbeelde gekondisioneerde stimulus nie opgevolg word

met die ongekondisioneerde stimulus nie. Bandura (1969, soos aangehaal deur Singer, 1974) beklemtoon die feit dat 'n persoon in sy verbeelding bewus word van die afwesigheid van negatiewe versterkings, en ook miskien deur fantasie positiewe versterking vir nie-vermydende gedrag ervaar. Singer (1974) is van mening dat die kliënt bewus word van sy vermoë tot kontrole oor beelding. Dit lei weer tot 'n verhoging van selfsteem en 'n verbetering van sy vermoë om 'n vreeswekkende situasie te konfronteer. Hy sluit daarmee aan by Overholser (1991) wat ook die belangrike effek van selfkontrole beklemtoon. Hy is van mening dat dit lei tot verandering van wanaangepaste gedrag.

* Afkeerbeeldingsmetodes

Volgens hierdie metode word 'n walglike beeld gepaar met 'n gedrag wat vir die pasiënt onaanvaarbaar is, en waarvan hy ontslae wil raak. Die literatuur maak melding van gevallestudies waar die metode suksesvol was, onder andere met homoseksualiteit, obesiteit, rook, kompulsiewe steel en alkoholisme (Cautela, 1966, 1967, 1970; Anant, 1967; Asham & Donner, 1968 en Weiner, 1965, soos aangehaal deur Singer, 1974).

* Kovertte modellering

Cautela (1972, soos aangehaal deur Singer, 1974) se benadering is op die man af. Die voordele van modellering gebaseer op Bandura se navorsing, word aan die kliënt verduidelik. Die kliënt word dan aangemoedig om uitgebreide beelding te ontwikkel wat gebruik kan word om sekere gedrag te verander. In onderhoude met die kliënt word 'n stel tonele gekonstrueer wat vir die kliënt 'n alternatief verskaf vir die spesifieke patroon van gedrag wat vir hom problematies is. Die klem is op oefening van die tonele in die sessie self, maar ook by die huis. Kovertte modellering plaas die klem op die voorstelling van iemand anders wat die gewenste gedrag uitvoer en wie die kliënt kan navolg, eerder as die kliënt self wat dit uitvoer.

■ Gestaltherapie

Gestaltherapie gebruik beelding op verskeie maniere (Singer, 1974). Kliënte word aangemoedig om wilde fantasieë uit te toets en om dit voor die terapeut of 'n groep uit te voer. Dit lei dikwels tot 'n katarsiese loslaat van emosies en gee die kliënt ook geleentheid om verskeie opsies uit te toets en insig te verkry in hoe ander sy gedrag kan beleef.

'n Ander metode is die teenoorgestelde dagdroommetode, 'n vorm van Moreno se rolomruiling. Die kliënt moet 'n toekomstige gebeurtenis met positiewe verwagting verbeel en daarna dieselfde gebeurtenis met vrees. Op dié manier kan die kliënt bewus word van werklike twyfel en kan hy insig verkry in die wyse waarop hy in die situasie kan optree.

In Gestaltherapie word drome nie deur analise hanteer nie, maar deur gebruik te maak van 'n vorm van Jung se aktiewe verbeelding of Moreno se rolspel (Singer, 1974). Die kliënt word aangemoedig om in sy verbeelding te identifiseer met fasette of objekte wat in sy droom voorkom. Dit word 'n aktiewe terapeutiese oefening waarin die kliënt die rol moet neem, of die teenoorgestelde rol moet speel, van die faset of objek.

Perls, die vader van Gestaltherapie, het ook dikwels 'n metode gebruik waarin daar heen en weer geskuif word tussen realiteit en fantasie. Die kliënt stel hom in sy verbeelding 'n plek voor waar hy veilig voel. Hy gaan dan na sy huidige situasie en vergelyk die twee ervarings. Die terapeut fokus op die verskil tussen die twee en die kliënt skuif heen en weer totdat die verskil duidelik is en "hier" net so goed voel soos "daar". Vir Perls was die doel van die gebruik van verbeelding om aan die kliënt opsies te verskaf en hom te help om geleidelik te beweeg na die moontlikhede wat hy gewaag het om te visualiseer (Singer, 1974).

■ Psigosintese en die humanistiese benaderings

Psigosintese is 'n vorm van psigoterapie waarin die klem op rekonstruering van die persoonlikheid lê. Die humanistiese benadering beklemtoon selfverwesenliking en die nastreef van hoër waardes (Plug *et al.*, 1988). Ook in hierdie benaderings word beeldingstegnieke gebruik. Roberto Assagioli (1959, 1965 en 1969, soos aangehaal deur Singer, 1974) is 'n

voorbeeld. Hy beskou dit as noodsaaklik om die beperkings van die self te transendeer en daardeur een van die grootste menslike vermoëns te ervaar - 'n sin van eenheid met die mensheid, sowel as 'n plek in die heelal. Hy het 14 kategorieë van simbole geïdentifiseer, wat volgens hom die mens se transpersoonlike ervarings of vermoë verteenwoordig. Dit sluit in introversie, diep afgaan, opgaan, ontwakings, lig-verligting, vuur, ontwikkeling, versterkende intensifisering, liefde, pelgrimstog, mutasie-sublimasie, hergeboorte-hernuwing en vrywording. Assagioli gee verskeie voorbeelde van psigogeestelike oefeninge of meditasies gebaseer op hierdie konsepte, byvoorbeeld visualisering van 'n roos wat blom. Die kliënt word aangemoedig om al sy sintuie te gebruik om die roos te internaliseer, deel daarvan te word en die roos deel van homself te laat word. Wanneer die kliënt dit ten volle eksplorieer, kan hy "innerlik blom", groei en ontwikkel en homself ten volle uitdruk. Assagioli sal so 'n oefening beëindig met 'n stelling soos: "The same life that animates the universe and has created the miracle of the rose is producing in us...the awakening and development of our spiritual being..." (Assagioli, 1969:15, soos aangehaal deur Singer, 1974:110).

Simboliese visualisering is 'n tegniek wat onder andere Assagioli en Gerard gebruik (Singer, 1974). Die tegniek het diagnostiese en terapeutiese implikasies en sluit van die gekontroleerde beelding van spesifieke simbole tot 'n ongestruktureerde spontane visualisering in. Die gekontroleerde simboliese visualisering sluit byvoorbeeld spesifieke dinamiese simbole in, soos 'n wit kolletjie in 'n wit sirkel wat aan die kliënt demonstreer hoe moeilik dit is om so 'n ervaring vol te hou, sonder dat gedagtes van buite daarmee inmeng. Daar is ook byvoorbeeld simbole van positiewe menslike verhoudings soos twee hande wat mekaar vashou. Gerard het ook 'n nuwe konsep ingebring - die visualisering van emosionele toestande en die visualisering van verskillende kleurpatrone. Hy beklemtoon die verskille tussen die verskillende kleure, soos die blou-groene, rooi en geel in verskillende ervarings. 'n Kliënt kan byvoorbeeld aangemoedig word om in kontak te kom met sy eie angs. Singer (1974) bespreek byvoorbeeld een van Gerard se kliënte wat sy angs as 'n stuk deeg voorgestel het. 'n Groeiproses is toe aangemoedig waarin die kliënt die deeg in 'n brood moet vorm en moet bak. Die terapeutiese groeiervaring geskied uitsluitlik deur gebruik te maak van beelding. Die kliënt kan ook aangemoedig word om

lewende goed wat kan verander, te visualiseer, soos die transformasie van 'n ruspe in 'n skoenlapper. Gerard beklemtoon ook die belangrikheid van komplekse innerlike dialoë met die self.

■ Eksistensiële terapie

Shorr (1967 en 1972, soos aangehaal deur Singer, 1974) wat homself as 'n eksistensiële-fenomenologiese terapeut beskou, maak baie van beelding in sy terapie gebruik. Sy metode word verbeeldingsituasies (IS - "imaginative situations") genoem. In 'n latere werk praat hy van sy terapie as "psycho-imagination therapy" (Shorr, 1983). Hy integreer fenomenologie en verbeelding. Die kliënt word deur middel van beelding in 'n spesifieke situasie geplaas, wat 'n stel interaksies tot gevolg sal hê. Die interaksies lig belangrike probleme in die probleemarea uit en laat die kliënt toe om die ervarings te herleef. Voorbeelde is: Verbeel jou jy stort saam met jou pa. Hoe sal jy voel? Wat sal jy vir hom sê? Hy sal ook byvoorbeeld konfliktsituasies konfronteer deur twee dele van 'n kliënt se persoonlikheid met mekaar te laat veg. Met hierdie tegnieke maak hy ook gebruik van 'n tegniek, wat hy die eksistensiële vraag noem. Dit bestaan uit ongeveer 30 spesifieke vrae wat vir diagnostiese doelwitte, of vir interaksie gebruik kan word. Dit kan ook handel rondom spesifieke doelwitte vir die toekoms. 'n Voorbeeld is: "Maak jy 'n verskil aan iemand?".

■ Ontspanningsterapie

Klassieke tegnieke vereis van die pasiënt om sy spiere te ontspan en dan 'n aangename, rustige toneel in sy verbeelding voor te stel. Dit is interessant om daarop te let dat eksperimentele werk aangetoon het dat baie angstige proefpersone relatief swakker verbeeldingsvermoë het vir positiewe as vir negatiewe materiaal.

Martin & Williams (1990) meld in hulle bespreking dat kliniese ervaring die belangrike rol van visuele beelding in emosionele verstourings, veral angs, erken. Daar is 'n noue verband tussen kognisie en emosie, hoewel daar al lank 'n debat is oor die presiese aard van die oorsaaklike verband tussen die twee. Beelding speel 'n belangrike rol in kognisie, soortgelyk aan persepsie

en beïnvloed ook geheue. 'n Persoon wat sy verbeelding gebruik, verskil van iemand wat hallusineer, in dié sin dat eersgenoemde 'n groter bewustheid het van die feit dat beelding 'n produk van denkprosesse is, eerder as die persepsie van die werklikheid. Martin (soos aangehaal deur Martin & Williams, 1990) is die mening toegedaan dat in die geval van depressie dit wil voorkom of iemand gedurig dink aan ongelukkige herinneringe. Martin & Williams (1990) haal empiriese bewyse aan wat die teorie tot dusver steun, naamlik dat angs primêr met kognitiewe prosesse op 'n perseptuele vlak inwerk, terwyl depressie primêr op geheueprosesse inwerk. Op die basis van die ooreenkoms tussen persepsie en beelding kan verwag word dat angs beelding sowel as persepsie mag beïnvloed.

■ **Eidetiese terapie**

Ahsen (1972, soos aangehaal deur Martin & Williams, 1990) het die "Eidetic Parents Test" ontwikkel waarin beelde opgeroep word oor die verhouding tussen die pasiënt en sy ouers. Verder het hy ook die "Triple-Code Model" (ISM) van beelding voorgestel. Dit is 'n drieledige entiteit wat uit die volgende, duidelike dimensies bestaan: I - die beeld of voorstelling, S - die somatiese of fisiologiese respons en M - die betekenis of verbale aspek. Ahsen is van mening dat die meeste geestesiektes 'n onderdrukking van een of meer aspekte van ISM is. Konflik word gevolglik opgelos deur nuwe visuele effekte in die voorstelling in te bring (Ahsen, 1984, soos aangehaal deur Martin & Williams, 1990).

■ **Neuro-Linguistiese programmering**

Neuro-Linguistiese Programmering (NLP) maak wyd gebruik van beelding in hulle tegnieke. Slegs drie word uitgelig:

- * **Toekomspassing:** Dit behels die benutting van bronne uit die verlede vir 'n toekomstige situasie. Gedrag word in die verbeelding gerepiteer. Dit lei daartoe dat gedrag wat in 'n ander konteks suksesvol was, afgesneller word (Yeager, 1985).
- * **Pseudo-oriëntasie in tyd ("As If Frame"):** Met hierdie tegniek word die kliënt se verbeelding gerig na ses maande in die toekoms, waar hy reeds al die veranderings

aangebring het, wat vir hom nodig is om sy huidige probleem op te los (Erickson, soos aangehaal deur Kruger, s.a.).

- * Die Godiva Sjokolade patroon: Hierdie tegniek word gebruik om kliënte te motiveer, en hulle gevoelens omtrent 'n onaangename taak wat gedoen moet word, te verander. Die kliënt sien homself in sy verbeelding besig met 'n aktiwiteit wat hy baie geniet. Daarna kry hy 'n beeld van homself waar hy die onaangename taak doen, maar gedissosieerd (hy beleef dit dus nie - dit is asof hy van buite na homself kyk). Die kliënt moet dan die aangename prent agter die taak-prent in sy verbeelding plaas, 'n gaatjie daardeur maak, en op dié manier die gevoelens van die aangename prent verbind met die prent van die onaangename taak (Andreas & Andreas, 1987).

■ Ander toepassings van beeldingstegnieke

- * Brink (1989) verskaf 'n model waarin beelding in psigoterapie gebruik kan word om die kliënt se probleem te herdefinieer. Tweedens kan dit gebruik word om die agenda van terapie te bepaal, dan toepaslike terapeutiese intervensie te verskaf en vordering te evalueer. Laastens kan dit bepaal wanneer dit toepaslik is om terapie te terminer. Verder kan dit ook gebruik word om hipnotiese suggesties te verskaf wat verandering kan fasiliteer.
- * Gerigte beelding en musiek (GIM) is 'n tegniek wat deur Helen Bonny ontwikkel is. Dit behels dat daar na musiek geluister word in 'n ontspanne toestand. Die kliënt se verbeeldingsproses word dan geaktiveer en terapiees aangewend. Die volgende word bereik:
 - verdedigingsmeganismes word gewoonlik versag;
 - die kliënt word gehelp om in kontak te kom met voorheen ontoeganklike, onbewuste materiaal en dit te eksploreer en
 - die kliënt word veilig en ontspanne na die hede teruggebring.

Daar word op terapeutiese vraagstukke gefokus en kreatiewe oplossings vir ou patrone word gefasiliteer (Picket, 1987). Picket (1987) bespreek twee gevallestudies waarin gerigte beelding en musiek 'n helingsproses van twee vrouens met weefselgewasse demonstreer. In een geval is heling primêr fisies en in die ander primêr psigologies.

- * Die oproeping van beelde in pasiënte word ook gebruik as 'n diagnostiese prosedure in verskillende benaderings. Lazarus (1981, soos aangehaal deur Martin & Williams, 1990:278) het byvoorbeeld 'n tegniek ontwikkel, die "deserted island fantasy technique" waar die toneel beskryf word en uitbreiding op vrye beelding aangemoedig word.

2.6.2 GERIGTE BEELDING IN DIE LEERPROSES

Dit word algemeen aanvaar dat multi-sensoriese stimulasie bydra tot optimale prosessering van inligting in die brein en onderwysers word daarom aangemoedig om soveel moontlik van die sintuie te betrek in die leerproses. Beelding maak dit volgens Botha (1990) moontlik om dieselfde resultate te verkry, met dié voordeel dat die konkrete voorwerp nie in die onderriglokaal ingebring hoef te word nie. Hand (1984b, soos aangehaal deur Botha, 1990) wys daarop dat interne en eksterne multi-sensoriese waarneming in die langtermyngeheue gestoor word en veral visualisering (visuele beelding) baie deeglik deur die brein geprosesseer word. Dit is dus 'n kragtige hulpmiddel in die onderrigsituasie. Canfield (1981) stem hiermee saam en meld dat elke bykomende funksie wat gebruik word in die onderrigsituasie - verbeelding, intellek, liggaam, psige en emosies - lei tot versnelling van die leerproses en beter retensie.

Denis & Carfantan (1990) bespreek interessante navorsing in dié verband. Daar is vantevore duidelik aangetoon dat direkte perseptuele kontak met konkrete objekte bevorderlik is vir die memorisering daarvan. Resultate toon aan dat dieselfde geld vir proefpersone wanneer hulle aangemoedig word om objekte te visualiseer. Die resultate toon dus aan dat in hierdie spesifieke taak, beelding 'n ekwivalente funksie het as persepsie. Verder is ook aangetoon dat proefpersone wat 'n goeie vermoë het om beelde te vorm, beter vaar as proefpersone wat 'n swakker vermoë in dié verband het.

Gerigte beelding is volgens Canfield (1981) 'n kragtige sielkundige hulpmiddel wat gebruik kan word om 'n wye verskeidenheid opvoedkundige doelstellings te bereik:

- * verhoogde selfwaarde;
- * groter bewustheid;
- * verhoogde empatie;
- * innerlike wysheid;
- * groter kreatiwiteit;
- * 'n beter geheue;
- * optimale prestasie;
- * 'n positiewe houding en
- * versnelde leer van onderwerpe.

Die leerproses word onder andere aangehelp deur 'n positiewe ingesteldheid teenoor leer. Die gerigte beelding teks wat Canfield (1981) gebruik om studente en skoliere se ingesteldheid teenoor leer positief te verander, lei hulle onder andere in hulle verbeelding, na 'n vorige keer in hulle ervaring toe dit vir hulle lekker en maklik was om iets te leer. Grové (1991:83) maak ook van beelding gebruik om dieselfde doelstelling te bereik, met 'n tegniek wat sy "positiewe breinprogrammering" noem.

Canfield (1981) verwys ook na die "Perfect Student Fantasy" wat Beverly Gaylean van die "Confluent Language Project" in hoërskole, in Los Angeles gebruik het. Die gerigte beelding is daaglik vir drie maande, die eerste vyf tot sewe minute van 'n periode gebruik, met baie positiewe resultate. Leerlinge het beter aandag gegee, daar was verhoogde betrokkenheid in klasse, verhoging in ondersteunende interaksies in klasse en 'n verhoging in ondersteunende response aan die onderwysers.

Canfield (1981) noem talle voorbeelde van hoe gerigte beelding ingespan kan word om leerling betrokke te kry by onderwerpe wat behandel word. Hy noem voorbeelde van die gebruik van gerigte beelding met die aanleer van spelling, elektronika, wiskunde, geskiedenis en tale. Hy stel byvoorbeeld voor dat, wanneer leerlinge oor die by moet leer, die les begin moet word met 'n gerigte beelding waarin die leerlinge in hulle verbeelding self 'n by is, van blom tot blom vlieg en met ander bye kommunikeer. Daarna word die les aangebied (of 'n film vertoon), en die gerigte beelding herhaal. Leerlinge moet die ervaring daarna opvolg met 'n bewegingsoefening, byvoorbeeld om die bye se dans uit te voer. Op dié wyse word leer versnel en is retensie baie beter, want drie funksies was betrokke: die intellek, verbeelding en fisiese.

Dit is 'n bekende feit dat dit baie moeilik is om iets te leer, of om kreatief te wees as 'n mens gespanne is. Ontspanning is nodig vir die onbewuste om te werk. Verbeelding en beelding (aktiwiteite wat aan regterbreinfunksionering toegeskryf word), is optimaal in 'n ontspanne toestand. Verskeie skrywers verwys in dié verband na Einstein se uitvindings (Grové, 1992; Buzan, 1983 en Shone, 1984). Canfield (1981) beklemtoon die rol wat gerigte beelding kan speel om hierdie toestand van ontspanne verwagting van 'n positiewe gebeurtenis te skep.

Beelding speel ook 'n belangrike rol in redenering. Denis & Carfantan (1990) maak melding van eksperimente wat aangetoon het dat proefpersone wat hulle verbeelding goed kan gebruik en 'n gedagtebeeld kan vorm, beter gevaar het in ruimtelike en deduktiewe redenering as proefpersone wat nie hulle toevlug tot die gebruik van beelding geneem het nie.

2.6.3 GERIGTE BEELDING EN SPORT

Tradisioneel is sport uit 'n suiwer fisiese oogpunt benader. Tans is dit anders, soos Shone (1984:67) dit stel: "Sport involves performance of mind and body". Dit is dus nie slegs prestasie van die liggaam nie. Beter prestasie word behaal wanneer liggaam en psige saamwerk.

Volgens Shone (1984) het "Inner Games" en "Autogenic Training" beide kreatiewe beelding in gemeen. In sy oorsig van die "inner games"-benadering, meld hy dat die benadering in die Verenigde State ontwikkel is, meer spesifiek deur Gallwey. Sy eerste boek het in 1974 verskyn.

"The Inner Game of Tennis". Dit is opgevolg deur "Inner Skiing" (1977) saam met Kriegel. Die idees is verder ontwikkel in "The Inner Game of Golf" (1979). Hy wys baie oortuigend dat die onbewuste in die handeling ingebring moet word om prestasie te help. Hy demonstree ook dat swak prestasie baie dikwels die gevolg is van konflik tussen die bewuste en onbewuste. Hy argumenteer dat 'n persoon twee selwe het wat hy Self 1 en Self 2 noem. Self 1 is die analitiese self en is konstant besig om instruksies te gee aan Self 2 wat glad nie verbaal betrokke is nie, maar slegs met uitvoering gemoed is. Self 2 is meer die instinktiewe self. Gallwey ontdek dat Self 1 en Self 2 gelykgestel kan word met die linker- en regterhemisfeer, maar volgens Shone (1984) wys al sy analisering daarop. Self 1 se konstante analisering en spraak lei tot spanning in die liggaam wat weer tot foute en swak prestasie lei. Opleiding neig om slegs tot Self 1 te spreek. In baie opsigte is sy raad dan om nie te probeer nie, maar net te laat gaan. Hy stel voor dat Self 2 meer vertrou en geglo moet word, aangesien psige en liggaam dan kan koördineer. Hierdie benadering behels in wese dat die handeling van die spel in 'n mens se geestesoor geding word. Daar is egter geen plaasvervanger vir opleiding nie.

Outogene oefening het uit selfhipnose en outosuggerie ontwikkel. Die tegniek is in die twintigerjare deur Johannes H. Schultz ontwikkel en word wyd gebruik in Brittanje en die Verenigde State. Die basiese tegniek behels dat die liggaam in 'n ontspanne toestand is terwyl outo-suggerie gegee word. Shone (1984) gee voorbeelde van hoe die tegniek gekombineer kan word met kreatiewe visualisering om prestasie in sport te verbeter. Dit behels in wese outosuggerie oor die handeling van 'n sportsoort of oefening gekoppel met visualisering van hoe dit geding moet word. Hoewel Shone (1984) die term visualisering gebruik, verskaf hy voorbeelde wat verskillende modaliteite insluit. Die term beelding sou dus meer gepas wees.

Shone (1984) stel ook voor dat prestasie in sport verbeter kan word deur nie slegs die werklike gebeurtenis te visualiseer en so te oefen nie, maar kreatief te visualiseer deur verbeelding in te span en te vergroot, byvoorbeeld met hoogspring in jou verbeelding op die maan te wees en oor 'n berg te spring.

Een van die belangrike voordele van die gebruik van beelding in sport is om verkeerde response reg te stel, anders word die verkeerde response in die sensustelsel geprogrammeer sodat foute oor en oor herhaal word (Shone, 1984).

Denis & Carfantan (1990) bespreek interessante navorsing oor die leerproses. Proefpersone is gevra om gimnastiek op die horisontale balk in hulle verbeelding te oefen. Hulle moes vyf minute per dag, ses dae na mekaar "sien" hoe hulle die bewegings wat aan hulle beskryf is, uitvoer. Geen een van die proefpersone het ooit opleiding op die horisontale balk gehad nie. Hulle is onmiddellik na die verbeeldingsoefening getoets vir die kwaliteit van hulle fisiese vertoning. Proefpersone wat 'n goeie vermoë tot beelding gehad het, het beter gevaar as proefpersone met 'n swakker vermoë. In ander studies waar proefpersone gevra is om in hulle verbeelding basketbal of veerpyltjiegooi te oefen, het resultate gelewer wat bykans dié van fisiese oefening geëwenaar het.

'n Ander baie belangrike aspek wat prestasie in sport beïnvloed, is die deelnemer se geestesinstelling. Dit kan positief of negatief wees. Shone (1984) bespreek byvoorbeeld die sielkundige limiet in 'n aantal sportsoorte. Vir 'n lang tyd was 4 minute die sielkundige limiet vir die myl, totdat Roger Bannister in 1954 dit verbreek het. In gewigoptel was 500 pond die sielkundige limiet. Daar is geglo dat dit nie oortref kan word nie. Valery Alexis het die limiet oortref deurdat hy "gekul" is om te glo dat hy minder as 500 pond optel. Hierdie voorbeelde beklemtoon die belangrikheid van wat 'n persoon glo moontlik is.

2.7 EMPIRIESE BEVINDINGS OOR GERIGTE BEELDING

Navorsing waarin honderde proefpersone betrek is, toon aan dat so veel as 97% van die proefpersone visuele beelding rapporteer, 93% ouditiewe beelding en effe laer persentasies rapporteer ander tipe beelding. Al die hoofmodaliteite word verteenwoordig by ten minste twee derdes van hierdie uitgebreide steekproef (McKellar, 1972, soos aangehaal deur Singer, 1974).

Singer (1974) meld tereg dat wanneer daar na die gebruik van beelding in terapie gekyk word, die verskille in interpretasie en oriëntasie formele navorsing in die gebied noodsaak.

Martin & Williams (1990) bespreek eksperimentele studies oor die verband tussen beelding en emosie. Hulle meld dat vroeë werk op die gebied van individuele verskille in beelding, aangetoon het dat verskille in twee dimensies bestaan: helderheid (Betts, 1909) en kontroleerbaarheid (Gordon, 1950). Die gevolgtrekking waartoe hulle kom, is dat angstige pasiënte se beelding helder is, moeilik is om te beheer en aanhoudend is. Die hoë vlakke van visuele beelding wat dikwels voorkom by pasiënte wat aan emosionele versteurings, veral angs, ly, kan dus 'n kritieke rol speel in die onderhouding en verlenging van hierdie versteurings (Martin & Williams, 1990).

Ook in die terapeutiese proses, is die krag van beelding saam met ontspanning en positiewe suggestie ondersoek (Leitenberg, Agras, Barlow & Olivieau, 1969, soos aangehaal deur Singer, 1974). Hulle het 'n duidelike bewys gevind dat aanhoudende suggesties vir positiewe verbetering deur die terapeut, 'n verskil in die uiteindelijke uitkoms maak.

Van die bekendste navorsing oor die effek van beelding is sekerlik dié van die Simontons (1975 en 1980, soos aangehaal deur Diespecker, 1990) met kankerpatiënte. Verskeie skrywers maak melding van hulle werk (Wells, 1992; Grové, 1991 en Goff & Torrance, 1991). Diespecker (1990) meld dat hulle gedemonstreer het dat terminale kankerpatiënte wat addisioneel beelding gebruik het, gemiddeld twee keer langer gelewe het as pasiënte wat slegs mediese behandeling ontvang het.

Navorsing in die veld van pyn-beheer maak melding van die feit dat die pasiënt se geloofsisteme 'n belangrike rol speel in hulle beheer van kroniese pyn (Bakan, 1980 soos aangehaal deur Chapin, 1989). Alhoewel pyn inmeng met die pasiënt se verbeelding, is effektiewe pynbeheer geassosieer met 'n groter verbeelding. Sowel Jaffe & Bresler (soos aangehaal deur Chapin, 1989) as Shone (1984), beskryf hoe verbeelding ingespan kan word om pyn te verminder. Hulle

het gevind dat terapeuties gerigte beelding, pasiënte in staat stel om toegang te verkry tot onbewuste fisiese prosesse en dit te verander.

Dit word goed geïllustreer deur 'n studie wat Chappel & Stevenson (soos aangehaal deur Singer, 1974) met 'n groep maagseerpasiënte gedoen het. Die eksperimentele groep het vir ses weke sielkundige behandeling ontvang waarin hulle bewus gemaak is van liggaamsprosesse en om positiewe beelding te gebruik deur aan aangename lewenservarings te dink, sodra hulle angstig word. Sowel die eksperimentele groep, as die kontrole groep het medikasie gebruik vir 'n maand lank en 'n spesiale dieet gevolg. Daarna mag hulle enigiets geëet het. Die kontrole groep se simptome het binne twee weke teruggekeer, behalwe vir twee pasiënte wie se simptome na twee maande teruggekeer het. In 'n opvolgstudie drie jaar later het slegs twee van die eksperimentele groep teruggekeer van simptome gehad (vier van die eksperimentele groep van 32 was onopspoorbaar).

2.8 IMPLIKASIES VAN GERIGTE BEELDING

Beelding stel 'n persoon in staat om potensiële aktiwiteite in die omgewing te oefen of te repeteer en die wêreld verstandelik te eksploreer vanuit verskillende oogpunte (Marks, 1990). Dit stel 'n persoon ook in staat om bewus te word van die wyse waarop hy aktief sy lewe skep, deur selfverdelend en selfdestruktief op te tree (Diespecker 1990).

Beeldingstegnieke wat met positiewe wilskrag en verantwoordelikheid toegepas word, sal 'n persoon in staat stel om:

- * sy gesondheid te verbeter (Diespecker, 1990; Shone, 1984 en Goff & Torrance, 1991);
- * sy selfbeeld te verbeter (Canfield, 1981 en Grové, 1991);
- * sy prestasies op verskillende gebiede te verbeter (Grové, 1991 en Shone, 1984) en
- * gedragsveranderings teweeg te bring (Wells, 1992; Singer, 1974 en Grové, 1991).

Verhoogde bewustheid van 'n persoon se voortgaande fantasieprosesse verhoog gedeeltelik die mate van beheer oor hierdie prosesse (Singer, 1974). 'n Spesifieke voordeel wat beelding as parallele prosessering-transformasieproses het, is dat dit gedetailleerde skandering van gebeure moontlik maak. Die groot voordeel wat beelding volgens Singer (1974) het, is dat dit in 'n spesiale emosionele konteks gestoor word en daarom makliker veralgemeen word na buite situasies. Hy kom tot die volgende gevolgtrekking: "Yet, it is likely that we can use a much greater share of the ongoing stimulus field provided by our long-term memory system to establish positive affects and also to become aware of our major motivational tendencies, our significant unfinished businesses, and many other potentials for role rehearsal and advance planning." (Singer, 1974:221).

2.9 SAMEVATTING

Die literatuur verskaf 'n wye verskeidenheid teoretiese verklarings van hierdie fenomeen. Dit wissel vanaf fisiologiese tot geestelike konseptualiserings en is verkry van eksperimentele laboratoriumwerk en terapeutiese ervaring. Chapin (1989) meen dat die diversiteit dit moeilik maak om steekhoudende gevolgtrekkings te maak. Hy glo egter dat twee wel gemaak kan word. Eerstens dat daar waarskynlik 'n aspek van ons onbewuste is wat, alhoewel dit gewoonlik nie vir ons toeganklik is nie, deur die aktivering van beelding vir ons toeganklik word. Tweedens dat dié tipe bewustheid 'n veelomvattende bron van kennis en leiding bevat wat terapieë gebruik kan word.

2.10 PROGRAM

'n Gerigte beeldingsprogram is vanuit die literatuur saamgestel. Die program is in Bylaag A vervat.

HOOFSTUK 3

OBESITEIT EN OORGEWIG

3.1 INLEIDING

Kales (1981) meen dat daar vandag in die VSA amper 'n nasionale obsessie is om te verslank. Amerikaners is gemiddeld 2,3 maal per jaar op 'n dieet en spandeer meer as \$11 biljoen aan klinieke, pille, ensovoorts, in die proses om maer te word. Dié outeur praat van die "age of caloric anxiety" (p.119). Daarbenewens neem die aantal vrouens wat gediagnoseer word met eetversteurings, soos anorexia nervosa en bulimie, baie vinnig toe (Garner, Olmstead & Polivy, 1983; Halmi, Falk & Schwartz, 1981; Hawkins & Clement, 1980 en Stangler & Printz, 1981, soos berig in Rodin *et al.*, 1984).

Ten spyte van die feit dat die populêre pers 'n weerspieëling is van die belangrikheid van gewig in vrouens se lewens, is dit 'n aspek wat deur sielkundige navorsing genegeer word.

3.2 OMSKRYWING VAN OBESITEIT EN OORGEWIG

Daar is nie konsensus oor watter definisie van oorgewig en obesiteit die beste is nie. Daar is kritiek teen liggaamsgewig as kriterium, omdat dit nie net vet aandui nie (Louw, 1989). Gevolglik stel Bailey (1979, soos aangehaal in Louw, 1989) voor dat vetgewig as kriterium gebruik word. Die ideale liggaamsvet vir mans is 15% en vir vrouens 22%. Dit is egter omslagtig om te bepaal en het nog nie roetine gebruik geword nie.

Sommige skrywers soos Young & Powell (1985) maak die onderskeid tussen oorgewig (20% oorgewig) en obees (40% oorgewig). Die Quetelet-ratio van gewig tot lengte (gewig in kilogram gedeel deur hoogte kwadraat in meter), ook bekend as LMI (liggaamsmassa-indeks), dui obesiteit aan as bo 27 (Mahan & Arlin, 1992). Wollersheim (1977) gebruik die Metropolitan

Life Insurance Company norms wat oorgewig beskryf as 10% bokant die laagste "ideale" gewig vir 'n vrou van medium lengte en beenstruktuur (Young & Powell, 1985).

Hoewel Stunkard (1985:1133 soos aangehaal deur Louw, 1989:478) se verklaring relatief is, is dit maklik toepasbaar : "...for most clinical purposes the eyeball test is quite adequate: If a person looks fat, the person is fat."

3.3 INSIDENSIE VAN OBESITEIT

Epidemiologiese studies toon aan dat obesiteit 'n ernstige gesondheidsprobleem in die VSA geword het. Ongeveer een-vyfde van die volwassenes in die VSA stel hulle gesondheid in gevaar deur beduidend af te wyk van die standaard van normale gewig. Die syfers is selfs hoër vir mense oor veertig. Van hulle is meer as 'n derde tot so 'n mate oorgewig, dat hulle 'n kans het om diabetes, hartsiektes en hoë bloeddruk op te doen (V.S.A. Departement van Gesondheid, 1977; Beaty *et al.*, 1982 en Page, 1976, soos aangehaal deur Young & Powell, 1985).

Aangesien obesiteit nie 'n aanmeldbare toestand is nie, beskik die Departement van Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling nie oor 'n nasionale voorkomsyfer van obesiteit in Suid-Afrika nie. Seftel (1992) wys egter op kommerwekkende statistiek:

- * LMI vir middeljarige Suid-Afrikaners van alle populasiegroepe is > 25 vir mans en > 24 vir vrouens; enige LMI > 24 word geassosieer met gesondheidsrisiko's.
- * 'n LMI > 30 is 'n algemene verskynsel in die algemene populasie.

Walker (1992) stem saam dat verhoogde obesiteit 'n groot probleem onder al vier etniese groepe in Suid-Afrika is, veral onder swart vrouens. Ongeveer die helfte van die swart vrouens in Suid-Afrika, net soos in die VSA, het 'n LMI groter of gelyk aan 30, en is dus obees. Daarenteen is 18% blanke vrouens in Suid-Afrika obees (Steyn *et al.*, 1991, soos aangehaal deur Badenhorst & Walker, 1994). 'n Ondersoek in Kaapland het getoon dat 14,7% mans en 18% vrouens (blankes), en 6,1% mans en 25,9% vrouens (bruinmense) oorgewig is (Jooste, 1988, soos aangehaal deur Louw, 1989). Daar is egter ook hieroor 'n dispuut. Koeslag (1990:334) maak

die volgende stelling: "Seen from a broad biological perspective, being human means being obese". Koeslag wys daarop dat feitlik al die ideale liggaamsgewigtabelle gebaseer is op jongmense net na adolessensie. Indien die tabelle gebaseer sou wees op die gewig van die volwasse 30-jarige man of vrou, kan die insidensie van obesiteit arbitrêr halveer word. Hy beklemtoon dat dit normaal is vir mense om gedurende volwassenheid gewig op te tel en beskou slegs die 2,5% van die middeljarige populasie wat meer as 35% gewig opgetel het, as obees.

3.4 ETIOLOGIE VAN OBESITEIT

Die aard en oorsake van obesiteit is die onderwerp van intensiewe en voortgaande navorsing. Sowel genetiese as omgewingsfaktore is betrokke in 'n komplekse interaksie van veranderlikes. Hoewel daar ongewone fisiese toestande is wat lei tot oorgewig, is die mees waarskynlike oorsaak die inname van voedsel wat die energieverbruik oorskrei. Daar is studies wat aandui dat obese persone nie meer eet as mense met 'n normale gewig nie. Tog is oorgewig deels die gevolg van ooreet (Mahan & Arlin, 1992). Daar is egter 'n dispuut oor wat tot ooreet lei. Die debat wissel van psigodinamiese konsepte, die regulering van angs en afhanklikheid van eksterne leidrade, tot sielkundig gebaseerde argumente en dié wat die sosiokulturele faktore ten minste as deels verantwoordelik vir die ontstaan van obesiteit sien.

3.4.1 FISILOGIESE FAKTORE

■ Genetiese faktore

Liggaamsgrootte en gewig sluit 'n groot genetiese komponent in, soos blyk uit studies met identiese tweelinge. Hoewel identiese tweelinge wat apart grootgemaak is, 'n groter variasie in liggaamsgewig getoon het as dié wat saam groot geword het, was hulle gewig beduidend meer dieselfde as vir nie-identiese tweelinge of sibbe wat saam groot geword het (Bray, 1981; Newman, Freeman & Holzinger, 1982 en Withers, 1964, soos aangehaal deur Rodin *et al.*, 1984). Trouens, 'n genetiese komponent van so hoog as 67% vir sommige tipes obesiteit, word deur studies met identiese tweelinge en aangenome kinders gevind (Stunkard *et al.*, 1990, soos

aangehaal deur Mahan & Arlin, 1992). Die sterk genetiese komponent is verder bevestig deur 'n studie wat bevind het dat die gewig van 540 Deense aangenome kinders oor alle gewigsklasse (van maer tot vet) gekorreleer het met hulle biologiese ouers (Stunkard *et al.*, 1986b, soos aangehaal deur Mahan & Arlin, 1992).

Kaplan & Sadock (1991) beklemtoon 'n familiële genetiese predisposisie tot obesiteit. Familiestudies dui aan dat 80% van kinders van twee obese ouers, ook obese is, terwyl een obese ouer by 40% obese kinders voorkom. Slegs 10% van kinders wie se ouers 'n normale gewig het, word obese (Stunkard, 1985, soos aangehaal deur Louw, 1989).

Oorerwing mag gewig moontlik ook beïnvloed deur metabolisme en 'n mens se vermoë om vet te stoor. Dus is die vlak van ooreet wat vir sommige mense nodig is om gewig op te tel, baie minder as vir ander. Rose & Williams (1961, soos aangehaal deur Rodin *et al.*, 1984) het aangetoon dat in verskillende individue die identiese tipe en hoeveelheid voedselinname verskillend gestoor en verbruik word, al is aktiwiteitsvlakke dieselfde.

Daar is ook ander hormonale en neurale faktore betrokke in normale gewigbeheer wat geneties bepaal word. Dit sluit kort- en langtermynseine in wat versadigings- en eetaktiwiteit bepaal. Klein defekte in die werking of interaksie daarvan kan volgens Mahan & Arlin (1992) aansienlik bydra tot gewigstoename. Die aantal en grootte van vetselle en verspreiding van liggaamsvet, is ook geneties bepaal.

■ **Ontwikkelingsdeterminante**

By obese kinders verhoog hulle aantal vetselle (hiperplastiese obesiteit) en dit lei tot 'n predisposisie vir obesiteit in die volwasse lewe. Wanneer obesiteit die eerste keer in die volwasse lewe voorkom, word dit hipertrofiese obesiteit genoem. Dit ontstaan as gevolg van 'n vergroting van bestaande vetselle (Kaplan & Sadock, 1991).

Heaton (1984) meen dat oorvoeding dikwels in die babatyd begin met oorgekonsentreerde melkformules en die byvoeging van suiker, asook vroeë byvoeging van vaste voedsel, veral

babapap. 'n Smaak vir soet, verfynde kos word van kleins af aangeleer en word 'n vaste patroon. Dit lei dan tot hiperplastiese obesiteit wat baie moeiliker behandelbaar is as hipertrofiese obesiteit (Raijmakers, 1991).

Navorsing het volgens Haskew & Adams (1984, soos aangehaal deur Raijmakers, 1991) aangetoon dat vetselle op sekere kritiese tye in 'n mens se ontwikkeling ontstaan, te wete babatyd, adollesensie en swangerskap. By vrouens kan vetselle ontwikkel tydens swangerskap en bestaande vetselle kan groei tot hulle maksimumgrootte, met die gevolg dat dit 'n permanente byvoeging tot die liggaamswaarsel word. Heaton (1984) is van mening dat bogenoemde ter voorbereiding van borsvoeding gebeur, en indien 'n vrou nie borsvoed nie, dit dan 'n permanente byvoeging bly.

Smith & Fremouw (1987, soos aangehaal deur Raijmakers, 1991) het bevind dat vetselle feitlik sonder uitsondering vergroot is by obese persone en dat die aantal vetselle verhoog het wanneer obesiteit in die kinderjare 'n aanvang geneem het. Gewigsverlies en -toename is dus die krimp en vergroting van die vetselle.

■ Fisiese onaktiwiteit

Ook hieroor bestaan verskillende opinies. Heaton (1984) is van mening dat ten spyte van die gewilde aanvaarding van die teorie dat gebrek aan fisiese oefening tot obesiteit lei, dit nog nie bewys is nie. Volgens hom dra fisiese oefening relatief min by tot die totale energieverbruik.

Raijmakers (1991) meld egter dat verskeie navorsers (Bray, 1978 en Thompson, Jarvie, Lahey & Cureton, 1982) aangetoon het watter belangrike rol fisiese onaktiwiteit in obesiteit speel. Brownell & Stunkard (1980, soos aangehaal deur Raijmakers, 1991) beklemtoon die kompleksiteit van die verband tussen fisiese onaktiwiteit en oorgewig. Hulle maak die stelling dat fisiese aktiwiteit liggaamsgewig wel kan help reguleer, beide deur verhoogde kalorieverbruik en vermindering van inname van voedsel. Verder blyk dit uit hulle navorsing dat fisiese onaktiwiteit 'n gevolg, eerder as 'n oorsaak van oorgewig is. Dit speel ook 'n belangriker rol in die instandhouding van oorgewig as in die ontwikkeling daarvan.

Bronkhorst (1984) verbind die vermindering in fisiese aktiwiteit in die Westerse samelewing met die verhoging van die voorkoms van obesiteit. Sy meld dat laasgenoemde 'n rare verskynsel in onderontwikkelende lande is, omdat fisiese aktiwiteit en ondervoeding 'n algemene tendens is.

Obesiteit lei ook tot beperkte fisiese aktiwiteit wat die probleem vererger.

■ **Energiewanbalans**

Volgens Garrow (1987) is obesiteit essensieel 'n versteurde energiebalans. Daar is dus 'n groter kalorie-inname as kalorieverbruik, wat lei tot storing van ekstra vet. Badenhorst & Walker (1994) beskou dit as een van die belangrikste oorsake van obesiteit en die een wat die meeste voorkom kan word. In dié verband noem hulle dat dieet-analise in die VSA aangetoon het dat daar sedert 1910 'n toename van 11% in vet-inname was, ten spyte van die totale energie-inname wat effens verminder het.

Hierdie versteurde energiebalans is ook die basis van die termodinamiese siening van obesiteit. Gewoonlik verhoog metabolisme wanneer temperatuur daal, aangesien die persoon meer energie moet verbrand om sy liggaamstemperatuur konstant te hou. By obesiteit is daar 'n disfunksie in die termiese regulering van die liggaam, aangesien die metabolisme by obese persone nie versnel nie. Dit kom dus daarop neer dat obesiteit die gevolg is van 'n positiewe energiebalans, waar energie-inname die energieverbruik oortref (Raijmakers, 1991; Garrow, 1987 en Bronkhorst, 1984).

■ **Biochemiese en endokriene faktore**

Koeslag (1990) en Heaton (1984) is van mening dat obesiteit slegs in enkele gevalle die gevolg is van endokrinologiese siektes. Siektes waar dit wel 'n rol speel, is hipotireose, Cushing-sindroom en in vervroulikingsindrome ("feminising sindrome") by mans.

Studies deur Bray & Hirsch (1970, soos aangehaal deur Kales, 1981) dui aan dat veral in baie obese persone dieetbeheer juis nie genoegsaam is nie, aangesien moontlike metaboliese en endokrinologiese disfunksionering 'n rol speel.

Jonathan Wise (1981) stel 'n model voor waarin hy verduidelik waarom spanning en kos, veral koolhidrate, verslawende kwaliteite kan hê. Biochemies het kos dan 'n kalmerende invloed op 'n persoon. In sy model verduidelik hy dat endorfiene sentraal is in die koördinerings van die interaksie tussen aptyt, spanning en warmteverwekking, sowel as die regulering van die toepaslike respons op vas of voeding. Hy verduidelik dat 'n toleransie vir, en afhanklikheid van spanning en voedsel kan ontwikkel en hoe onttrekkingsimptome dan voorkom wanneer hierdie stimuli vir endorfiene weggeneem word. Sy model verklaar ook waarom metabolisme stadiger is wanneer 'n obese persoon dieet.

3.4.2 PSIGOLOGIESE FAKTORE

3.4.2.1 Inleiding

Daar is 'n teenstrydigheid in die literatuur oor die geestesgesondheid van obese persone, asook wat oorsaak en wat gevolg is. Teenoor die siening dat die meeste obese persone sielkundige probleme het en dat dit spruit uit 'n basiese persoonlikheidsverteuring, neem Mustajoki (1987) die standpunt in dat obese persone as 'n groep oor dieselfde geestesgesondheid as normale-gewig-persone beskik. Hy is van mening dat vroeëre studies veralgemenings gemaak het van obese pasiënte in psigiatriese klinieke. Hy maak melding van die gekontroleerde navorsing met obese nie-pasiënt-populasies. Dit het aan die lig gebring dat daar min sielkundige versteurings, en geen spesifieke persoonlikheidspatroon onder obese persone as 'n groep is nie.

Harmatz & Kerr (1981) het in 'n studie met 179 proefpersone gevind dat ooreet probleemgedrag is wat veelvuldige oorsake het. Hulle studie het veral uitgewys dat oorgewig persone beduidend meer eet om spanning te verlig en ook gemotiveer word deur gewoontedrang. Hulle het tot die gevolgtrekking geraak dat daar nie gesoek moet word na 'n enkele oorsaak van oorgewig nie. Daar moet eerder gekyk word na die relatiewe belangrikheid van, en die verstaan van die interaksie van veelvuldige faktore in die veroorsaking en instandhouding van ooreetgedrag.

Resente teorieë maak die hipotese dat obesiteit gesien kan word as die gevolg van 'n eetversteuring, waarvan die etiologie 'n verslawing aan kos en/of bepaalde eetgewoontes kan

wees. Eetgewoontes word ook deur sommige gesien as 'n indikator van 'n obsessief-kompulsiewe persoonlikheid (Young & Powell, 1985). Daar is egter geen konsensus oor die belangrikheid van psigopatologie in die ontwikkeling van obesiteit nie (Stunkard *et al.*, 1980 en Silverstone, 1973, soos aangehaal deur Young & Powell, 1985).

3.4.2.2 Spesifieke psigologiese faktore

■ **Ontwikkelingsobesiteit**

Volgens Bronkhorst (1984) lei ouerlike verwerping en 'n versteuring in die ouer-kindverhouding tot obesiteit. Ouers kompenseer vir die verwerping deur die kind te oorvoed. Nel (1975) voeg by dat oorbeskerming deur die moeder dieselfde tot gevolg het - as die kind huil, word hy gevoer. Die kind leer dus nie om te onderskei tussen emosionele en fisiese behoeftes nie en 'n versteurde persepsie van interne behoeftes en seine ontstaan. Hierdie patroon word nie in die volwasse lewe verbreek nie en die obese persoon eet dus in respons op enige emosionele behoefte.

Gross (1983) sluit hierby aan deur die stelling te maak dat gevoelens van woede en frustrasie verander word in gevoelens van honger. Dit gebeur waarskynlik omdat die pasiënt as baba of kleuter gekondisioneer is deurdat hy\sy gerusgestel is met 'n bottel, sodra hy\sy gehuil of ongemaklik gevoel het. Gevolglik is daar versteurde gevoelens van honger sodra die persoon 'n behoefte aan liefde of vertroeteling het.

■ **Versteuring in self-evaluering**

Bruch (1973 en 1977, soos aangehaal deur Woods & Heretick, 1983-84) onderskei drie versteurings in self-evaluering by anorektiese en obese persone: distorsie in liggaamsbeeld, onvermoë om interne fisiologiese aanduidings akkuraat te interpreteer of te gebruik en 'n gevoel van persoonlike oneffektiwiteit. Woods & Heretick (1983-84) het hulle hipotese bewys, naamlik dat anorektikers en obese persone in hulle respons tot effektiwiteit verskil, in dié sin dat eersgenoemde 'n verhoogde behoefte het om in beheer te wees en te bly en obese persone beheer laat vaar. Dit klop met wat Stanley en sy medewerkers (1970, soos aangehaal deur Woods &

Heretick, 1983-84) gevind het, naamlik dat obese proefpersone vrese het vir 'n algemene gebrek aan kontrole oor persoonlike impulse. Dié impulse varieer van beheer oor alkohol tot seksuele aktiwiteit en eetgedrag. Hierdie verskil in selfbeheer tussen anorektikers en obese persone kom ook na vore in akademiese gedrag. Dit is algemeen bekend dat anorektikers oorpresteer - dikwels bokant hulle intellektuele vermoë (Bruch, 1973, soos aangehaal deur Woods & Heretick, 1983-84). Obese persone presteer egter onder hulle vermoë - gemiddelde tot ondergemiddelde prestasie ten spyte van superieure intelligensie (Stanley *et al.*, 1970, soos aangehaal deur Woods & Heretick, 1983-84). Hulle maak 'n baie sinvolle aanbeveling vir die langtermynbehandeling van eetversteurings na aanleiding van hulle studie, naamlik dat intervensies op hierdie kognitiewe prosesse moet fokus, sodat die obese persoon gehelp kan word om realistieser standaarde vir haarself te stel en te glo sy het die potensiaal om aan hierdie realistiese standaarde te voldoen.

■ Liggaamsbeeldversteuring

Liggaamsbeeld is die mentale prentjie\beeld wat 'n individu van haar fisiese voorkoms het (Gardner *et al.*, 1989). Freedman (1988) stel dit dat liggaamsbeeld baie aspekte behels: visueel, 'n denkaspek, emosioneel, kinesteties, histories en dat dit veral ook 'n sosiale aspek het - 'n persoon sien haarself soos sy dink ander haar sien. Hoewel daar algemene ooreenstemming onder navorsers is dat obese persone aan 'n liggaamsbeeldversteuring ly, is daar verskil van mening oor die rol wat aan hierdie versteuring toegeken word. Daar bestaan ook onsekerheid oor die feit of dit oorsaak of gevolg is. Dit is egter so 'n integrale aspek van obesiteit dat Kreidler & Chemerinski (1990) die mening toegedaan is dat die assessering en behandeling daarvan deel van enige poging tot gewigsverlies behoort te wees. Navorsing het wel aangetoon dat dit van die uiterste belang is vir langtermyn sukses in gewigbeheer (Bruch, 1962 en 1973, soos aangehaal deur Gardner *et al.*, 1989 en Sule, Kubiszyn & Jako, 1991).

Daar is algemene ooreenstemming dat obese persone 'n distorsie toon in die skatting van sy\haar liggaamsgrootte. Obese persone het 'n onvermoë om op hulle liggaamsbeeld, innerlike

behoefte, impulse en gevoelens te reageer en neig om dit te blokkeer. Die liggaamsbeeld word versteur deur visuele stimuli van hulle eie liggame te verander (Gross, 1983).

Aan die ander kant het navorsing ook aangedui dat daar by vrouens oor die algemeen 'n oorskatting van liggaamsgrootte is (Button *et al.*, 1977; Casper, Halmi, Goldberg, Eckert & Davis, 1979; Crisp & Kalucy, 1974; Fries, 1975 en Garner *et al.*, 1976, soos aangehaal deur Rodin *et al.*, 1984). Die siening wat vrouens van hulle liggame het, en in besonder wat hul gewig betref, is 'n hoogs emosionele kwessie. Kinsey het in sy ondersoek na seksuele praktyke in Amerika gevind dat vrouens verleër is oor die vraag na hulle gewig, as oor die vraag na masturbasie (Hatfield & Sprecher, soos aangehaal deur Rodin *et al.*, 1984).

Teenstrydige navorsingsbevindings word in die literatuur berig oor liggaamsbeelddistorsie ná gewigsverlies. Navorsers stem nie saam oor hoe die korrelasie tussen liggaamsbeeld en die werklike verandering in grootte verander as gevolg van gewigsverlies, of die toename in gewig nie. Glucksman & Hirsch (1969, soos aangehaal deur Gardner *et al.*, 1989) het tot die gevolgtrekking gekom dat liggaamsbeeld voor gewigsverlies so 'n onbeweeglike faset is, dat dit nie so gou verander soos werklike verandering as gevolg van gewigsverlies nie. Sowel Chwast (1978, soos aangehaal deur Gardner *et al.*, 1989), as Gardner *et al.*, (1989) het egter gevind dat liggaamsgrootteskattings wel verander met gewigsverlies en akkurater word. Hulle meld dat proefpersone in hulle studie genoem het dat hulle gereeld in die spieël gekyk en hulle gereeld geweeg het.

Dit is belangrik om kennis te neem van die ander bevinding wat in bogenoemde navorsers se studie na vore gekom het: daar is 'n groot diskrepans tussen proefpersone wat gewig verloor se werklike liggaamsgrootte, en hulle begeerde of "ideale" liggaamsgrootte. Indien hulle hierdie "ideale" doelwit sou bereik, sou hulle ondergewig wees. Dit lyk dus of hierdie bevinding steun verleen aan Brodie & Slade (1990) se siening dat mense op 'n dieet hulle doelwitte vir verdere gewigsverlies verander en daardeur blootgestel word aan 'n verminderde biologiese neiging om verder gewig te verloor - dus goeie korttermyn en swak langtermyn uitkoms.

■ Diverse faktore

- * 'n Traumatiese insident kan ook 'n oorsaak van obesiteit wees, byvoorbeeld 'n kind wat voel dat hy altyd tussen sy portuurgroep verloor. Daar is dus 'n onbewuste begeerte om sterk en groot te wees en obesiteit dien daardie doel (Gross, 1983).
- * Die obese persone vervang woede of frustrasie of gevoelens van afhanklikheid met gevoelens van honger (Gross, 1983).
- * Die eetsituasie is belaaï met spanning en angs. Die daad van ooreet verlig van dié spanning. Mense voel dikwels dat sommige, of alle kos, die mag het om sy gedrag te beheer en hom te dwing om te ooreet; al wil sy rasonale brein dit nie hê nie (Wise, 1981).
- * Obese individue mag moontlik hulle aktiwiteite verminder as gevolg van vrees om stres te hanteer. Om obese te raak, mag moontlik 'n verdediging wees teen 'n vrees vir seksuele funksionering of 'n vrees om intieme verhoudings met mense te sluit.
- * Lowen (1967, soos aangehaal deur Wise, 1981) het in sy werk met eetgedrag 'n baie eenvoudige vergelyking gemaak: moeder=kos=liggaam. Verwerping van kos kan geïnterpreteer word as verwerping van die ma. Dié argument kan verder gevoer word, soos blyk uit 'n gevallestudie wat Wise bespreek. Die outeur sê dat wanneer 'n kind 'n gebrek aan vertroeteling ervaar, die kind kan ooreet om in daardie behoefte te voorsien.
- * 'n Obsessie met kos lei volgens Wolpe (1954, soos aangehaal deur Rotatori *et al.*, 1981) tot 'n bese sirkel van dink aan kos, eet en dan skuldgevoelens oor die etery.

3.4.3 GESINSDINAMIKA

Daar is min in die literatuur beskikbaar oor die gesinsdinamika van obese persone. Moontlik omdat daar volgens Louw (1989) nie spesifieke gesinspatologie met obesiteit verbind nie.

Gesinne wat 'n gemis aan warmte en liefde ervaar, kan voedsel gebruik as 'n plaasvervanger vir liefde (Norman, 1984, soos aangehaal deur Louw, 1989). Die outeur beskryf ook moeders in sulke gesinne as eensame persone wie se eie kinderjare dikwels gekenmerk was deur sosiale, ekonomiese of emosionele deprivasie. Identifikasie met hulle goedversorgde en goedgevoede kinders, is dus onbewustelik 'n kompensasie vir die vroeëre deprivasie.

Kales (1981) het gevind dat byna 30% van alle deelnemers aan hulle program (feitlik 800), grootgeword het in 'n huis waar een ouer 'n alkoholis was.

'n Feit wat aan die lig gekom het in 'n studie wat Bronkhorst (1984) oor die psigodinamika van die obese gesin gedoen het, is dat obese gesinne beter funksioneer as gesinne van normale gewig en veral beter vaar op die kommunikasie-terrein. Sy het wel oorbetrokkenheid van gesinslede in obese gesinne gevind. 'n Beperking van haar studie is dat haar eksperimentele groep uit slegs vier gesinne bestaan het.

Moeders van meisies wat obees is, het volgens 'n studie van Zakus & Solomon (1973, soos aangehaal deur Nel, 1975) probleme met betrekking tot hulle geslagsrolidentifikasie. Hulle het ook minder suksesvolle huweliksverhoudings gehad.

3.4.4 SOSIO-KULTURELE FAKTORE

Sosio-kulturele faktore kan 'n baie belangrike rol speel, aldus Heaton (1984). In verskillende kulture en in verskillende vlakke van die gemeenskap, word obesiteit bewonder, verdra, vermy of gevrees. 'n Ander standpunt is dié van Rodin *et al.* (1984). Hulle meen dat vrouens in die Westerse wêreld se besorgdheid oor gewig en eet normaal geword het en dat eetversteurings op 'n kontinuum daarmee lê.

■ "'n Vroue-probleem"

Orbach (1978, soos aangehaal deur Inglis, 1982) is ook van mening dat kompulsiewe eet oorweldigend 'n vroue-probleem is en dat dit verband moet hou met die ervaring van vroue in ons samelewing. Hy definieer kompulsiewe eet, as eet wanneer 'n mens nie fisies honger is

nie. Dis ook 'n gevoel van uit-beheer-wees waneer kos ter sprake is. Dit kom tot uiting in óf dieet óf fuif-eet (ooreet-sessies of "binge-eating"). Inglis (1982) sluit by hom aan en vermoed as gevolg van sy ervaring in hipnoterapie met 31 obese pasiënte, dat van die bydraende faktore die volgende kan wees:

- * die vroulike rol van die voedende moeder en gevolglike identifikasie van voedsel met liefde;
- * die vroulike rol van voorbereider en bediener van kos;
- * 'n persepsie van seksueel aantreklik te moet wees en
- * 'n persepsie dat die tradisionele vroulike rol passief en hulpeloos is.

■ Preokkupasie met gewig

Daar is algemene ooreenstemming dat daar tans, veral in die populêre literatuur, 'n groeiende aandag aan dieet, oefening en selfverbetering gegee word. Dit is in lyn met die huidige preokkupasie met gewig. Dit is deels as gevolg van 'n groeiende erkenning van die ernstige gesondheidsrisiko van hierdie toestand, en deels as gevolg van die hoë premie wat op slankheid as element van fisiese aantreklikheid geplaas word (Young & Powell, 1985).

Die hoë premie wat op slankheid geplaas word, word treffend deur Mustajoki (1987) geïllustreer. Hy noem dat die LMI (liggaamsmassa-indeks) van mej. Finland die afgelope dertig jaar van 20 kg/m² tot 18 kg/m² gedaal het. Die tendens kom wêreldwyd voor (Garner, Garfinkel, Schwartz & Thompson, 1980, soos aangehaal deur Rodin *et al.*, 1984). Hy lig ook die paradoks uit: in dieselfde tyd wat die ideale liggaamsgewig vir vrouens verminder het, het obesiteit toegeneem. Volgens hom is 'n moontlike verklaring dat die kalorie-inhoud van voedsel verhoog het, terwyl die algemene fisiese aktiwiteit afgeneem het.

Rodin *et al.* (1984) plaas hulle verklaring vir hierdie fenomeen in die konteks van die vrou se dramaties veranderde lewe die afgelope twee dekades. Terwyl vrouens op feitlik alle gebiede stereotipe geslagsrolle uitbrei, verwerp en uitdaag, is voorkoms die één stereotipiese rol deur die

gemeenskap voorgeskryf, wat vrouens geïnternaliseer het. Hulle is van mening dat vrouens se najaging van skraalheid 'n vorm van kompetisie en prestasiegedrag is. Dit is 'n belangrike kompeterende domein waarin vrouens aangemoedig word om met mekaar te kompeteer (Boskind-White & White, 1983 en Brownmiller, 1984 soos aangehaal deur Rodin *et al.*, 1984). Vir baie vroue is gewig 'n vinnige en konkrete barometer waaraan sy haarself en ander vroue kan meet - hoe goed sy as vrou is.

Dit is ook interessant dat navorsing aan die lig gebring het dat vrouens maerder wil wees as wat hulle dink mans hulle wil hê. Hulle skatting van hoe maer mans hulle wil hê, is ook beduidend maerder as mans se werklike voorkeure (Fallon & Rozin's, 1984, soos aangehaal deur Rodin *et al.*, 1984).

'n Ander aspek wat Rodin *et al.* (1984) in verband met die "kompeterende" hipotese noem, is dat slankheid vir vrouens iets mag wees wat hulle kan bereik, bo en behalwe hulle bekwaamhede by die werk en huis. Die feit dat aantreklikheid gedefinieer word as "slankheid" en dat die persepsie bestaan dat dit vroulikheid verhoog, kan beteken dat die najaag van slankheid vir vrouens 'n poging is om hulle vroulikheid te behou in tradisioneel manlike beroepe. Dit is ook betekenisvol dat navorsing aangetoon het dat vrouens wat glo aan nie-tradisionele rolle vir vrouens, 'n kleiner en maerder vroueliggaam verkies en 'n groter vorm assosieer met "vrou en moeder" (Beck, Ward-Hull & McLear, 1976, soos aangehaal deur Rodin *et al.* 1984).

Die belangrikheid wat 'n aantreklike voorkoms in ons samelewing het, kan nie geringgeskat word nie. Verskeie studies soos aangehaal deur Rodin *et al.* (1984) bevestig dan ook die bevoordeling van fisies aantreklike persone op byna alle gebiede:

- * in die skool (Adams & Cohen, 1976 en Clifford, 1975);
- * in interpersoonlike situasies (Benson, Karabenick & Lerner, 1976 en West & Brown, 1971);
- * 'n beter kans om 'n werk, sowel as 'n hoër salaris te kry (Dipboye, Arvey & Terpstra, 1977 en Dipboye, Fromkin & Wibach, 1975);

- * Meer positiewe uitkoms in gesimuleerde juridiese sake (Efran, 1974 en Stephan & Tully, 1977) en
- * in die huwelikslewe - beter seksuele verhouding en meer getroue huweliksmaats (Blumstein & Schwartz, 1983).

Dit is dus geen wonder dat vrouens die ideaal van aantreklikheid najaag nie.

Verskeie sielkundiges en sosioloë het begin om skoonheid as 'n status te beskou. Fisies aantreklike persone word gesien as intelligenter, suksesvoller en meer geestesgesond as minder aantreklike persone (Young & Powell, 1985). Om slank te wees, het 'n voorvereiste geword vir die voorreg om as aantreklik beskou te word. Gevolglik kan voorafgaande onderskeidings uitgebrei word tot slank en obese persone.

Dit hou volgens Rodin *et al.* (1984) ook verband met die eiesoortige oriëntasie van vroue tot die wêreld. Hulle brei die bevindings dat vrouens hulself primêr in verhouding met ander definieer (Chodorow, 1978), ook in morele redenering (Gilligan, 1982), uit, en maak dit van toepassing op vrouens se siening van hul liggaamsbeeld. Vrouens se liggame word 'n handelsartikel, hulle fisiese voorkoms 'n interpersoonlike betaalmiddel. Vrouens is gesosialiseer om tot ander georiënteer te wees, om ander se goedkeuring nodig te hê - en hulle leer gou dat die gemeenskap vrouens wat maer is, beloon.

Vir vrouens is gewigstoename die mees sentrale manier waarop fisiese voorkoms met ouderdom verander. Dit kom ook na vore in vrouens se bekommernis daaroor. Rodin (1984b, soos aangehaal deur Rodin *et al.*, 1984) maak die vreemde bevinding dat gewigstoename naas agteruitgang in geheue, die grootste kommer by ouer vrouens veroorsaak.

Baie skrywers is van mening dat die preokkupasie met gewig lei tot die ontwikkeling van eetsversteurings soos anorexia nervosa en bulimie (Boskind-Lodahl, 1976; Bruch, 1981; Chernin, 1981; Garner & Garfinkel, 1980; Orbach, 1978, Schwartz, Thompson & Johnson, 1982; Selvini-Palazzoli, 1974 en Thompson & Schwartz, 1982, soos aangehaal deur Rodin *et al.*, 1984). Rodin *et al.* (1984) meen dat kommer oor gewig en pogings om maer te wees tans so

normatief is, dat baie vrouens gevaar loop om eetversteurings te ontwikkel. Hulle voer byvoorbeeld aan dat fuif-eet onder damestudente nou tussen 35% en 60% is (Halmi *et al.*, 1981; Hawkins & Clement, 1980; Nevo 1984 en Ondercin, 1979 soos aangehaal deur Rodin *et al.*, 1984) en dat 'n hoë insidensie van bulimiese gedrag voorkom in 'n baie uitgebreide ondersoek wat onder 1,268 hoërskooldogters uitgevoer is (Johnson, Lewis, Love, Lewis & Stuckey in die pers, soos aangehaal deur Rodin *et al.*, 1984).

Hierdie preokkupasie met gewig geld egter net die Westerse samelewing. Resente navorsing het getoon dat slegs 16,2% van swart vrouens geweet het hoeveel hulle weeg (Kruger, Van Aardt, Walker & Bosman, 1994). Swart vrouens is dus baie minder gepreokkupeerd met gewig.

■ Die rol van die "voorskriftelike" gemeenskap

'n Ander siening is dié van Brownmiller (1984, soos aangehaal deur Rodin *et al.*, 1984) wat meen dat die gemeenskap vir vrouens maniere voorskryf om onnatuurlike skoonheidsideale na te streef. Die outeur is van mening dat dieet in die plek van voetbindery en korsette gekom het. Die mensdom het 'n lang geskiedenis waarin vrouens hulle liggame vermink het ter wille van skoonheid. Ehrenreich & English (1978, soos aangehaal deur Rodin *et al.*, 1984) noem byvoorbeeld kortasemigheid, swakheid, hardlywigheid en spysverteringsprobleme as korttermyn effekte van korset dra en gebreekte ribbebene, verskuiwing van die lewer en uterusafsakking as langtermyngevolge. Ten spyte daarvan het die medici die dra van korsette aanbeveel omdat geglo is die vrou se liggaam is te swak om self regop te bly. Die outeur is van mening dat diëte vandag deur geneeshere aanbeveel word as 'n manier om gewig te verloor ten spyte van die potensieel negatiewe gevolge daarvan. Diëte het dus volgens die outeur die plek van die korsette ingeneem. Squire (1983, soos aangehaal deur Rodin *et al.*, 1984) steun hierdie siening. Noudat vrouens bevry is van korsette, gordels en stywe buustelyfies, het innerlike inperking die plek ingeneem van uiterlike inperking, omdat geglo word die vrou se liggaam het 'n leemte en moet hervorm word (Brownmillar, 1984, soos aangehaal deur Rodin *et al.*, 1984).

Freedman (1988) verwys na die sosiale norms wat "neuroties" is en wat onmoontlike standarde vir vroulike skoonheid daarstel, met die gevolg dat liggaamsbeeld versteur word en selfwaarde vernietig word.

■ Stigmatisering van obesiteit

Verskeie studies het bevind dat daar 'n verband is tussen obesiteit en sosiale klas. Mustajoki (1987) bespreek die Midtown Manhattan Study van New York. Dit het bevind dat die voorkoms van obesiteit by vroues ses maal groter is onder die laagste, as onder die hoogste sosiale klas. Die korrelasie tussen sosiale klas en obesiteit kan geïnterpreteer word as 'n aanduiding dat mense in 'n laer sosiale klas makliker vet word. Die teenoorgestelde is volgens Mustajoki (1987) ook moontlik waar, naamlik dat obese mense sosiale status verloor.

Dit kan ook verklaar word deur die diskriminasie teen obese persone in die opvoedkundige en beroepsveld. Verskeie studies toon aan dat daar op hierdie gebied teen obese persone gediskrimineer word (Canning & Mayer, 1966 en Larkin & Pines, 1979, soos aangehaal deur Rodin *et al.*, 1984). Daar kan dus geredeneer word dat obese persone die geleentheid ontnem word om in 'n hoër sosiale klas te funksioneer.

Die diskriminasie teen obese persone word bevestig in 'n studie van Young & Powell (1985) waarin hulle deur middel van 'n fotografiese proses drie foto's van 'n kliënt gemaak het waarin sy oorgewig, orees en haar regte gewig is. Hulle het gevind dat geestesgesondheidswerkers meer negatiewe sielkundige eienskappe aan obese kliënte toeskryf as aan oorgewig en regte gewig kliënte. Vrouewerkers is skerper in hulle assesering van obese kliënte as manlike werkers en ouer werkers is minder geneig om negatiewe eienskappe aan obese persone toe te dig as jonger werkers. Oorgewig geestesgesondheidswerkers differensieer minder tussen normale, oorgewig en obese kliënte. Dit blyk dus dat selfs geestesgesondheidswerkers obesiteit stigmatiseer.

Daar is heelwat navorsing wat die stigmatisering van obesiteit bevestig. Kinders leer van kleins af dat obesiteit 'n skande is. Rodin *et al.* (1984) maak melding van twee studies (Goodman, Richardson, Dornbusch & Hastorf, 1963 en Richardson, Goodman, Hastorf & Dornbusch, 1961)

wat aandui dat kinders 'n negatiewer houding teenoor obese kinders het as kinders met ander gebreke, soos om in 'n rolstoel te wees of 'n geskende gesig te hê. Die outeurs meld dat selfs hoërskoolkinders 'n groter sosiale afstand van obese klasmaats, as klasmaats met 'n gebrek verkies (ondersoek van Matthews & Westie, 1966, soos aangehaal deur Rodin *et al.*, 1984).

Navorsing suggereer dat dokters 'n negatiewe houding teenoor obese pasiënte het en verskeie ongewenste kwaliteite aan obesiteit toeskryf, byvoorbeeld gebrek aan kontrole (Allon, 1979, soos aangehaal deur Young & Powell, 1985).

Rodin *et al.* (1984) meld tereg dat in ons samelewing obesiteit veral onder vrouens gestraf word - sielkundig, sosiaal en ekonomies.

3.5 KLINIESE BEELD VAN OBESITEIT EN OORGEWIG

3.5.1 FISIESE SIMPTOME

Die fisiese simptome van obesiteit is baie relatief en kan bepaal word deur middel van 'n skaal of bloot die uiterlike voorkoms van die obese persoon (Nel, 1975). Vet-verspreiding is belangrik. Abdominale obesiteit (sogenaamde appelvorm) wat meer algemeen by mans is, is meer skadelik as "gynoid" obesiteit (sogenaamde peervorm), wat meer by vrouens voorkom (Badenhorst & Walker, 1994). Navorsers raak egter al hoe meer bewus van die sekondêre fisiese simptome waarvoor obesiteit verantwoordelik is.

Oorvoeding lei tot vinnige groei, vroeë puberteit, groter vrugbaarheid en vroeë veroudering. Metabolisme word op verskeie maniere versteur. Die sintese van cholesterol en trigliseriede verhoog, sowel as die vlakke van lipiede in die bloed en gal. Die meeste gevalle van nie-insulien afhanklike diabetes (tipe 2-diabetes) hou verband met obesiteit (Heaton, 1984). Seftel (1992) wys daarop dat internasionale versekeringstatistiek aandui dat obesiteit die oorsaak is van 50% van hipertensie en verband hou met 30% van osteoartritis in die knie.

'n Verhoging in 20% liggaamsgewig verhoog die risiko van hipertensie, koronêre hartsiektes en lipiedversteurings. Obesiteit word ook beskou as 'n risikofaktor in sommige tipes kanker en word geassosieer met gewrigsiektes, galstene en asemhalingsprobleme (Mahan & Arlin 1992).

Dit blyk dat obesiteit ook die kwaliteit van slaap negatief beïnvloed. Navorsing in die VSA het aangetoon dat selfs 'n vermindering van 10 kg, gelei het tot betekenisvolle verbetering in die kwaliteit van slaap (Turner, 1992).

Ander feite wat aan die lig gekom het, is dat wanneer depressie geassosieer word met oorgewig, daar verhoogde afhanklikheid van tabak en alkohol is. Hierdie faktore dra almal by tot 'n hoër siekte- en sterfterisiko. Die risiko vermeerder egter nie bloot deur die risikofaktore bymekaar te tel nie, maar deur dit te vermenigvuldig (Seftel, 1992).

Sterfterisiko verhoog met 'n LMI van 25 of meer (Seftel, 1992 en Mahan & Arlin, 1992). Inligting van versekeringsmaatskappye wat 750 000 mense dek, het aan die lig gebring dat die laagste sterfterisiko voorkom by persone 10% tot 20% onder hulle gemiddelde gewig. Persone 30% tot 40% bokant hulle gemiddelde gewig het 'n 50% hoër sterftesyfer, terwyl die sterftesyfer 90% groter is vir mense oor 40% van hulle gemiddelde gewig (Mahan & Arlin (1992). Volgens Heaton (1984) lei lompeid by obese persone tot groter ongeluksgeneigdheid.

Behalwe die fisiese simptome van obesiteit, is dit ook moeilik om obese persone fisies te ondersoek: abdominale gewasse word dikwels nie opgemerk nie en polsslag word moeilik gevoel. Die groter risiko's verbonde aan chirurgie en narkose sluit die volgende in: longprobleme, trombose in diep are, verhoogde voorkoms van bloeding, infeksie en swak heling van wonde (Seftel, 1992).

3.5.2 PSIGIESE SIMPTOME

Obesiteit is vir baie jare beskou as 'n suiwer mediese toestand (Van Strien, 1986, soos aangehaal deur Rajmakers, 1991). Die psigoanaliste het egter tot die gevolgtrekking gekom dat sielkundige faktore bydraend tot obesiteit is en daaruit het die psigosomatiese teorieë ontwikkel.

Obesiteit is 'n toestand waarin daar 'n belangrike wisselwerking tussen fisiese en psigologiese aspekte is. Kaplan & Sadock (1991) bespreek obesiteit dus tereg in 'n hoofstuk getiteld "Behavioral Medicine and Psychological Factors Affecting Physical Condition (Psychosomatic Disorders)". Die weglating van die terme psigofisiologies of psigosomaties in die DSM-III (uiteeraard in die DSM-IV ook) word deur hulle as 'n leemte beskou wat die belangrike interaksie tussen psige en liggaam te min beklemtoon.

Daar manifesteer egter geen tiperende psigologiese simptome by obese persone nie. Om te praat van simptome is in elk geval riskant, omdat daar verskil van mening is oor wat oorsaak en wat gevolg is, soos genoem onder psigologiese faktore by die etiologie van obesiteit (punt 3.4.2).

Daar is anekdotiese getuienis dat onaantreklike eienskappe soos luiheid, slapheid ("sloppiness"), aseksualiteit, gebrek aan beheer en emosionaliteit aan obese persone toegeskryf word (Millman, 1980, soos aangehaal deur Young & Powell, 1985.) Empiriese navorsing bevestig hierdie algemene negatiewe evaluering van obese persone (Allon, 1979; Maddox *et al.*, 1968; Lerner & Korn, 1972; Lerner, 1969, soos aangehaal deur Young & Powell, 1985 en Leader, 1992).

Hierdie stigma beïnvloed selfbeeld en sosiale identiteit, en as gevolg daarvan die geestesgesondheid van die obese persoon. Dit kan volgens Young & Powell (1985) daartoe lei dat die persentasie obese persone wat hulp soek by geestesgesondheidsberaders, groter kan wees as dié van die algemene populasie.

Rodin *et al.* (1984) stem saam dat selfbeeld nadelig beïnvloed word en dat gevoelens van hulpeloosheid en frustrasie die gevolg is van onsuksesvolle dieetpogings. Hulle glo ook dat die gevolge van kommer oor gewig en kroniese ontevredenheid met hul liggaam ook 'n oorsaak van depressie by baie vrouens is. Raijmakers (1991) het in haar studie aangetoon dat depressie inderdaad voorkom by vetsugtige persone en dat depressie deurlopend tydens gewigsverliesprogramme voorgekom en gefluktueer het.

Kales (1981) is van mening dat die oorgewig persoon 'n passiewe selfkonsep het wat oorspoel na ander fasette van haar lewe: sy sê moeilik nee vir die eise van ander en kan moeilik grense stel. Hierdie passiwiteit vererger haar magteloosheid teenoor kos.

3.6 PROGNOSE

Die prognose vir obesiteit is baie swak. Volgens Seftel (1992) is die langtermyn sukses van gewigsverlies so laag as 5%. Dit is een van die moeilikste fisiese en sielkundige probleme as gevolg van die weerstand teen behandeling (Raijmakers, 1991). Die redes daarvoor word bespreek onder die opskrif: "Redes vir mislukking van diëte en gewigsverliesprogramme" (punt 3.8). Uit die literatuur (Oelofse, 1984a, soos aangehaal deur Bronkhorst, 1984 en Stunkard, 1987, soos aangehaal deur Raijmakers, 1991) blyk dit dat die volgende aspekte by prognose ter sprake is:

- * Duur van obesiteit: Die probleem is moeiliker behandelbaar hoe langer iemand oebes is.
- * Omvang van obesiteit: Die prognose word swakker indien iemand baie oorgewig is.
- * Inkomste van persoon: Persone in die hoër inkomstegroepe verloor makliker gewig.
- * Mediese oorsaak van obesiteit: Die suksesvolheid van gewigsverlies vermeerder as die oorsaak medies van aard is.
- * Huwelikstatus: Getroude persone verloor makliker gewig as ongetroude persone.
- * Geslag: Mans verloor makliker gewig as vrouens.
- * Stabiele persoonlikheid.
- * Hoë motivering.
- * Afwesigheid van vorige onsuksesvolle pogings om gewig te verloor.

3.7 BEHANDELING VAN OBESITEIT

Verskeie intervensies met wisselende sukses is al gebruik om obesiteit te behandel.

3.7.1 FISIOLOGIESE BEHANDELING

Verskeie studies toon aan dat selfs min gewigsverlies voordelige verandering bring in koronêre risikofaktore, soos bloeddruk en rustende harttempo (Stamler, Farinaro, Majonnier, Hall, Moss & Stamler, 1980 en Tuck, Sowers, Dornfield, Kledzick & Maxwell, 1981, soos aangehaal deur Dubbert & Wilson, 1984). Dubbert & Wilson (1984) het in hulle eie studie dit ook bevestig, maar dit is volgens hulle die gevolg van die kombinasie van gewigsverlies en verhoogde aktiwiteit.

■ Dieet

Dieet is 'n poging om beheer te kry oor eetgedrag en behels in die meeste gevalle 'n laer kalorie-inname. Aanvanklik het die voorskryf van 'n dieet gespruit uit die geloof dat 'n gebrek aan kennis omtrent die kalorie waarde van voedsel die beperkende faktor in gewigsbeheer is. Later is geglo dat genoegsame motivering om by 'n dieet te hou, die essensiële bestanddeel tot suksesvolle gewigsverlies is (Rajmakers, 1991). VanItallie (1980, soos aangehaal deur Rajmakers, 1991) verskil hiervan en beklemtoon saam met Garrow (1987) die kompleksiteit van obesiteit.

Statistiek (Foreyt, Goodrick & Gotto, 1981 en Stunkard & Penick, 1979, soos aangehaal deur Dubbert & Wilson, 1984) staaf die vrugteloesheid van diëte. Feinstein (1975, soos aangehaal deur Kales, 1981) is van mening dat slegs 2 uit elke 100 pasiënte op gewigsbeheerprogramme nie binne 'n jaar weer die gewig sal optel nie. In 'n studie met 'n langer opvolgperiode, het Johnson & Denick (1977, soos aangehaal deur Kales, 1981) gevind dat van 121 obese pasiënte wat voedselinname beperk het, slegs sewe 7.3 jaar later nog die verminderde gewig gehandhaaf het, terwyl 50% hulle oorspronklike gewig binne drie jaar na die dieet weer herwin het.

■ Oefening in die behandeling van obesiteit

In beginsel kan gewig verloor word deur 'n verhoging in energieverbruik, dus 'n negatiewe energiebalans, daar te stel. Raijmakers (1991) haal Wirth (1987) en Brownell & Stunkard (1980) aan wat gevind het dat oefening op sigself nie effektiewe gewigsvermindering kan bewerkstellig nie. Dit moet egter beskou word as 'n belangrike deel van die instandhouding van gewigsverlies. Lambert (1990) voer aan dat oefening saam met dieet, die verlaging in basale metabolisme wat met konvensionele diëte gepaard gaan, moontlik kan voorkom. Onder gewigsverliesprogramme (punt 3.7.3) word daar verwys na resente navorsing in die verband.

Sommige skrywers meld dat verhoogde aktiwiteitsvlak lei tot verminderde voedselinname (Kaplan & Sadock, 1981 en Arieti, 1975, soos aangehaal deur Bronkhorst, 1984). Ander verskil en voer aan dat toename of vermindering van oefening nie 'n effek het op inname van voedsel nie (Stern, 1984 en Wirth, 1987, soos aangehaal deur Raijmakers, 1991). Die belangrikheid van oefening vir obese pasiënte lê waarskynlik in die sielkundige voordele daarvan. Volgens die beskouing van Stern (1984, soos aangehaal deur Raijmakers, 1991) lei oefening tot 'n gevoel van welsyn en selfs euforie. Wanneer oefening gekombineer word met 'n gewigsverliesprogram, word dit geassosieer met 'n skuif na 'n meer interne lokus van kontrole of gevoelens van in beheer wees van 'n mens se lewe.

■ Farmakologiese behandeling

Farmakologiese behandeling van vetsug behels die gebruik van termogene middels (tiroïedhormone), middels wat intestinale absorpsie van vette en koolhidrate rem en veral eetlusdempers (Van Rooyen, 1990). Laasgenoemde behels 'n selektiewe verhoging in die vlakke van neurotransmitters (veral serotonien en noradrenalin) in die hipotalamiese eetlusbeheersentrums. Dit fasiliteer vermindering in liggaamsgewig, deurdat aptyt onderdruk word en minder kos dus ingeneem word. Die grootste onderdrukkende effek is op koolhidrate, met 'n gemiddelde effek op vet en 'n kleiner effek op proteïnnname. Dit lei ook tot kleiner maaltye en groter intervalle tussen voedselinname (Spring & Pingitore, 1991).

Farmaseutiese behandeling van obesiteit is by verre die gewildste metode van gewigsverlies, aangesien dit moeiteloos is. (Haskew & Adams, 1984, soos aangehaal deur Raijmakers, 1991). Dit is egter nie 'n baie suksesvolle metode nie en die langtermyngebruik daarvan is gevaarlik. Die meeste eetlustdempers bevat Amfetamien, DexFenfluramien, Efedrien en Masindol. Amfetamien en Fenfluramien is gewoontevormend (De Lamater, 1981, soos aangehaal deur Oelofse, 1984). Boonop lei die terminering van die gebruik daarvan tot gewigstoename (Guy-Grand, 1991 en Van Rooyen, 1990) en kan dit volgens laasgenoemde outeur depressie vererger.

Sowel Simpson *et al.* (1987, soos aangehaal deur Raijmakers, 1991) as Bruch (1974, soos aangehaal deur Bronkhorst, 1984) stel dit dat die gebruik van medikasie vir die behandeling van obesiteit, nie geregverdig kan word nie.

■ Chirurgie

Daar is drie vorms van chirurgiese behandeling vir obesiteit: kosmeties, gastries en oraal. In kosmetiese chirurgie word vetweefsel van die liggaam verwyder deur vetuitsuiging of chirurgie. Gastriese chirurgie word gewoonlik slegs op erg obese persone uitgevoer en behels die verkorting van die dunderm (jejuno-ileostomie) of verkleining van die maag (gastriese kortsluiting of gastroplastie) (Theron, 1990). Die derde vorm behels die vasbind van die kakebene, 'n dentale prosedure, wat gewigsverlies veroorsaak onder die aanname dat die semi-vloeibare dieet wat die persoon dan moet volg, 'n laer kalorie waarde sal hê. Nie-chirurgiese behandeling behels die inplasing van die intragastiese ballon wat daarop gemik is om 'n volgehoue versadigingsgevoel teweeg te bring (Theron, 1990).

Sowel Oelofse (1984) as Bronkhorst (1984) beskou chirurgie as radikale terapie en verskeie skrywers waarsku teen die gevare daarvan, omdat obese pasiënte chirurgiese risiko's is (Gries, 1987; Kral & Kissileff, 1987 en Pasulka, Bistran, Benotti & Blackburn, 1986, soos aangehaal deur Raijmakers, 1991). Theron (1990) meen dat dit die enigste behandelingsmetode vir morbiede vetsug is (liggaamsmassa meer as 45 kg van ideale gewig), en dat die risiko's van die metodes opgeweeg moet word teenoor dié van morbiede vetsug.

3.7.2 PSIGOLOGIESE BEHANDELING

■ Individuele psigoterapie

Hoewel individuele psigoterapie sommige obese pasiënte kan help om die lewe meer volwasse en realisties te benader, sal die invloed daarvan op gewigsverlies slegs indirek wees (Raijmakers, 1991). Garrow (1978, soos aangehaal deur Raijmakers, 1991) glo dat psigoterapie om dié rede glad nie as behandeling vir obesiteit gesien kan word nie. Verskeie skrywers verskil hiervan en is van mening dat psigoterapie 'n essensiële komponent van enige gewigsverliesprogram behoort te wees (De Lamater, 1981, soos aangehaal deur Oelofse, 1984; Bruch, 1974 en Fawzy, Wellisch, Pasnau, Dornfeld, Maxwell & Schroth, 1984, soos aangehaal deur Raijmakers, 1991).

Kales (1981) is van mening dat 'n program vir 'n oorgewig persoon wat liefste nie 'n dieet moet volg nie, die volgende moet behels:

- * Sielkundige insig in die komplekse fasette rondom die kliënt se gewigsprobleem, sodat sy die aard van haar weerstand kan verstaan.
- * Sy moet helderheid hê oor haar motivering om gewig te verloor, en ook enige vrese wat sy het om maer te word, eksploreer.
- * Sy moet meer effektiewe, minder selfdestruktiewe maniere kry om emosionele behoeftes uit te druk, eerder as ooreetgedrag. Alternatiewe hanteringsmeganismes kan selfgeldingsopleiding, kommunikasievaardighede en stresmanteringsmeganismes, soos progressiewe ontspanning en asemhalingsoefeninge insluit. Kales beklemtoon dat al hierdie werk gedoen moet word voordat sy 'n dieet verantwoordelik kan gebruik.
- * Die oorgewig persoon moet leer om haar te versoen met haar innerlike liggaamsresponse en dit te ontwikkel deur bewus te word van honger- en versadigingsensasies. Liggaamsbewustheidsoefeninge en gedragsmodifikasie kan help.

- * Werk aan 'n positiewer selfbeeld kan help om self-destruktiewe eetpatrone prys te gee. In alle geval behoort gewigsverlies per se nie die primêre doel te wees nie.
- * Wanneer die oorgewig persoon wel gewig verloor, behoort sy hulp te kry om by haar maer-self aan te pas, in stede daarvan om alleen gelaat te word met 'n liggaam wat vir haar vreemd voel en wat dan dikwels daartoe lei dat sy maar net weer al die gewig optel wat sy verloor het.

■ Gedragsterapie

Hieronder val 'n wye verskeidenheid tegnieke:

- * **Aversie beheertegnieke:** Wolpe (1954, soos aangehaal deur Rotatori *et al.*, 1981) het van hierdie tegniek gebruik gemaak. Dit behels dat die kliënt geskok word terwyl sy sekere kos in haar verbeelding sien. Hoewel navorsing aangedui het dat hierdie tegniek effektief is vir gewigsverlies, meld Cautela (1966, soos aangehaal deur Rotatori *et al.*, 1981) dat die metode dikwels lei tot premature terminering van terapie.
- * **Kovert sensitisering:** Die kliënt word hiertydens gevra om die eet van 'n aangename voedselsoort te visualiseer, terwyl sy terselfdertyd instruksies ontvang om te visualiseer hoe sy naer word en uiteindelik die voedsel braak. Oefening word ook verskaf in visualisering van gunstelingvoedselsoorte wat geweier word en hoe goed dit voel om die versoeking te weerstaan. Daar is egter onsekerheid of dit die metode of die aandag en suggestie van die terapeut is wat die verandering bewerkstellig. Daar is ook aanduidings dat kliënte se gebruik van die prosedures aansienlik afneem soos behandeling voortgaan.
- * **Kontingensiekondisionering:** Hierdie metode behels dat die kliënt opgelei word om haar eetgedrag te monitor en te beheer deur 'n versterkingskontingent. Dikwels moet die kliënt geld of waardevolle artikels aan die terapeut gee en kry dit dan terug wanneer doelwitte vir gewigsverlies bereik word. Hoewel hierdie metode suksesvol is

vir gewigsverlies, het sommige kliënte ekstreme metodes gebruik (byvoorbeeld lakseermiddels) om gewig te verloor.

- * **Tekenekonomieprogramme:** Hierdie metode behels dat tekens of punte verdien word vir spesifieke teikengewig wat verloor word. Die tekens of punte word verruil vir sekere voorregte. In die literatuur word melding gemaak van die suksesvolle gebruik daarvan met kinders en pasiënte in inrigtings (Rotatori *et al.*, 1981).
- * **Selfbeheertegnieke:** Ferster *et al.* (1962, soos aangehaal deur Rotatori *et al.*, 1981) beskryf sy tegniek as identifisering en manipulering van veranderlikes wat eetgedrag beïnvloed, byvoorbeeld tyd, plek en manier waarop kos geëet word en die bewusmaking aan obese persone van die negatiewe gevolge van ooreet (byvoorbeeld vroeë dood, hartprobleme, ensovoorts), sowel as die positiewe gevolge van ontspanningsaktiwiteite wat onversoenbaar is met eet. Die rasionaal van hierdie metode is die ontwikkeling van selfbeheervaardighede. Wollersheim (1970, soos aangehaal deur Rotatori *et al.*, 1981) en Penick *et al.* (1971, soos aangehaal deur Rotatori *et al.*, 1981) het in hulle navorsing aangetoon dat die metode baie suksesvol was: eersgenoemde in vergelyking met sosiale druk (soortgelyk aan Weight Watchers), en 'n nie-spesifieke terapiegroep, en laasgenoemde in vergelyking met tradisionele groepspsigoterapie.

■ Hipnoterapie

Die Macquarie Universiteit se gewigbeheerprogram (Walker *et al.*, 1982) gebruik hipnose wat die volgende areas dek:

- * nuwe gewoontes met betrekking tot kos;
- * oefening;
- * hantering van spanning of die kompulsie om verkeerde voedsel te eet;
- * verhoogde innerlike kontrole en
- * verhoogde selfwaarde.

Gedurende hipnose word algemene dieetreëls vir dieet wat gedurende die wakkertoestand aan die kliënte gegee word, herhaal. Die hipnoseteks word vir elke individuele persoon aangepas.

Hipnose met suggesties aan die pasiënt om fisies aktief te wees en selfs daaglik te oefen, kan gebruik word om hipoaktiwiteit by obese persone hok te slaan (Gross, 1983).

Om obese pasiënte te help om hulself meer objektief te sien, word 'n beter liggaamsbeeld in die nabye toekoms deur middel van suggestie aan die pasiënt gebied. Die pasiënt word ook aangemoedig om verskillende liggaamsdele aan te raak met die doel om die pasiënt se perseptuele kognitiewe vermoë van die grootte en fisiologiese sensasies van haar liggaam en liggaamsbeeld te verbeter.

■ **Beelding**

Orbach (1978 en 1982, soos aangehaal deur Martin & Williams, 1990) gee vir pasiënte wat aan eetsversteurings ly, sekere situasies om in hulle verbeelding op te roep. Sodra hulle 'n duidelike beeld het, word hulle gevra om die beeld van hulself in die situasie te manipuleer, deur hulself vet te sien en dan weer maer. Die persoon moet dan haar gevoelens en gedagtes in hierdie situasie (dus maer en vet) beskryf. Dit bring dikwels onderliggende sielkundige probleme relevant aan die versteuring na vore. Terapie behels dan die deurwerk daarvan.

Behandeling van gewigsprobleme kan ook behels dat die emosionele gebruik en misbruik van kos met die individuele ooreter eksploreer word. Volgens Wise (1981) kan beelding gebruik word om helende of belemmerende beelde te ontdek. Negatiewe beelde kan verander word deur gerigte beelding.

Wise (1981) gebruik aktiewe beelding, saam met beweging en verbale kommunikasie by die behandeling van obesiteit. Haar intervensie kan soos volg opgesom word:

* raak ontvanklik sodat aandag na binne gerig word (gewoonlik deur ontspanningsoefeninge);

- * fokus op die liggaam, identifiseer liggaamsdele en gee aandag aan enige deel wat meer gespanne of emosioneel gelaai is;
- * kry 'n visuele beeld vir die liggaamsdeel wat "werk" nodig het, byvoorbeeld die leëdeel, vetdeel, kwaaddeel, ensovoorts;
- * moedig dié liggaamsdeel aan om 'n beeld van aksie of interaksie te word;
- * volg die opvallende elemente van die beeld, exploreer die boodskap of die beweging van die beeld en
- * verbaliseer aspekte van die ervaring.

Op hierdie wyse kan liggaamsintrojeksies ontdek word. Die pasiënt word gehelp om die hoe en waar van probleme in sy liggaam te lokaliseer. Konflikoplossing word gefasiliteer deur elemente van fisiese en visuele beelde te exploreer. Verbalisering van die inhoud en affek wat deur beelde gesuggereer word, bring verdere insig.

■ Groepspsigoterapie

Hierdie behandeling behels 'n gereelde byeenkoms van 'n klein groepie pasiënte met 'n terapeut oor 'n lang tyd. Kahn (1978, soos aangehaal deur Oelofse, 1984) het bevind dat groepslede steun en motivering nodig het, voordat beheer oor hulle eetgewoontes aangeleer kan word. Strong (1975, soos aangehaal deur Oelofse, 1984) het tot die gevolgtrekking gekom dat hierdie benadering beter resultate bied as medikasie, chirurgie en oefening.

Orbach (1979, soos aangehaal deur Raijmakers, 1991) beskou die volgende ses doelwitte as belangrik in groepspsigoterapie vir eetversteurings:

- * demonstreer dat die pasiënt belang het daarby om vet te wees;
- * wys dat hierdie belang grootliks onbewus is;
- * spesifieke oefeninge om die tema in die pasiënt se onbewuste te bring;
- * eksplorاسie van die betekenis wat vet-wees vir elke individu inhoud;

- * eksplorاسie van die vraag of die vet doen wat dit veronderstel is om te doen en
- * hulp, sodat die pasiënt aspekte van die self wat voorheen slegs aan vet toegeskryf is, herontdek en toe-eien.

Orbach (1979, soos aangehaal deur Raijmakers, 1991) het bevind dat die groepsproses lede van die groep help om te identifiseer met wat die groepslede ervaar. Dit lei volgens Bess & Marlin (1985, soos aangehaal deur Raijmakers, 1991) ook tot versterking van motivering en verhoog dieet- en gedragsmodifikasie.

Hoewel 'n groepspsigoterapeutiese program hoë prognostiese waarde toon, het 'n studie deur Fwazy *et al.* (1984, soos aangehaal deur Raijmakers, 1991) getoon dat daar 'n hoë uitvalsyfer in hierdie groepe is, vanweë intense negatiewe gevoelens wat wakker gemaak word en hoë angs as gevolg van die vrees dat groepslede verplig voel om hulself bloot te stel.

3.7.3 GEWIGSVERLIESPGRAMME

In 'n oorsig oor die ontwikkeling en verbetering van gewigsverliesprogramme die afgelope 20 jaar, kom Brownell & Wadden (1986, soos aangehaal deur Brodie & Slade 1990) tot die gevolgtrekking dat programme meer omvattend geword het en spesifieke voeding, oefening, sosiale ondersteuning en kognitiewe komponente bevat. 'n Belangrike kenmerk van die nuwe programme is die oefeningkomponent. Ten minste vier groot ondersoekgroepe het nou aangetoon dat oefening die effektiwiteit van gewigsverlies in dieetprogramme beduidend verhoog (Harris & Hallbauer, 1973; Stalonas, Johnson & Christ, 1978; Dahlkoetter, Callaghan & Linton, 1979 en Epstein, Wing, Koeske & Valoski, 1984, soos aangehaal deur Brodie & Slade 1990).

Dubbart & Wilson (1984) bevestig die belangrikheid van oefening in hulle oorsig van meer doeltreffende behandelingstrategieë. Hulle voeg die volgende by:

- * toepaslike doelwitbeplanning (Bandura & Simon, 1977; Chapman & Jeffrey, 1979; Loro, Fisher & Levenkron, 1979, soos aangehaal deur Dubbert & Wilson, 1984);

- * om deelnemers spesifieke kognitiewe gedragstrategieë te leer om terugval te verhoed (Rosenthal, 1983, soos aangehaal deur Dubbert & Wilson, 1984) en
- * om betekenisvolle ander, veral eggenotes, te help om ondersteunend te wees in die gewigbeheerprogram (Brownell, Heckerman, Westlake, Hayes & Monti, 1978; en Pearce, LeBow & Orchard, 1981, soos aangehaal deur Dubbert & Wilson, 1984).

Dubbert & Wilson (1984) het in hulle studie die belangrikheid van doelwitte stel, bevestig. Mense wat daaglik doelwitte gestel het, het in 'n opvolgstudie 3 maande later nog steeds gewig verloor. Dié wat weeklikse doelwitte gestel het, het gewigsverlies behou en die wat geen doelwitte gestel het nie, het gewig opgetel.

In 'n omvattende studie na die sosiopsigologiese voorspellers van gewigsverlies, het Pratt & McLaughlin (1992), die volgende bevind: selfvertroue is die belangrikste voorspeller van suksesvolle gewigsverlies. Die outeurs definieer selfvertroue as die mate waarin proefpersone voel dat hulle beheer het oor eet- en oefengewoontes, asook hulle motivering en vertroue gedurende 'n program. Hierdie resultate klop met navorsing wat Leon (1975, soos aangehaal deur Brodie & Slade, 1990) bevind het, naamlik dat die persoon se persepsie van sy selfbeheer verband hou met suksesvolle gewigsverlies.

Faktore wat volgens Pratt & McLaughlin (1992) indirek lei tot suksesvolle gewigsverlies, is tevredenheid met die program en 'n persoon se persepsie van die belangrikheid daarvan om gewig te verloor. Geantisipeerde gewigsverlies het ook betekenisvol verband gehou met werklike gewigsverlies, vir sowel uitvallers uit die program as diegene wat dit voltooi het. Hierdie resultate bevestig bevindings van Bennett (1986, soos aangehaal deur Brodie & Slade, 1990). Die outeurs beklemtoon sosiale ondersteuning vir persone in 'n gewigsverliesprogram, veral vir diegene wat nie die program voltooi nie.

3.8 REDES VIR MISLUKKING VAN DIËTE EN PROGRAMME

3.8.1 Inleiding

Opinies omtrent die redes vir die mislukking van diëte en en gewigsverliesprogramme wissel van sielkundige tot sosiale tot biologiese faktore. 'n Studie van Leon (1975, soos aangehaal deur Brodie & Slade 1990) het byvoorbeeld gevind dat daar 'n positiewe korrelasie is tussen gewigsverlies en waargenome selfkontrole. Brodie & Slade (1990) se studie het weer aangetoon dat verskille in motivering slegs belangrik is om te bepaal wie vir hulp gaan aanklop - sodra die besluit geneem is, het "motivering" 'n beperkte impak. Uit hulle navorsing het hulle aangetoon dat persone op 'n dieet, as gevolg van suksesvolle gewigsverlies, hulle doelwitte, ideale en verwagtings vir verdere gewigsverlies in so 'n mate verander, dat hulle hulle eie pogings vir verdere gewigsverlies saboteer. Dit het geblyk uit die betekenisvolle verhoging van perfeksonisme op die SCAN-skaal (The setting conditions for anorexia nervosa scale).

Die ernstige probleem met die groot uitvalsyfer uit gewigsverliesprogramme, kon tot dusver nog nie bevredigend opgelos word nie. Volgens Rotatori (1978, soos aangehaal deur Rotatori *et al.*, 1981) verbaliseer persone wat uitval reeds vroeg in behandelingsessies dikwels selfkritiek. Dit spruit skynbaar uit hul gesin se gedragspatroon vroeër, waar die persoon op dieet geterg is oor dieetpogings en daar kritiek was oor hulle redes om gewig te verloor. Hulle stel voor dat mense wat aan 'n program wil deelneem, 'n maand lank rekord moet hou van basislyndata voor hulle gekies kan word om deel te neem aan 'n bepaalde program. Op dié manier kan mense se motivering getoets word.

Rotatori (1978, soos aangehaal deur Rotatori *et al.*, 1981) het gevind dat daar by verstandelik vertraagde obese persone gedurende 'n gewigsverliesprogram, psigosomatiese klagtes was en verhoogde afreagerende gedrag. Dit kan 'n aanduiding van simptoombervanging wees. Navorsing met nie-verstandelik gestremdes het nie simptoombervanging gevind nie (Wollersheim, 1970 en Harris & Bruner, 1971, soos aangehaal deur Rotatori *et al.*, 1981). Laasgenoemde maan egter dat dit in ag geneem moet word by kliniese populasies.

Verskeie studies deur Mayer, Dwyer & Feldman (soos aangehaal deur Kales, 1981) wys op die nodigheid om sosio-ekonomiese veranderlikes in ag te neem in die bepaling van mense se motivering om te dieet.

Navorsing van Dubbert & Wilson (1984) het in 'n opvolgstudie aangetoon dat groot fisiese en sielkundige stressors nadat behandeling gestaak is, verbind kan word met gewigstoename; en die afwesigheid daarvan, met suksesvolle instandhouding van gewigbeheer.

3.8.2 BIOLOGIESE FAKTORE

Rodin *et al.* (1984) argumenteer dat die huidige skoonheidsideaal 'n gewig voorskryf wat vir die meeste vrouens onrealisties laag is as gevolg van biologiese faktore. Die aanname van die gemeenskapsideaal is dat 'n vrou kan kies en verantwoordelik is vir haar liggaamstipe en gewig. Liggaamsgrootte en gewig sluit egter 'n groot genetiese komponent in, soos bespreek onder die etiologie van obesiteit - fisiologiese faktore (punt 3.4.1). Daar is ook tempoverskille in die metabolisme van mans en vrouens, waar laasgenoemde oor die algemeen laer is as gevolg van die verhouding tussen vet en maer weefsel.

Geslagshormone speel waarskynlik ook 'n belangrike rol in die stimulering van vetopberging. Daarbenewens het fisiologiese veranderinge in die mylpale van die vrou se biologiese ontwikkeling - puberteit, swangerskap en die menopouse - ook die potensiaal om gewig te vermeerder. Hoewel die presiese rol van geslagshormone in gewigstoename nog nie volledig verstaan word nie, blyk dit dat progesteron gewigstoename affekteer (Dalvit-MacPhillips, 1983 en Dippel & Elias, 1980, soos aangehaal deur Rodin *et al.*, 1984) en ook die smaaklikheid van soet kos verhoog (Dippel & Elias, 1980 en Rodin, 1984a, soos aangehaal deur Rodin *et al.*, 1984). Die progesteronvlak verhoog met swangerskap en sekere tye in die menstruasiesiklus en kan vrouens se verhoogde aptyt gedurende hierdie tye verklaar. Liggaamsvet neem ook toe na die 40ste jaar, veral by vroue (Young en medewerkers, 1963, soos aangehaal deur Rodin *et al.*, 1984).

Wanneer daar na die biologiese gevolge van dieet gekyk word, blyk dit dat vermindering van kalorie-inname metabolisme onderdruk (Apfelbaum, 1975 en Garrow, 1978, soos aangehaal deur Rodin *et al.*, 1984). Dit gee aanleiding tot 'n bouse kringloop, want met elke opeenvolgende dieetpoging verhoog die effek van hierdie metabolisme-onderdrukking (Garrow, 1978, soos aangehaal deur Rodin *et al.*, 1984). Verder blyk dit dat 'n persoon se traie metabolisme nog 'n ruk voortduur nadat daar met die dieet opgehou is. Data suggereer ook dat mense wat gedurig op 'n dieet is, biologies minder in staat is om selfs klein ooreet-sessies te hanteer (Rodin *et al.*, 1984).

Die slotsom waartoe Rodin *et al.* (1984) kom, is dat die diskrepans vir vroue tussen 'n natuurlike liggaam en die ideale liggaam baie groot is. Dit is eintlik tragies dat vroue se poging om by die ideaal uit te kom, dit skynbaar juis meer belemmer.

3.8.3 PSIGOSOSIALE FAKTORE

Die meeste gewigsverminderingsprogramme het 'n kalorie-inkortingsdieet as hoeksteen vir die program. Kales (1981) is van mening dat in sekere tipes obesiteit en eetversteurings, voedselinperking nie net oneffektief is nie, maar potensieel skadelik is vir die emosionele welsyn van die pasiënt. Stunkard & Rush (1974) en Wooley, Wooley & Dyrenforth (1979) (soos aangehaal deur Kales, 1981) wys op die effek dat 'n reeks oneffektiewe dieetpogings 'n bouse sirkel vorm wat nadelig op die persoon se waardigheid, selfsteem, gevoelens van hopeloosheid en selfverdoeming inwerk, en lei tot verdere fuifteen en gewigoptel. Sy is van mening dat vir sekere persone wie se gewigsprobleem gekoppel is aan psigo-sosiale faktore, die oplê van enige gestandaardiseerde sisteem van eksterne kontrole op voedsel-inname, nie die beste metode is nie. Sy noem hierdie persoon 'n "diet-resistant personality" (p.120).

Kales (1981) het as direkteur van 'n program vir oorgewig vrouens met 800 vrouens gewerk. Volgens haar het die meeste vrouens hulle probleem met kompulsiewe eetgedrag teruggevoer na 'n reaksie op vroeëre pogings om te dieet. Sy stel die eienskappe van die "diet-resistant" persoonlikheid soos volg:

- * 'n Ambivalente houding ten opsigte van gewigsverlies: Motivering is aan die een kant verbeterde gesondheid, aantreklikheid en nuwe klere. Aan die ander kant dieet sy ook as gevolg van skuldgevoelens wat 'n reaksie is op die kulturele boodskap, dat om vet te wees onwaardig is. Hierdie boodskap het sy geïnternaliseer. Eet is dus 'n "misdaad" en dieet 'n straf. Daar is dus die periodieke uitbreek uit die tronk - 'n ooreetsessie voor sy haarself weer vonnis tot voedselontseggings.
- * 'n Onderliggende weerstand daarteen om maer te wees, is volgens bogenoemde outeur nog meer betekenisvol. Om oorgewig te wees, is 'n beskerming teen baie goed, byvoorbeeld intimiteit met 'n man, onafhanklikheid, die uitdaging van kompetisie, ensovoorts. Daar is dus ambivalente motivering om gewig te verloor.
- * Daar is ook ambivalensie in 'n konflikterende respons teen eksterne druk. Sy wil maer wees om al die mense wat wil hê sy moet maer wees om haar onthalwe, te wys! Sy wil hulle aan die een kant plesier, maar aan die ander kant voel sy seergemaak en wrewelrig omdat sy voorwaardelik aanvaar voel.

Hierdie konflikterende gevoelens teenoor gewigsverlies, verhoed die persoon om die energie en toewyding te genereer wat noodsaaklik is vir die harde werk en verbintenis wat 'n dieet verg.

'n Persoon se huidige lewensituasie beïnvloed ook haar vermoë om suksesvol te dieet. 'n Gebrek aan 'n betekenisvolle ondersteuningstelsel het dikwels tot gevolg dat kos die enigste troos bied. Dus is die persoon emosioneel behoeftig, dikwels depressief en dan nie in staat nie, of onwillig om een van haar min plesiere prys te gee vir 'n dieet.

Haar verhouding met kos in die verlede speel ook 'n belangrike rol. Mediese literatuur oor obesiteit toon aan dat hoe langer 'n persoon oorgewig was, hoe groter is die gevaar om lewenslank oorgewig te bly. Dit blyk ook dat daar 'n verband kan wees dat hoe vroeër kos verbind is aan emosionele behoeftes, hoe moeiliker is dit om te dieet. Kos word dus 'n verdowingsmiddel om pynlike emosies te verdoof.

Dit maak dus nie sin om vir die multiprobleem-ooreter te adviseer om net 'n bietjie wilskrag te gebruik en by 'n dieet te hou nie. 'n Pynlike geskiedenis van kosbeperkings maak dus al die negatiewe emosies wakker met enige dieet. Eetbeperkings lei dikwels daartoe dat die oorgewig persoon 'n geheime eter word. Kales (1981:123) maak die stelling: "...any diet regimen imposes a certain amount of externalised control on the dieter". Gevolglik word negatiewe reaksie teenoor outoriteit in die verlede ook wakkermaak.

Hierdie persoon raak volgens haar paniekerig wanneer sy honger voel, omdat sy bang is sy verloor beheer wanneer sy begin eet. Sy het probleme om honger te onderskei van spanning of angs en raak verward met die sensasies van emosionele stres en fisiologiese behoeftes.

Hierdie persoon is dus in 'n dilemma: sy rebelleer teen die eksterne kontrole van enige sisteem of outoriteit wat eksterne kontrole oor haar dieet wil neem, maar het nie genoegsame sterk innerlike kontrole ontwikkel nie. Die meeste gewigsvermindingsprogramme bied dus nie aan die oorgewig persoon die geleentheid om verantwoordelikheid vir haar eetgedrag te neem nie. Sy stel ook onrealistiese verwagtinge aan haarself. Indien sy 'n klein eetoortreding begaan het, beskou sy haarself as 'n mislukking en ooreet dan sommer vir 'n week. Rodin *et al.* (1984) stem hiermee saam. Hulle haal navorsing van Herman & Mack (1975) aan wat aantoon dat 'n persoon wat 'n dieet volg, ontnem word van gunstelingvoedsel en derhalwe ooreet. Streng diëte versterk hierdie rigiditeit deurdat kos gepolariseer word in "wettige" en "onwettige" soorte.

3.9 SLOT

Gedurende die laaste drie dekades het navorsing oor obesiteit baie toegeneem, en is 'n groot hoeveelheid nuwe data beskikbaar gestel. Eienaardig genoeg het hierdie toename in kennis nie bygedra tot meer suksesvolle behandeling van obesiteit nie (Guy-Grand, 1991). Uit die literatuur is dit duidelik dat obesiteit 'n komplekse probleem is. Die etiologie is waarskynlik te wyte aan 'n verskeidenheid faktore, wat deels geneties, deels psigologies en deels sosio-kultureel van aard is. Daarbenewens is behandeling moeilik: die meeste obese persone bly nie onder behandeling nie. Van die wat onder behandeling bly, sal die meeste nie gewig verloor nie. En

van die wat gewig verloor sal die meeste weer gewig optel (Hume, 1959, soos aangehaal deur Inglis, 1982). Dus is die antwoord vir 'n suksesvolle gewigbeheerprogram nog nie gevind nie, ten spyte van die baie navorsing op dié gebied. Kreitler & Chemerinski (1990:417) praat tereg van "the still fuzzy syndrome of obesity". Meyer & Meij (1992) stel dit verder dat ten spyte van al die wetenskaplike prestasies van die mens, wanvoeding (waaronder oorvoeding) nog só algemeen voorkom.

HOOFSTUK 4

METODE VAN ONDERSOEK

4.1 INLEIDING

Hierdie hoofstuk handel oor die navorsingsontwerp, proefpersone, teikenpopulasie, studiepopulasie, groepsamestelling en die prosedure wat gevolg is. Die meetinstrumente wat gebruik is, word bespreek met verwysing na die doel en rasionaal daarvan, beskrywing van die skaal, nasienmetode, psigometriese kwaliteite en rede vir die insluiting daarvan. Verder word die statistiese metodes wat gebruik is, bespreek en hipoteses geformuleer.

4.2 DIE NAVORSINGSONTWERP

Die navorsingsvraag is om te bepaal in hoe 'n mate gerigte beelding kan bydra tot effektiewe gewigsverlies, die positiewe verandering van liggaamskatekse en die verbetering van selfbeeld. Om die vraag te beantwoord, is eksperimentele navorsing gebruik met spesifieke verwysing na 'n voortoets-natoetsontwerp vir drie groepe. Daar is drie veranderlikes, naamlik beelding, dieet en gewig. Die eerste twee is gemanipuleer om die effek op die derde veranderlike, naamlik gewig, op 'n wetenskaplik verantwoordbare wyse te bepaal.

4.3 PROEFPERSONE

4.3.1 TEIKENPOPULASIE

Die teikenpopulasie is dames tussen agtien en vyf-en-veertig jaar wat in Potchefstroom en omgewing woon, wat tussen tien en twintig kilogram oorgewig is. Die rede vir die ouderdomsgrens is om die inmenging van hormonale veranderings as veranderlike tot die minimum te probeer beperk. Daar is in samewerking met 'n dieetkundige besluit op die

spesifieke oorgewigsgrens, om te poog om realistiese gewigsverlies tydens die duur van die program (16 weke) moontlik te maak.

4.3.2 STUDIEPOPULASIE

Vrywilligers is uit Potchefstroom verkry na 'n advertensie in die plaaslike koerant verskyn het, asook by die biblioteek, apteke en universiteitskoshuise en 'n brief wat aan algemene praktisyns in Potchefstroom gestuur is. Een honderd sewe-en-sewentig mense het telefonies gereageer, van wie ongeveer dertig nie aan die kriteria van ouderdom, gewigsgrens of geslag voldoen het nie. Hoewel daar 'n baie gunstige reaksie op die advertensies was, het heelwat van die mense wat aanvanklik entoesiasies was, tog hul belangstelling en motivering verloor, voor daar nog met die program begin is.

Vier-en-sestig vrouens tussen die ouderdomme 18 en 47 jaar is uiteindelik betrek. Die vrouens het op die LMI (Liggaamsmassa-indeks, ook bekend as die Quetelet Indeks) (Mahan & Arlin, 1992) tussen 23.6 en 33.9 geval. Obesiteit word in drie grade geklassifiseer, nl. Graad I (LMI van 25 tot 29.9), Graad II (LMI van 30 tot 40) en Graad III (LMI van 40+) (Mahan & Arlin, 1992). Die proefpersone het dus hoofsaaklik in Groep I obesiteit geval.

4.4 GROEPSAMESTELLING

Daar is gepoog om die proefpersone ewekansig in drie groepe te verdeel, met in ag neming van hulle LMI en ouderdom. As gevolg van programbotsings van die betrokke proefpersone, het Groep B uit meer lede as Groepe A en C bestaan.

Groep A het bestaan uit (n = 20) lede. Hulle het 'n dieet gevolg wat uitgewerk is deur 'n konsulerende dieetkundige. Die dieet is vir elke persoon individueel aangepas.

Groep B het bestaan uit (n = 24) dames. Hulle het ook elkeen 'n dieet gevolg en daarmee saam 'n gerigte beeldingsprogram* een maal per week bygewoon. Hulle is ook aangemoedig om die aangeleerde beeldingstegnieke tuis te beoefen.

Groep C het bestaan uit (n = 20) lede. Hulle het slegs een maal per week 'n gerigte beeldingsprogram* gevolg, sonder 'n dieet. Hulle is ook aangemoedig om die aangeleerde beeldingstegnieke tuis te beoefen.

* Sien bylaag A vir die gerigte beeldingsprogram.

4.5 DIE PROSEDURE

* Die LMI van al die proefpersone is deur 'n dieetkundige bepaal met behulp van 'n platformskaal en 'n lengtemeter.

* Die onderskeie meetinstrumente is op al drie groepe afgeneem voor aanvang, en na afloop van die program. Groepe A en B het na die voortoetsing hulle diëte ontvang en Groepe B en C het met die gerigte beeldingsprogram begin. Groep C se diëte is teruggehou tot na afloop van die natoetsing. Na die natoetsing het Groep A ook die gerigte beeldingsprogram deurloop. Genoemde prosedure is gevolg om etiese redes en ook met die doel om al drie groepe ewe gemotiveerd te hou.

* Die program het 16 weke geduur.

* Die grootste hoeveelheid proefpersone is by een geleentheid saam getoets. By drie ander geleenthede is groepies van twee of drie getoets. Die ondersoeker was self die toetsafnemer van die sielkundige toetse, buiten die "Slade Perceptual Distortion Task." Dié toets is individueel afgeneem deur die ondersoeker en vyf psigometrici.

4.6 MEETINSTRUMENTE

Ten einde so 'n volledige beeld as moontlik van die proefpersone se beleving van hul liggaamsbeeld, asook hulle vermoë om hulle verbeelding te gebruik, te verkry, is die volgende meetinstrumente gebruik:

* Die Tennessee Selfkonsepskaal (Roid & Fitts, 1988);

- * Die Liggaamskatekseskaal (Secord & Jourard, 1953);
- * Die "Slade Perceptual Distortion Task" (Slade & Russell, 1973, soos aangehaal deur Garner & Garfinkel, 1977:28);
- * Mensfiguurtekentegniek ("Draw-A-Person" van Goodenough, soos aangehaal deur Ogdon, 1979);
- * Die "Body Image Avoidance Questionnaire" (Rosen, Srebnik, Saltzberg & Wendt, 1991);
- * "Imaginal Processes Inventory" (Huba, Singer, Aneshensel & Antrobus, 1982) en
- * Biografiese vraelys (Naam, telefoonnommer, LMI, huidige gewig, gewig, einde van die program, groep).

4.6.1 DIE TENNESSEE SELFKONSEPSKAAL (ROID & FITTS, 1988)

4.6.1.1 Doel en rasionaal

Die Tennessee Selfkonsepskaal (TSKS) is ontwikkel met die doel om 'n multidimensionele beskrywing van selfkonsep wat maklik vir die respondent en wyd toepasbaar is, te gee. Selfkonsep het 'n populêre en belangrike begrip geword vir die bestudering van menslike gedrag en daar is gehoop dat die skaal doeltreffend vir dié doel aangewend kon word.

Die individu se selfkonsep oefen 'n groot invloed uit op sy gedrag en is ook direk verwant aan sy algemene persoonlikheid en geestesgesondheid. Mense wat hulself sien as ongewens, waardeloos en sleg, tree ook so op. Mense wat 'n onrealistiese selfkonsep het, benader ook die lewe en ander onrealisties. Kennis van hoe 'n individu homself sien, is dus baie waardevol.

4.6.1.2 Beskrywing van die TSKS

Die skaal bestaan uit 100 selfbeskrywende stellings, wat die respondent gebruik om sy/haar eie selfprentjie te skets. Die skaal is self-administrerend en kan individueel of in groepe afgeneem

word. Dit kan voltooi word in 10-12 minute. Die skaal is van toepassing op persone 12 jaar en ouer.

Drie vorme van die toets is beskikbaar, naamlik:

- die WPS Test Report rekenaargebruikvorm;
- Vorm C (Counseling Form) vir handgebruik en
- Vorm C en R (Clinical and Research Form) vir handgebruik

Al drie vorms gebruik dieselfde toetsitems. Die verskil lê by die nasien en profieltrekking. Die handnasien van Vorm C neem 6-7 minute en dié van Vorm C en R neem 30 minute. Vir die doel van hierdie studie is laasgenoemde vorm gebruik.

Die toets meet die volgende konstrunkte:

* *Selfkritiek*

Die subskaal bestaan uit 10 items. Die items is algemene swakhede wat die meeste mense sal erken as hulle eerlik is. 'n Indiwidu wat die stellings ontken en dus 'n lae telling behaal, is verdedigend of probeer 'n goeie beeld voorhou. 'n Lae telling dui daarop dat die ander tellings kunsmatig hoog gaan wees. 'n Hoë telling (99ste persentiel) dui daarop dat 'n persoon 'n tekort aan verdedigingsmeganismes, selfs tot op patologiese vlak, het (Roid & Fitts, 1988).

* *Totaaltelling*

Dit is die heel belangrikste telling. Dit reflekteer die persoon se algehele vlak van selfsteem. 'n Indiwidu met 'n hoë totaalstelling hou van hom/haarself, voel dat hy/sy 'n persoon is met waarde, het selfvertroue en tree ook so op. 'n Lae telling dui daarop dat die persoon aan sy/haar eie waarde twyfel, hom/haarself as ongewens sien, angstig, depressief en ongelukkig is en min selfvertroue het. As *selfkritiek* laag is en die *totaaltelling* is hoog, dui dit op verdedigingsdorsies.

* *Konstrukte (Rye en Kolomme)*

Roid & Fitts (1988) bespreek die verskillende konstrunkte onder die opskrifte "Rows and Columns".

Die stellings is geklassifiseer volgens hulle 3 primêre boodskappe:

- wie ek is;
- hoe tevrede ek met myself is en
- wat ek doen.

Die 3 horisontale kategorieë is op hierdie basis gevorm, naamlik Ry 1, Ry 2 en Ry 3.

Die rytellings bestaan dus uit 3 subtellings wat, as dit opgetel word, die totaalstelling uitmaak. Hierdie tellings bied dus 'n interne verwysingsraamwerk, waarin die individu hom/haarself beskryf.

Die stellings varieer ook tematies binne 'n meer eksterne verwysingsraamwerk. Selfs binne dieselfde ry-kategorie, varieer die stellings inhoudsgewys baie wyd. Byvoorbeeld in Ry 1 (die "wie-ek-is" kategorie), verwys die stellings na wie/wat die individu fisies, moreel, sosiaal, ensovoorts is. Hiervolgens is die vertikale kategorieë verkry, met ander woorde die kolomtellings. Dus is die volledige stel items op twee maniere verdeel: vertikaal in kolomme (eksterne verwysingsraamwerk) en horisontaal in rye (interne verwysingsraamwerk). Elke item en elke sel dra dus by tot twee verskillende tellings:

Ry 1: Identiteit. Dit is die "wie is ek"-items waarmee die individu sy basiese identiteit beskryf, soos wat hy homself waarneem.

Ry 2: Self-satisfaksie. Hieronder val die items waar die individu aandui hoe tevrede hy met sy selfbeeld is. Die telling gee dus 'n aanduiding van die mate van selfaanvaarding.

Ry 3: Gedrag. Hieronder val die "wat ek doen"-items. Dit gee 'n aanduiding van die individu se persepsie van sy eie gedrag of die manier hoe hy funksioneer.

Kolom A: Fisiese self. Die telling dui op die persoon se siening van sy liggaam, gesondheid, voorkoms, vaardighede en seksualiteit.

Kolom B: Moreel-etiese self. Hier word die self beskryf vanuit 'n moreel-etiese verwysingsraamwerk - morele waarde, verhouding tot God, gevoelens oor die vraag of die persoon 'n "goeie" of 'n "slegte" mens is en tevredenheid met 'n mens se geloof of die afwesigheid daarvan.

Kolom C: Persoonlike self. Die telling dui op die individu se sin van persoonlike waarde, gevoelens van bekwaamheid as persoon en selfevaluering van die persoonlikheid, uitgesonderd die liggaam of verhouding met ander.

Kolom D: Die self as gesinslid. Dit gee 'n aanduiding van die individu se gevoelens van genoegsaamheid en waarde as gesinslid. Die telling verwys na die individu se persepsie van homself in sy onmiddellike naby-verhoudings.

Kolom E: Sosiale self. Hierdie telling dui op die self in verhouding met ander. Dit reflekteer die sin van genoegsaamheid en waarde in sosiale interaksies met ander.

* *Veranderlikheid\Wisselvalligheid*

Die wisselvalligheidstelling meet die inkonsekwentheid van een area van selfwaarneming tot 'n ander. 'n Hoë telling dui daarop dat 'n individu baie wissel in hierdie sin, terwyl lae tellings op lae wisseling en selfs rigiditeit kan dui (ekstreme lae telling, onder eerste persentiel).

Die Totale wisseling ("V TOT"): Dié telling dui op die totale hoeveelheid wisseling vir die hele toets. 'n Hoë telling suggereer dat die persoon se selfkonsep só verskil van een area na die ander, dat daar geen integrasie is nie. 'n Hoë telling dui dus op kompartementalisering van

sekere areas van die self en dat die areas as apart van die res van die self waargeneem word. Goed geïntegreerde individue se telling lê onder die gemiddeld, maar bo die eerste persentiel.

Die Kolomwisseling ("V COL"): Hierdie telling gee 'n opsomming van die wisseling in die kolomme. Dit word uitgewerk deur die kleinste en grootste selle se verskil uit te werk. Dit meet die wisseling tussen die kolomme, dus in watter mate die individu se fisiese self, moreel-etiese self, persoonlike self, self as gesinslid en sosiale self van mekaar verskil.

Die Rywisseling ("V ROW"): Dit is die som van die variasies tussen die rye. Dit word op dieselfde manier as die Kolomwisseling uitgewerk. Die variasie vir elk van die drie rye word bymekaar getel om die "V ROW" te bereken. Hierdie telling gee 'n aanduiding van die mate van wisseling tussen die rye, dus identiteit, selftevreedenheid en gedrag.

* *Verspreiding van response*

Hierdie telling gee 'n opsomming van die patroon van die individu se response soos versprei oor die 5 opsies wat die persoon kan uitoefen. Die verspreiding word bereken deur die somtotaal te verkry van elke opsie wat uitgeoefen is.

'n Hoë telling dui daarop dat die respondent baie beslis is oor wat hy van homself dink en 'n lae telling dui op die teenoorgestelde. 'n Lae telling word ook gevind by mense wat op die verdediging is en vermy om hulself te verbind deur byvoorbeeld telkens opsie 3 (gedeeltelik vals en gedeeltelik waar) uit te oefen. Ekstreme tellings na beide kante is ongewens en kom by versteurde mense voor.

* *Tydtelling*

Hierdie telling is bloot die meting van die tyd wat die respondent gebruik om die skaal te voltooi. Indien die persoon lank neem, kan dit dui op verdediging, versigtigheid, kompulsiwiteit, paranoïa of depressie.

* *Waar-valsverhouding (T/F)*

Hierdie telling is 'n meting van die responsneiging, met ander woorde, of die respondent se benadering tot die taak enige sterk neiging toon om, óf saam te stem, óf te verskil, ongeag van die iteminhoud. Die werklike betekenis van die T/F-verhouding kan op drie verskillende maniere benader word:

- Dit kan bloot beskou word as 'n meting van die responsneiging en geïnterpreteer word in terme van die bevindings omtrent afwykende responsneigings.
- Dit kan beskou word as 'n suiwer taakbenadering of gedragsmeting wat slegs betekenis het in terme van empiriese geldigheid.
- Dit kan ook geïnterpreteer word in terme van die raamwerk van die self-teorie. Vanuit hierdie gesigspunt dui 'n hoë T/F-verhouding dat die individu selfdefinisie of selfbeskrywing bereik, deur te fokus op wat hy *is*. Die persoon is dus in 'n mindere mate daartoe in staat om dieselfde te bereik, deur eliminering of verwerping van wat hy *nie is nie*. 'n Lae T/F-verhouding dui op die teenoorgestelde. 'n Middelmatige telling gee 'n indikatie van selfdefinisie deur 'n meer gebalanseerde gebruik van beide tendense.

* *Nettokonflik ("NET C")*

Hierdie telling korreleer goed met die T/F ratio. Meer direk meet dit egter die mate waarin 'n individu se response tot positiewe items verskil van, of in konflik is met sy of haar response tot negatiewe items in dieselfde area of selfpersepsie. Die term konflik is dus gedefinieer en funksioneer binne hierdie beperkte raamwerk. Enige verskil tussen die positiewe en negatiewe tellings reflekteer konflik. Daar is twee verskillende soorte konflik:

- *Inskiklikheidskonflik*. Dit kom voor wanneer die P-telling groter is as die N-telling. Die respondent oorbevestig dus positiewe kwaliteite.

- *Ontkenningskonflik*. Dit is die teenoorgestelde van bogenoemde. Die N-telling is dus groter en die respondent oorbevestig negatiewe hoedanighede.

* *Totale konflik ("TOT C")*

Hierdie telling word verkry deur die summering van al die diskrepansie. Hoë tellings dui op verwarring, weersprekings en algemene konflik in selfpersepsie, terwyl lae tellings op die teenoorgestelde dui. Ekstreme lae tellings dui egter eerder op 'n rigiede selfbeskrywing wat defensief is, as op 'n weerspieëling van 'n ware selfbeeld.

* *Empiriese skale, getal afwykende tekens (NDS) en supplementêre skale*

Daar is ook ses empiriese skale wat verkry is deur item-analise, naamlik Verdediging positief, Algemene wanaanpassing, Psigose, Persoonlikheidsversteuring, Neurose en Persoonlikheidsintegrasië.

Daar kan ook 'n "Number of Deviant Signs" (NDS) telling verkry word. Dit bied die beste indikasië van sielkundige versteurings.

4.6.1.3 Nasienmetode

Die antwoordmerkies van die respondēt op die antwoordblad word oorgedra op die tellingblad met behulp van deurslagpapier.

Selfkritiek ("SC")

Hierdie telling word verkry deur die omkringde tellings vanaf 91-100 op die tellingblad bymekaar te tel.

Ry- en kolomtellings

Op die tellingblad is daar 3 rye en 5 kolomme wat 15 selle van 6 items elk vorm. Die omkringde positiewe tellings en die omkringde negatiewe stellings in elke sel word bymekaar getel en die somtotaal word telkens in die blokkie, gemerk "P" of "N", onderskeidelik geskryf.

Daar word dan 'n (P+N)- sowel as 'n (P-N)-telling vir elke sel verkry. Die kolomtellings word verkry deur die 3 vertikale selle se (P+N)-telling te summeer. Vir die ry-tellings word die vyf horisontale (P+N)-tellings summeer. 'n (P-N)-telling word gebruik om die konfliktelling te bereken.

Totaaltelling

Die totaalstelling kan op twee maniere verkry word: deur óf die rytellings óf die kolomtellings bymekaar te tel, albei gee dieselfde antwoord.

Die rywisseling ("V ROW")

Vir elke ry word die telling apart bereken. Die telling word verkry deur die verskil tussen die grootste en kleinste "P" te bereken. Deur die drie rye se tellings te summeer, word die totale rywisselingtelling ("Row Total V") verkry.

Die kolomwisseling ("V COL")

Hierdie telling word op presies dieselfde wyse as bogenoemde bereken - hierdie keer vir elke kolom afsonderlik. Die summering van die 5 kolomme verskaf dan die totale kolomwisselingtelling ("Column Total V").

Die Totale wisseling ("V TOT")

Rywisseling ("Row Total V") en kolomwisseling ("Column Total V") word summeer om hierdie telling te verkry.

Verspreiding van response ("DIST")

Hierdie telling word verkry deur terug te gaan na die antwoordblad en die totale omkringde 5, 4, 3, 2 en 1-response onderskeidelik te verkry. Daarna word die 5-telling en die 1-telling met 2 vermenigvuldig, die 4-telling en die 2-telling met 1 vermenigvuldig, die 3-telling word uitgelaat en die vier tellings word bymekaar getel om die finale "DIST"-telling te verkry.

Waar-valsverhouding ("T/F")

Hierdie telling word verkry deur die aantal omkringde 5, 4, 3, 2 en 1-response onderskeidelik te verkry van item 1 tot 90. Die waar-valsverhouding word dan bereken deur die som van die aantal 4's en 5's te deel met die som van die aantal 2's en 1's.

Netto konflik ("NET C")

Vir elke sel word die (P-N)-telling verkry. Indien N groter is as P, is die telling dus 'n minus-syfer. Die (P-N)-tellings word algebraïes vir elke ry en elke kolom bereken om 'n subtelling te verkry. Die totale netto konflik (NET C) word dan bereken deur óf die ry óf die kolom-netto-konfliksubtellings te summeer.

Totale konflik ("TOT C")

Hierdie telling word verkry deur die nonalgebraïese summering van al die diskrepanse, met ander woorde die (P-N)-tellings vir elke sel (rye en kolomme) sonder inagneming van die teken.

4.6.1.4 Psigometriese eienskappe

* *Betroubaarheid*

'n Verskeidenheid studies het bewyse verskaf van die Tennessee Selfkonsep Vraelys se betroubaarheid. Congdon (1958, soos aangehaal deur Roid & Fitts, 1988) het byvoorbeeld met 'n verkorte weergawe van die TSKS op psigiatriese pasiënte 'n betroubaarheidskoeffisiënt van 0,88 gevind.

Interne konsekwenheid: Verskeie navorsers (Nunnely, 1968; Stanwyck & Garrison, 1982 en Tzeng, Maxey, Fortier & Landis, 1985, soos aangehaal deur Roid & Fitts, 1988) rapporteer hoë tellings wat van 'n goeie interne konsekwenheid getuig. Hoewel Tzeng *et al.*, 1985 (Roid & Fitts, 1988) besorgdheid uitspreek oor die interitemkorrelasie wat relatief laag is (wisselend van 0,14 tot 0,35), wys Roid & Fitts (1988) daarop dat indien die Spearman-Brownkorreksie

aangebring word, die interne konsekwentheid ongeveer 0,79 is, wat goed vergelyk met ander selfrapporteervraelyste.

Toets-hertoetsbetroubaarheid: Fitts (1965, soos aangehaal deur Roid & Fitts, 1988) rapporteer 'n toets-hertoetsbetroubaarheid wat wissel van 0,60 tot 0,92 vir 'n tweeweek-interval, gebaseer op data van 60 universiteitstudente. Congdon (1958, soos aangehaal deur Roid & Fitts, 1988) het met 'n verkorte vorm op psigiatriese pasiënte nog steeds 'n toets-hertoets betroubaarheidskoëffisiënt van 0,88 op die totaalstelling verkry.

* *Geldigheid*

Die wye gebruik van die Tennessee Selfkonsepskaal het gelei tot 'n akkumulاسie van bewyse van die geldigheid van die skaal vir die meting van algemene selfkonsep.

Konstrugeldigheid: Huidige teorieë oor selfkonsep kan verdeel word in drie tipes:

- dié wat meen dat selfkonsepmeting so gedomineer word deur 'n enkele faktor, dat 'n veralgemeende selfwaarde-konstruk die beste by beskikbare data pas. Hulle meen dat selfs al sou daar fasette of subfaktore bestaan, dit nie steekhoudend genoeg onderskei kan word van die algemene faktor nie (Coopersmith, 1976 en Marx & Winne, 1978, soos aangehaal deur Roid & Fitts, 1988);
- dié wat van mening is dat selfwaarde bepaalde elemente bevat wat gerangskik kan word in 'n hiërargies komplekse orde. (Shavelson, Hubner & Stanton, 1976; Shavelson & Bolus, 1982 en Marsh, Relich & Smith, 1983, soos aangehaal deur Roid & Fitts, 1988) en
- die veelvuldige faktor-teorieë van selfkonsep wat sowel 'n globale selfwaarde, as aparte dimensies van selfkonsep as model stel.

Die TSKS het empiries gebaseerde verbindings met elkeen van hierdie erkende modelle van selfkonsep.

Samevallende geldigheid: Verskeie studies het die TSKS vergelyk met ander meetinstrumente wat verband behoort te hou met die konstruk van algemene selfkonsep en goeie korrelasies is verkry (McGee, 1960; Runyon, 1958 en Wayne, 1963, soos aangehaal deur Roid & Fitts, 1988).

Inhoudsgeldigheid: Navorsing deur Fitts (1965) en Levin *et al.* (1978, soos aangehaal deur Roid & Fitts, 1988) bevestig bevredigende inhoudsgeldigheid van die TSKS.

4.6.1.5 Rede vir insluiting

Die Tennessee Selfkonsepskaal is om verskeie redes ingesluit, naamlik:

'n Lae selfbeeld is 'n belangrike gevolg van obesiteit, soos aangetoon deur Larkin & Pines (1982) Wadden & Stunhard (1986) en Klesges *et al.* (1990, soos aangehaal deur Spring & Pingitore, 1991).

Tweedens het talle studies 'n versteurde liggaamsbeeld as 'n uiters belangrike faktor by obesiteit aangetoon, onder andere Slade, Dewey, Newton & Brodie (1990) en Kreidler & Chemerinski (1990).

Die RC-faktor ("resistance to change"-faktor) speel 'n belangrike rol: 'n mens voel tuis in jou ou liggaamsbeeld. Sule, Kubiszyn & Jako (1991) het in hulle studie met 97 persone aangetoon dat die enigste suksesvolle gewigsverlies verband gehou het met die verandering van liggaamsbeeld.

Aangesien die TSKS multidimensioneel is en die navorsingsvraag onder andere is om te bepaal in hoe 'n mate gerigte beelding kan bydra tot effektiewe gewigsverlies, was die insluiting van die skaal 'n logiese keuse.

4.6.2 DIE LIGGAAMSKATEKSESKAAL (SECORD & JOURARD, 1953)

4.6.2.1 Doel en rasionaal

Volgens Secord & Jourard (1953:343) verwys die term liggaamskatekse na "...the degree of feeling of satisfaction or dissatisfaction with the various parts or processes of the body." Die skaal poog dus om 'n spesifieke aspek van selfwaarde en tevredenheid te meet, naamlik houding ten opsigte van die liggaam. Ander skale lê ook klem op die waarde van die fisiese vir selfbeeldvorming. Hierdie skaal is egter uniek ten opsigte die meting van spesifieke liggaamsdele en funksies.

4.6.2.2 Beskrywing van die Liggaamskatekseskaal

Verskeie variasies van die skaal is beskikbaar. In hierdie ondersoek is die variasie gebruik waar veertig liggaamsdele en funksies gelys is en respondente hulle tevredenheid met elke eienskap op 'n vyfpunt Lickertskaal moet aandui. Die kategorieë waarvolgens elke item beoordeel word, is soos volg:

- 1: het sterk positiewe gevoelens;
- 2: het matige positiewe gevoelens;
- 3: het geen gevoel na die een of ander kant nie;
- 4: het matige negatiewe gevoelens en
- 5: het sterk negatiewe gevoelens.

4.6.2.3 Nasienmetode

Respondente se tellings word gesummeer. Tellings kan strek van 40 (uiters positief) tot 200 (uiters negatief) met 120 as gemiddeld.

4.6.2.4 Psigometriese eienskappe

- * *Betroubaarheid*

Die gekorrigeerde verdeelde-helfte-betroubaarheid vir liggaamsesteem was 0,78 vir mans en 0,83 vir dames (Robinson & Shaver, 1973). Geen toets-hertoetsdata word gerapporteer nie.

* *Geldigheid*

Samevallende geldigheid: Fisiese selfwaarde en algemene selfwaarde korreleer met 0,58 vir mans en 0,66 vir dames (Secord & Jourard, 1953, soos aangehaal deur Robinson & Shaver, 1973). Hierdie bevinding is oor die algemeen bevestig deur Weinburg (1960, soos aangehaal deur Robinson & Shaver, 1973). Fisiese esteem korreleer ook matig met angs. Johnson (1956, soos aangehaal deur Robinson & Shaver, 1973) het korrelasies van 0,66 vir mans en 0,76 vir dames, tussen algemene selfsteem en fisiese esteem verkry.

Voorspellingsgeldigheid: Die feit dat algemene selfwaarde en angs vir dames hoër met liggaamsesteem korreleer, mag bydra tot konstrukgeldigheid, onder die aanname dat fisiese voorkoms in ons kultuur belangriker is vir dames.

4.6.2.5 Rede vir insluiting

Hoewel geen itemanalise en min geldigheidstudies met die skaal gedoen is, is die skaal ingesluit in die toetsbattery. Die rede hiervoor is dat liggaamsbeeld so 'n belangrike rol speel in obesiteit. Dit is reeds aangetoon in die paragraaf oor die rede vir insluiting van die Tennessee Selfkonsepskaal. In hierdie ondersoek is onder andere gepoog om te bepaal watter rol gerigte beelding in die positiewe verandering van liggaamskatekse speel.

4.6.3 DIE "SLADE PERCEPTUAL DISTORTION TASK" (SLADE & RUSSELL, 1973, SOOS AANGEHAAL DEUR GARNER & GARFINKEL, 1977:28)

4.6.3.1 Doel en Rasionaal

Die instrument is deur Slade ontwerp vir die evaluering van liggaamspersepsie by anorektiese pasiënte. Slade & Russell (1973, soos aangehaal deur Garner & Garfinkel, 1977) het gevind dat

daar in die meeste toetse van die veronderstelling uitgegaan word, dat 'n algemene faktor ten grondslag van liggaamsbeeld lê. Die standpunt in die toetse is dus dat distorsie vir al die liggaamsdele dieselfde sou wees. Met Slade se toets kon distorsie van spesifieke liggaamsdele bepaal word.

4.6.3.2 Beskrywing van die "Slade Perceptual Distortion Task"

Die proefpersoon word gevra om aan te dui wanneer die afstand tussen twee beweegbare merkertjies gelyk is aan die volgende mates van haar liggaam:

- * die breedte van haar middeltjie by die smalste punt;
- * die breedte van haar heupe by die breedste punt;
- * die breedte van haar borskas tussen die kieliebakke;
- * die breedte van haar gesig tussen haar wangbene;
- * die lengte van haar liggaam tussen die bokant van haar kop en die laagste punt van haar torso;
- * die lengte van haar regtervoet;
- * die lengte van haar regterarm en
- * die lengte van 'n kontrole-objek ('n houtblok wat 25 cm lank is).

Die taak is individueel afgeneem. Proefpersone het twee meter weggestaan en moes dan hulle verskillende mates, asook 'n kontrole objek skat. Al die geskatte metings is eers afgeneem en daarna is die werklike metings geneem, telkens sonder dat die proefpersone geweet het hoeveel sentimeter dit is. Die metings is geneem met behulp van 'n groot skuifliniaal.

4.6.3.3 Nasienmetode

Die waargenome afstand word deur die werklike afstand gedeel en met honderd vermenigvuldig om 'n telling by elk van die agt afdelings te verkry. Op die wyse word die proefpersoon se oor- of onderskatting van haar liggaam gekwantifiseer. 'n Telling kleiner as 100 dui op onderskatting

en 'n telling groter as 100 op 'n oorskatting van die betrokke mate. Die intensiteit in die versteuring van liggaamspersepsie word aangedui deur die grootte van tellings se afwyking vanaf 100.

4.6.3.4 Psigometriese eienskappe

Konflikterende resultate ten opsigte van Slade & Russell se skaal word in studies gerapporteer. Garner *et al.* (1976, soos aangehaal deur Garner & Garfinkel, 1977) het ander studies se bevinding bevestig dat Slade & Russell se apparaat nie differensieer tussen groepe met of sonder eetversteurings nie. Fries (1976, soos aangehaal deur Garner & Garfinkel, 1977) het gevind dat die skaal wel beduidend differensieer. Garner & Garfinkel (1977) is dus van mening dat dit noodsaaklik is om die geldigheid en betroubaarheid van metings van liggaamsbeeld te bepaal. Daarbenewens stel hulle ook voor dat groter groepe proefpersone getoets moet word wat nie aan eetversteurings ly nie, sodat bepaal kan word wat 'n "normale" liggaamsbeeld is. In 'n latere artikel, (Garner & Garfinkel, 1981-82) meen hulle dat resente literatuur aandui dat skatting van liggaamsgrootte 'n relatief betroubare fenomeen is.

4.6.3.5 Rede vir insluiting

Navorsing het aangetoon dat daar by obese persone 'n oorskatting is van hulle werklike mates (Gottesfeld, 1962; Stunkard & Menselson, 1967 en Shipman & Sohlkhah, 1967, soos aangehaal deur Garner & Garfinkel, 1977). Rosen (1990, soos aangehaal deur Rosen, Srebnik, Saltzberg & Wendt, 1991) het aangedui dat vrouens wat ontevrede is met hulle liggame, hulle grootte oorskakel. Een kenmerk van 'n negatiewe liggaamsbeeld (by vrouens) is dus 'n distorsie van liggaamspersepsie. Die taak is dus ingesluit in hierdie battery om te kyk in welke mate dit waar is van die drie verskillende groepe, en hoe dit beïnvloed sal word deur die verskillende ingrepe.

4.6.4 MENSFIGUURTEKENTEGNIEK (GOODENOUGH, 1926, SOOS AANGEHAAL DEUR OGDON, 1979)

4.6.4.1 Doel en rasionaal

Die "Draw-A-Person Test" (D-A-P) is in 1926 deur Florence Goodenough ontwerp om kinders se intelligensie te bepaal. Karen Machover het in 1949 op grond van kliniese waarneming Goodenough se kriteria uitgebrei om riglyne te verskaf vir evaluering van die persoonlikheid. Koppitz het in 1968 'n verdere bydrae gelewer om aanduiders te verskaf van emosionele probleme. Daar is redelik wye ooreenstemming dat tekeninge, veral die mensfiguurtekening, 'n projeksie van die selfbeeld is (Buck, Strang & Machover, soos aangehaal deur Van Zyl, 1975; Schaefer, 1975 en Van Dyne & Corskadon, 1978, soos aangehaal deur Groth-Marnat, 1984). Groth-Marnat (1984:130) stel dit soos volg: "The human figure drawing is the most obvious and conscious representation of the self. With this drawing, the person reveals how he perceives himself and how he wants to present himself to others."

4.6.4.2 Beskrywing van die D-A-P

Die proefpersoon kry 'n blanko vel papier en potlood met die opdrag om 'n persoon te teken. 'n Uitveër word ook verskaf.

4.6.4.3 Nasienmetode

Die ondersoeker het kriteria vir obesiteit saamgestel uit die literatuur. 'n Groep studente in psigometrie, onder toesig van 'n geregistreerde kliniese sielkundige, het na aanleiding van die kriteria 'n konsensusbesluit geneem of 'n bepaalde tekening aan die bepaalde kriterium voldoen of nie. Op die wyse is die projektiewe tegniek gekwantifiseer. Die volgende kriteria is gebruik:

- * buitengewoon baie uitveëry dui op ontevredenheid met jouself (Ogdon, 1979);
- * 'n tekening hoog bo-aan die bladsy dui op iemand wat onseker van homself voel; moontlik met reaksieformasie as verdedigingsmeganisme wat moet kompenseer (Ogdon, 1979);

- * 'n tekening in die boonste linkerhoek dui op gevoelens van onsekerheid (Ogdon, 1979);
- * 'n buitengewone klein tekening dui op algemene ontevredenheid, insekuriteit en uitermatige verdediging met lae selfwaarde (Ogdon, 1979 en Gilbert 1980);
- * 'n buitengewone groot kop dui op ontevredenheid met 'n persoon se liggaamsbou (Ogdon, 1979);
- * beklemtoning van die mond dui op regressiewe verdedigingsmeganismes en oraliteit (Ogdon, 1979);
- * beklemtoning van die mond word in verband gebring met 'n tendens tot eetprobleme (Ogdon, 1979);
- * uitstaanlippe suggereer regressie en oraliteit (Ogdon, 1979);
- * 'n buitengewone lang nek dui op ontevredenheid met liggaamsbeeld (Ogdon, 1979);
- * dubbele of deurmekaar liggaamskontoure by tekeninge van dames dui op 'n moontlikheid van preokkupasie met gewig en moontlik met meegaande betowerende fantasieë (Ogdon, 1979);
- * vet, wye liggaamsrompe word dikwels deur obese vrouens geteken (Ogdon, 1979);
- * 'n baie dun liggaamsromp dui op ontevredenheid met die eie liggaam, en sluit waarskynlik gevoelens van minderwaardigheid in (Ogdon, 1979);
- * klere te groot vir die figuur dui op gevoelens van onbekwaamheid en selfveragting (Ogdon, 1979);
- * stokfigure dui op 'n swak liggaamsbeeld, soos wat dit voorkom by kroniese obesiteit (Nathan, 1973, soos aangehaal deur Ogdon, 1979);
- * beklemtoning van 'n oop mond, dui op oraliteit (Gilbert, 1980);
- * ontevredenheid met die self kom na vore in vermomming, byvoorbeeld om 'n nar te teken of uitermatig baie uit te vee (Gilbert, 1980) en

* 'n slordige figuur dui op lae selfwaarde (Gilbert, 1980).

4.6.4.4 Psigometriese kwaliteite

Verskeie faktore bemoeilik die bepaling van betroubaarheid en geldigheid van projektiewe tegnieke in die algemeen, en tekeninge in die besonder. Pogings om die geldigheid en betroubaarheid te bepaal het inkonsekwente en selfs teenstrydige resultate gehad (Anastasi, 1967 en Groth-Marnat, 1984). Anastasi (1967) is ook van mening dat projektiewe tekeningegnieke nog minder suksesvol met gesofistikeerde volwassenes as kinders is. Ten spyte van die beperkinge, word die tekeninge tog wyd gebruik, aangesien voorgee redelik moeilik is, en onbewuste materiaal na die oppervlakte kom, sonder die aktivering van die gewone verdedigingsmeganismes (Groth-Marnat, 1984).

4.6.4.5 Rede vir insluiting

Daar is algemene ooreenstemming dat menstekeninge die tekenaar se persepsie van homself en/of sy liggaamsbeeld verteenwoordig. Data wat die siening ondersteun, het geakkumuleer sedert Bender se waarneming in 1940 (Bender & Laffal, 1953; Craddick, 1963; Dileo, 1970 en 1973; Kamano, 1960; Ludwig, 1969; Mundy, 1972; Swenson, 1968 en Wolk, 1969, soos aangehaal deur Ogdon, 1979). Die projektiewe tekeningegniek is om dié rede ingesluit.

4.6.5 DIE "BODY IMAGE AVOIDANCE QUESTIONNAIRE" (ROSEN, SREBNIK, SALTZBERG & WENDT, 1991).

4.6.5.1 Doel en rasionaal

Die doel van dié selfrapporteringsvraelys is om 'n meting daar te stel van gedragstendense, wat dikwels gepaardgaan met 'n liggaamsbeeldversteuring.

4.6.5.2 Beskrywing van die vraelys

Die vraelys bestaan uit 19 items wat verband hou met vermyding van situasies wat kommer oor fisiese voorkoms ontlok. Faktoranalise het die volgende vier faktore geïdentifiseer:

- * Faktor 1 hou verband met kleding, byvoorbeeld die vermyding van styfpassende klere;
- * Faktor 2 hou verband met vermyding van sosiale aktiwiteite waar kos, gewig of voorkoms die fokus van aandag kon word;
- * Faktor 3 verteenwoordig inperking van eet ("eating restraint") en
- * Faktor 4 hou verband met weeg en aandag aan voorkoms.

4.6.5.3 Nasienmetode

Gedragstendense word gemeet op 'n 6-puntskaal wat aan die frekwensie van die gedrag 'n waarde toeken: nooit, selde, soms, dikwels, gewoonlik en altyd. Hoe hoër 'n toetsling se telling, hoe meer dui sy gedrag daarop dat hy aan 'n liggaamsbeeldversteuring ly, en dus 'n negatiewe liggaamsbeeld het. Normtellings is soos volg: Gemiddelde telling is 31.5, standaardafwyking is 13.9 en die reikwydte is 1 tot 74.

4.6.5.4 Psigometriese eienskappe

- * *Betroubaarheid*

Toets-hertoetsbetroubaarheid: Die temporele stabiliteitskoeffisiënt, $r(23) = .87$, $p < .001$, dui daarop dat response op die toets stabiel is oor 'n kort tydspanne (Rosen, Srebnik, Saltzberg & Wendt, 1991).

Ooreenkoms met onafhanklike beoordelaars: Die korrelasie tussen die "Body Image Avoidance Questionnaire" van proefpersone in 'n studie van Rosen *et al.* (1991) met hulle kamermaats was $r(29) = .72$, $p < .0001$. Dit dui dus op goeie ooreenstemming tussen selfrapportering en onafhanklike waarneming.

- * *Geldigheid*

Interne konsekwenheid: Die Cronbach alpha van die toets is .89 wat dui op goeie interne konsekwenheid (Rosen *et al.*, 1991).

Samevallende geldigheid: Rosen, Srebnik, Saltzberg & Wendt (1991) het 'n matige korrelasie tussen die "Body Image Avoidance Questionnaire" en "Body Size Estimation"-toets gevind ($r(111) = .22, p < .01$).

Die korrelasie tussen die "Body Image Avoidance Questionnaire" en die "Body Shape Questionnaire" het getoon dat gedragsvermyding soos self gerapporteer, sterk geassosieer word met negatiewe houdings teenoor gewig en figuur. Rosen *et al.* (1991) het 'n korrelasie gevind van $r(351) = .78, p < .0001$.

Korrelasies van $r(84) = .68, p < .0001$ en $r(84) = .63, p < .0001$ is tussen die "Body Image Avoidance Questionnaire", die "Shape Concern" en "Weight Concern" skale onderskeidelik, gevind. Dit dui daarop dat selfgerapporteerde gedragsvermyding geassosieer word met negatiewer liggaamsbeeldhoudings en groter klem op voorkoms, vir selfevaluering geplaas word.

4.6.5.5 Rede vir insluiting

Die toets is ingesluit, aangesien dit bydra tot 'n multidimensionele meting en bepaling van 'n liggaamsbeeldversteuring. Dit brei dus uit op die tradisionele siening daarvan as 'n perseptuele versteuring van liggaamsgrootte en negatiewe houdings omtrent gewig en figuur. Die feit dat die toets sensitief is vir behandeling van liggaamsbeeldversteuring, het dit 'n logiese keuse gemaak vir die doelstelling van hierdie studie.

4.6.6 "SHORT IMAGINAL PROCESSES INVENTORY" (HUBA, SINGER, ANESHENSEL & ANTROBUS, 1982)

4.6.6.1 Doel en rasionaal

Die doel van die vraelys is om innerlike ervaring, insluitend dagdroom- en fantasietendense en stylkenmerke van nie-gerigte denke te probeer bepaal. Die domein van innerlike ervaring is relevant tot persoonlikheidsfunksionering. Die vraelys wil 'n bydrae lewer tot die fasilitering van die studie van die hoof strukturele kwaliteite van innerlike ervaring in verhouding met die

meer tradisionele areas van persoonlikheidsassessering. Die "Short Imaginal Processes Inventory" het ontwikkel uit die itempoel van die "Imaginal Processes Inventory", aangesien daar 'n behoefte ontstaan het vir 'n korter, maar komprehensiewe weergawe.

4.6.6.2 Beskrywing van die skaal

Die skaal is 'n selfrapporteringsvraelys, bestaande uit 45 items. 'n Totaal van 15 items elk is gebruik as indikatore van drie tweede-ordefaktore, naamlik positiewe, konstruktiewe dagdrome, skuld- en vrees-vir-mislukkingdagdrome en swak aandagbeheer. Die 45 items is gekies uit 'n totaal van 14 oorspronklike skale waaruit die lang vorm bestaan. Respondente moet op 'n 5-puntskaal elke item beoordeel, van 5 (waar 5 beteken " baie waar of sterk kenmerkend van myself") tot by 1 (waar 1 staan vir "beslis onwaar of hoegenaamd nie kenmerkend van myself nie").

4.6.6.3 Nasienmetode

Die antwoordmasker dui die drie verskillende skale met verskillende kleure aan. In die handleiding word die verskillende items behorende tot elke skaal in tabel 7 aangedui (Huba, Singer, Aneshensel & Antrobus, 1982). Items wat omgekeerd beoordeel is, word ook in tabel 7 aangedui (Huba *et al.*, 1982). Hierdie items se puntetelling word bereken deur die gegewe numeriese antwoordkode van 6 af te trek. Op die antwoordmasker is dit reeds gedoen. Die 15 items binne elke skaal word dan gesummeer. Tabel 8 van die handleiding gee T-tellings vir die verskillende skale wat vir mans en dames apart bereken is (Huba *et al.*, 1982).

4.6.6.4 Psigometriese eienskappe

* *Betroubaarheid*

Woodward en Bentler se betroubaarheidskoeffisiënt (op 99%-vlak) is .78, .80 en .81 vir positief-konstruktief, skuld- en vrees-vir-mislukkingdagdrome en swak aandagbeheer onderskeidelik (Huba *et al.*, 1982).

* *Geldigheid*

Interne konsekwentheid: Koëffisiënt-alphas vir interne konstantheid was .80, .82 en .83 vir positief-konstruktief, skuld- en vrees-vir-mislukkingdagdrome en swak aandagbeheer onderskeidelik (Huba *et al.*, 1982).

Diskriminerende geldigheid: In alle gevalle het items betekenisvol hoër gekorreleer met die faktor waartoe dit behoort as enige van die ander faktore. Korrelasiekoëffisiënte van die Bonferroni-tipe is .108 op die .05 vlak, .120 op die .01 vlak en .136 op die .001 vlak.

4.6.6.6 Rede vir insluiting

Die toets is ingesluit, aangesien dit belangrik was om te probeer bepaal hoe en in watter mate proefpersone hulle verbeelding gebruik. Die ideaal sou wees om die langer en meer volledige "Imaginal Processes Inventory" te gebruik, aangesien die skaal aspekte soos ouditiewe en visuele beelding vollediger meet. Die langer vorm bestaan egter uit 344 items en was dus nie prakties nie, vanweë die tyd wat dit neem om die vraelys te voltooi.

4.7 STATISTIESE TEGNIEKE

Die data van die studie is verwerk deur die Statistiese Konsultasiediens van die Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys met behulp van die SAS-rekenaarprogrammpakket (SAS Institute Inc., SAS\STAT User's Guide, release 6.03 Edition. Cary, NC:SAS Institute, 1988). Die roupunte is gebruik in die verwerking van die gegewens.

4.7.1 PARAMETRIESE STATISTIEK

4.7.1.1 VERSKILLE BINNE GROEPE

Daar is gepoog om te bepaal watter veranderinge binne die drie groepe plaasgevind het. Die verskille in die voortoets- en natoetsresultate is vir die volgende hoof- en subveranderlikes bepaal:

* **Gewig**

Uitgedruk in 'n LMI-telling

* **Liggaamspersepsie**

breedte van middel

breedte van heup

breedte van bors

breedte van gesig

lengte van romp

lengte van voet

lengte van arm

lengte van objek

* **Selfbeeld**

Fisiese self

Morele self

Persoonlike self

Self as gesinslid

Sosiale self

Selfkritiek

Selfkonsep (Totale routelling van die TSKS)

Identiteit

Tevredenheid

Gedrag

* **Liggaamsbeeldversteuring**

Vir die "Body image Avoidance Scale" is die volgende veranderlikes bepaal:

vermyding van styfpassende klere;

vermyding van sosiale aktiwiteite waar kos, gewig of voorkoms die fokus is;
inperking van eet en
aandag aan voorkoms

* **Liggaamskatekse**

Totaaltelling van die Liggaamskatekseskaal

* **Innerlike ervaring en vermoë tot beelding**

Positiewe konstruktiewe dagdrome

Skuld- en vrees vir mislukking dagdrome

Swak aandagbeheer

Die groepe waarmee gewerk is, het uit minder as dertig persone bestaan en was dus baie klein. Om dié rede is die gepaarde t-toets aangedui (Steyn, 1991).

Die t-waarde vir die verskille binne die drie groepe is deur middel van die gepaarde t-toets bereken (SAS Institute Inc., 1988).

4.7.1.2 VERSKILLE TUSSEN GROEPE

Aangesien drie groepe in hierdie studie met mekaar vergelyk is, is die metode van variansie-analise gebruik om verskille tussen groepe te bepaal. Daar is dus bepaal of daar na afloop van die program statisties betekenisvolle verskille tussen die drie groepe voorgekom het. Indien wel, beteken dit dat die alternatiewe hipotese aanvaar kan word, naamlik dat ten minste twee van die groepe se resultate van mekaar verskil. Dieselfde veranderlikes soos bespreek onder Verskille binne groepe (punt 4.7.1.1) was ook hier van toepassing.

Statisties betekenisvolheid vir verskille tussen die groepe is bereken deur Tukey se metode van paarsgewyse vergelyking te gebruik (Steyn, Smit, Du Toit & Strasheim, 1994 en SAS Institute Inc., 1988). Indien die p-waardes verkry uit die steekproefdata kleiner of gelyk is aan 0.05, kan statistiese betekenisvolheid aanvaar word. Indien Tukey se Metode van paarsgewyse

vergelyking groepsverskille aantoon, kan die alternatiewe hipotese (wat sê daar is verskille tussen die drie groepe se resultate), aanvaar word.

4.7.1.3 PRAKTIESE BETEKENISVOLHEID

Dit is egter nie genoeg om alleenlik staat te maak op statistiese betekenisvolheid nie, aangesien 'n statistiese toets nie uitspraak kan gee oor praktiese betekenisvolheid nie (Steyn, 1991). 'n Werklike verskil is dus nie noodwendig groot of groot genoeg om belangrik te wees en werklik 'n praktiese impak te hê nie.

Cohen (1977) se kriterium vir effekgroottes is in hierdie studie gebruik om vas te stel of veranderinge ook prakties betekenisvol is. Slegs wanneer statistiese, sowel as praktiese betekenisvolheid verkry is, kan met reg aanvaar word dat die gerigte beeldingsprogram 'n betekenisvolle effek gehad het.

*** Praktiese betekenisvolheid vir verskille binne groepe**

Effekgrootte waardes word gebruik om praktiese betekenisvolheid, volgens Cohen (1977) se kriterium, weer te gee. Die formule vir effekgroottes binne groepe is:

$$d = \bar{x}_v \sqrt{2} / s_v$$

waar \bar{x}_v die gemiddelde verskil tussen na- en voortoetstellings, en s_v die standaardafwyking van genoemde verskille is.

As d ongeveer 0,35 is, is die effek klein, as d ongeveer 0,5 is, is die effek matig en as d ongeveer 0,8 is, is die effek groot.

Data kan slegs as werklik prakties betekenisvol beskou word, indien dit 'n effekgrootte van d groter of gelyk aan 0,8 oplewer. Dit beteken die data het dan 'n verskil met 'n groot effek oplewer. Resultate met 'n medium tot groot effek kan gebruik word.

* **Praktiese betekenisvolheid vir verskille tussen groepe**

Om die effekgrootte tussen groepe te bepaal, is Steyn (1994) se formule gebruik waar effekgrootte afgelei word uit variansie-analise, byvoorbeeld:

$$f = \sqrt{(k - 1) F / (N - k - 1)}$$

waar k die aantal groepe, N die aantal proefpersone in al drie groepe saam, en F die variansieverhouding uit die variansie-analise is.

Met hierdie formule vir effekgroottes word 'n f-waarde van ongeveer 0,1 beskou as 'n klein effek, 'n f-waarde van ongeveer 0,25 as 'n matige effek en 'n f-waarde van ongeveer van 0,4 as 'n groot effek.

4.7.1.4 KRITERIA GEBRUIK IN DIE STUDIE

Vir *binne-* sowel as *tussengroepverskille* word resultate as *statisties betekenisvol* beskou indien die p-waarde kleiner of gelyk aan 0,05 is. Resultate van *binnegroepverskille* word as *prakties betekenisvol* beskou as die d-waarde groter of gelyk is aan 0,8 (groot effek). In hierdie studie is resultate met 'n medium effek (groter of gelyk aan 0,5) ook as *prakties betekenisvol* beskou.

Resultate van *tussengroepverskille* word as *prakties betekenisvol* beskou as die f-waarde groter of gelyk is aan 0,4.

Daar moet aan albei kriteria voldoen word voordat die alternatiewe hipotese aanvaar kan word. Indien daar nie aan beide hierdie voorwaardes voldoen word nie, geld nie-verwerping van die nulhipotese (Cohen, 1977 en Siegel, 1988). Hierdie kriteria geld vir resultate behaal in die geval van verskille binne groepe, sowel as in die geval van verskille tussen groepe.

Dit is belangrik om daarop te let dat praktiese betekenisvolheid vir verskille binne groepe in hierdie studie 'n d-waarde is, terwyl dit vir verskille tussen groepe 'n f-waarde is.

4.7.2 NIE-PARAMETRIESE STATISTIEK

Nie-parametriese statistiek was slegs van toepassing op die mensfiguurtekentegniek. Om verskille binne groepe en tussen groepe vir die mensfiguurtekentegniek te bepaal, moes daar van nie-parametriese metodes gebruik gemaak word, aangesien die veranderlikes op 'n nominale skaal lê (Steyn, 1991). Vir die mensfiguurtekentegniek is die volgende veranderlikes bepaal:

- * Buitengewoon baie uitvee;
- * Tekening hoog bo-aan bladsy;
- * Tekening in boonste linkerhoek;
- * Buitengewone klein tekening;
- * Buitengewone groot kop;
- * Beklemtoning van mond 1;
- * Beklemtoning van mond 2;
- * Uitstaanlippe;
- * Buitengewone lang nek;
- * Dubbele of deurmekaar liggaamskontoere;
- * Vet, wye liggaamsromp;
- * Baie dun romp;
- * Klere te groot vir figuur;
- * Stokfigure;
- * Vermomming en
- * Slordige figuur

Die McNemartoets (Siegel, 1956) maak gebruik van digotomisering en dui die verband tussen gekorreleerde veranderlikes aan. Die toets is dus gebruik om verskille binne groepe ten opsigte van bogenoemde kriteria van die mensfiguurtekentegniek te bepaal.

Om die p-waarde te bepaal, is die volgende formule vir die McNemartoets gebruik:

$$X^2 = \frac{([A - D] - 1)^2}{A + D}$$

waar A die frekwensie persone is wat 'n positiewe respons by die voortoets, maar 'n negatiewe respons by die natoets gegee het; en D die frekwensie persone is wat 'n negatiewe respons by die voortoets, maar 'n positiewe respons by die natoets gegee het.

Die Chi-kwadraattoets (Steyn *et al.*, 1994) is die nie-parametriese metode wat aangedui is om verbande tussen nominale veranderlikes te bepaal. Dit is dus om hierdie rede gebruik om verskille tussen groepe ten opsigte van die mensfiguurtekentegniek aan te dui.

Die p-waarde vir verskille tussen groepe is bereken met die Chi-kwadraatmetode (Steyn *et al.*, 1994 en SAS Institute Inc., 1988).

Resultate is as statisties betekenisvol beskou indien die p-waarde kleiner of gelyk aan 0,05 is. Hierdie kriterium het gegeld vir die McNemar- en die Chi-kwadraattoets. Omdat daar baie leë selle was, is Fisher se eksakte toets, gebaseer op 3x3 gebeurlikheidstabelle (Steyn *et al.*, 1994), gebruik om te kontroleer dat p-waardes wat deur die Chi-kwadraattoets as betekenisvol uitgewys is, wel statisties betekenisvol is.

4.8 HIPOTESEFORMULERING

Hipoteses word slegs gestel ten opsigte van die oorkoepelende veranderlikes vir verskille binne en tussen groepe. Die oorkoepelende veranderlikes is gewig, liggaamskatekse en selfbeeld.

4.8.1 HIPOTESEFORMULERING TEN OPSIGTE VAN VERSKILLE BINNE GROEPE

*** Algemene hipotese**

Die program het 'n effek deurdat die resultate van die voortoets en natoets binne elke groep na afloop van die program beduidend van mekaar verskil.

*** Nulhipoteses en alternatiewe hipoteses**

Nulhipotese 1

Die gerigte beeldingsprogram het geen effek op gewig as veranderlike in die voortoets en natoets na afloop van die program nie.

Alternatiewe hipotese 1

Die gerigte beeldingsprogram het 'n effek op gewig as veranderlike deurdat resultate in die voortoets en natoets beduidend van mekaar sal verskil na afloop van die program.

Nulhipotese 2

Die gerigte beeldingsprogram het geen effek op liggaamskatekse as veranderlike in die voortoets en natoets na afloop van die program nie.

Alternatiewe hipotese 2

Die gerigte beeldingsprogram het 'n effek op liggaamskatekse as veranderlike deurdat resultate in die voortoets en natoets beduidend van mekaar sal verskil na afloop van die program.

Nulhipotese 3

Die gerigte beeldingsprogram het geen effek op selfbeeld as veranderlike in die voortoets en natoets na afloop van die program nie.

Alternatiewe hipotese 3

Die gerigte beeldingsprogram het 'n effek op selfbeeld as veranderlike deurdat die resultate in die voortoets en natoets beduidend van mekaar sal verskil na afloop van die program.

4.8.2 FORMULERING VAN HIPOTESSES TEN OPSIGTE VAN VERSKILLE TUSSEN GROEPE

*** Algemene Hipotese**

Die gerigte beeldingsprogram het 'n effek deurdat die resultate van die groepe beduidend van mekaar sal verskil na afloop van die program.

*** Nulhipoteses en alternatiewe hipoteses**

Nulhipotese 1

Die gerigte beeldingsprogram het geen effek op gewig as veranderlike van die drie groepe na afloop van die program nie.

Alternatiewe hipotese 1

Die gerigte beeldingsprogram het 'n effek op gewig as veranderlike, deurdat die groepe beduidend van mekaar sal verskil na afloop van die program.

Nulhipotese 2

Die gerigte beeldingsprogram het geen effek op liggaamskatekse as veranderlike van die drie groepe na afloop van die program nie.

Alternatiewe hipotese 2

Die gerigte beeldingsprogram het 'n effek op liggaamskatekse as veranderlike deurdat die groepe beduidend van mekaar sal verskil na afloop van die program.

Nulhipotese 3

Die gerigte beeldingsprogram het geen effek op selfbeeld as veranderlike van die drie groepe na afloop van die program nie.

Alternatiewe hipotese 3

Die gerigte beeldingsprogram het 'n effek op selfbeeld as veranderlike deurdat die groepe beduidend van mekaar sal verskil na afloop van die program.

Die resultate wat verkry is uit die data sal in die volgende hoofstuk bespreek word.

HOOFSTUK 5

BESPREKING VAN RESULTATE

5.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk sal die resultate bespreek word soos verkry is uit die gepaarde t-toets vir verskille binne groepe (voor- en natoets), en variansie-analise vir verskille tussen groepe (Groepe A, B en C) ten opsigte van die LMI (liggaamsmassa-indeks) en al die toetse buiten die mensfiguurtekentegniek. Ten opsigte van die mensfiguurtekentegniek is die McNemartoets gedoen vir verskille binne groepe en die Chi-kwadraat en Fisher se eksakte toets vir verskille tussen groepe. Vir die DAP word daar gebeurlikheidstabelle gegee volgens die kriteria bespreek onder punt 4.5.4.3. Daarna word 'n opsomming gegee van die resultate van die McNemartoets en die Chi-kwadraattoets. Die nulhipoteses sal op grond van statistiese beduidendheid en praktiese betekenisvolheid aanvaar of verwerp word.

5.2 VERSKILLE BINNE GROEPE

5.2.1 GEWIGSVERLIES

TABEL 1: RESULTATE VAN DIE GEPAARDE T-TOETS VIR VERSKILLE BINNE GROEPE TEN OPSIGTE VAN GEWIG AS VERANDERLIKE

TABEL 1: LIGGAAMSMASSA-INDEKS						
Groep	Voor-toets	Na-toets	gem. verskil	sa	p-waarde	d-waarde
A	n=20	n=14	-1.4050	0.9223	0.0010*	2.16**
B	n=24	n=17	-0.0835	1.3917	0.8077	0.08
C	n=20	n=12	-0.2790	1.3945	0.5427	0.28

* Statisties betekenisvol (p-waarde ≤ 0.05)

** Statisties betekenisvol (p -waarde $\leq 0,05$), sowel as prakties beduidend met groot effekgrootte waarde (d -waarde $\geq 0,8$)

waar: gem. verskil = gemiddelde verskil

sa = standaardafwyking

Uit tabel 1 blyk dit dat statisties- en prakties betekenisvolle gewigsverlies, soos uitgedruk in 'n liggaamsmassa-indeks, slegs by groep A plaasgevind het. Dit dui daarop dat effektiewe gewigsverlies plaasvind deur slegs 'n dieet te volg.

'n Leemte van hierdie studie is egter dat natoetsing slegs direk na afloop van die verskillende ingrepe gedoen is. Daar is dus nie voorsiening gemaak vir opvolging, byvoorbeeld 6-12 maande daarna nie. Uit die literatuur blyk dit 'n algemene verskynsel te wees dat oorgewigpersone weer die gewig optel wat hulle verloor het (Bronwell, 1982, soos aangehaal deur Brodie & Slade, 1990 en Rodin, Silberstein & Striegelmoore, 1984). Dit het ook onder die navorsers se aandag gekom dat persone in groep A weer gewig opgetel het. (Na afloop van die formele natoetsing het die navorsers ook aan groep A die gerigte beeldingsprogram aangebied as deel van 'n etiese onderneming. Die navorsers het ook na afloop van natoetsing terapeutiese kontak met lede van die groep gehad.)

Hoewel gewigsverlies op die oog af maklik meetbaar is, is daar in hierdie studie dieselfe probleme ondervind as in feitlik alle ander soortgelyke studies, naamlik dat gewig of LMI geneem is as die veranderlike wat bepaal moet word. Brodie & Slade (1990) wys daarop dat die veranderlike eintlik liggaamsvet is en dat, hoewel dit verband hou met gewig, dit moontlik is dat vet deur oefening omgesit word in spierweefsel wat eintlik swaarder weeg. Van die proefpersone in die steekproef het uit eie motivering met 'n oefenprogram begin. Dit is dus 'n veranderlike waarmee nie rekening gehou is nie. Om afleidings te maak bloot op gewigsverlies, is dus 'n oorvereenvoudiging.

5.2.2 LIGGAAMSPERSEPSIE

TABEL 2: RESULTATE VAN DIE GEPAARDE T-TOETS VIR VERSKILLE BINNE GROEPE TEN OPSIGTE VAN LIGGAAMSPERSEPSIE AS VERANDERLIKE

TABEL 2: "SLADE PERCEPTUAL DISTORTION TASK"												
veranderlike	GROEP A (DIEET ALLEEN) n=20 voortoets, n=14 natoets				GROEP B (DIEET+GERIGTE BEELDING) n=24 voortoets, n=17 natoets				GROEP C (GERIGTE BEELDING) n=20 voortoets, n=12 natoets			
	gem. verskil	sa	p-waarde	d-waarde	gem. verskil	sa	p-waarde	d-waarde	gem. verskil	sa	p-waarde	d-waarde
middel	-9,6428	18,7436	0,0764	0,72	-7,4117	18,6583	0,1210	0,56	-9,5000	19,1287	0,1133	0,70
heup	-21,2857	16,8496	0,0004*	1,78**	-7,6470	14,6498	0,0470*	0,74^	-9,8333	17,9333	0,0840	0,77
bors	-13,5714	13,9543	0,0030*	1,37**	-1,7058	12,3731	0,5776	0,19	-4,1666	25,5870	0,5840	0,23
gesig	-20,0714	17,6568	0,0009*	1,61**	1,0000	26,4787	0,8782	0,05	-13,6666	21,9434	0,0539	0,88
romp	-9,5000	13,6649	0,0220*	0,98**	-1,1764	14,1033	0,7354	0,12	-9,0833	12,7240	0,0310*	1,009**
voet	-11,5000	11,0017	0,0018*	1,48**	-1,8823	7,8968	0,3403	0,34	-8,7500	13,6456	0,0483*	0,91**
arm	-1,3571	12,1819	0,6836	0,16	5,6470	15,8742	0,1618	0,50	-5,8333	17,9991	0,2855	0,46
objek	-6,5714	15,3408	0,1330	0,61	4,3529	9,7528	0,0844	0,63	-4,6666	12,4851	0,2219	0,52

* Statisties betekenisvol (p-waarde $\leq 0,05$).

** Statisties betekenisvol (p-waarde $\leq 0,05$) sowel as prakties betekenisvol (d-waarde $\geq 0,8$).

^ Statisties betekenisvol (p-waarde $\leq 0,05$) sowel as prakties beduidend met medium effekgroottewaarde (d-waarde $\geq 0,5$)

Waar: gem. verskil = gemiddelde verskil

sa = standaardafwyking

Uit tabel 2 blyk dit dat groep A statisties betekenisvolle verskille getoon het ten opsigte van hul persepsie van heup, bors, gesig, romp en voet; groep B ten opsigte van hul persepsie van heup, en groep C ten opsigte van hul persepsie van romp en voet, soos gemeet deur die "Slade Perceptual Distortion Task". Hulle het hierdie mates dus beduidend kleiner geskat in die natoets as in die voortoets. Al hierdie tellings is prakties betekenisvol, omdat $d > 0,8$ is, behalwe groep B, waar die telling slegs 'n matige effekwaarde toon, $d > 0,5$.

Die grootste verskil in liggaamspersie het by groep A voorgekom wat ook die meeste gewig verloor het. Dit blyk dus dat liggaamspersie as 'n faset van 'n negatiewe liggaamsbeeld die sensitiefste vir verandering is en die beste verband hou met gewigsverlies by oorgewigpersone. Indien 'n mens oorgewig is, is sy persepsie van sy liggaam nog groter. Wanneer 'n mens dan gewig verloor, voel hy kleiner en dit kom na vore in 'n positiewe verandering van sy

liggaamspersepsie. Die literatuur vermeld teenstrydige bevindings. Hierdie resultate verskil dus van bevindings wat in die literatuur vermeld word, naamlik dat groottedistorsies hoë weerstand bied teen verandering, selfs na gewigsverlies (Bruch, 1973 en Powers, 1980, soos aangehaal deur Kreidler & Chemerinski, 1990). Dit bevestig egter die positiewe verandering in liggaamspersepsie wat Brodie & Slade (1990) gevind het.

Die feit dat beide groep A en C hul rompmate korter geskat het, is moontlik daarin geleë dat hulle oor die algemeen kleiner voel. Dit, terwyl 'n persoon se lengtemaat in werklikheid nie deur gewig geaffekteer word nie.

As daar dieper gekyk word na bogenoemde resultate, blyk dit dat die "Slade Perceptual Distortion Task", soos toegepas in hierdie studie, moontlik nie fyn genoeg meet nie. Die ideaal sou wees om 'n presisie-meetinstrument soos gebruik deur Brodie & Slade (1990) ('n elektroniese antropometer met 'n digitale lesing) te hê. Die toetsgroepe was ook te klein om voorsiening te maak vir die variasie van toetslinge se response.

5.2.3 LIGGAAMSKATEKSE

TABEL 3: RESULTATE VAN DIE GEPAARDE T-TOETS VIR VERSKILLE BINNE GROEPE TEN OPSIGTE VAN LIGGAAMSKATEKSE AS VERANDERLIKE

TABEL 3: LIGGAAMSKATEKSESKAAL						
Groep	Voortoets	Natoets	gem. verskil	sa	p-waarde	d-waarde
A	n=20	n=14	-8.0000	22.8742	0.2133	0.49
B	n=24	n=17	4.2500	23.7023	0.4843	0.25
C	n=20	n=12	-7.9166	29.7274	0.3760	0.38

* Statisties betekenisvol (p -waarde ≤ 0.05)

** Statisties betekenisvol (p -waarde ≤ 0.05), sowel as prakties beduidend met groot effekgrootte (d-waarde ≥ 0.8)

waar: gem. verskil = gemiddelde verskil

sa = standaardafwyking

Uit tabel 3 blyk dit dat daar geen betekenisvolle verskille in enige van die groepe voorgekom het ten opsigte van liggaamskatekse nie, soos gemeet deur die Liggaamskatekseskaal. Selfs groep A wat betekenisvol gewig verloor het, het nie meer van hulself gehou, en dus beter oor hulself gevoel nie. Moontlike verklarings vir die feit dat geen verandering ten opsigte van liggaamskatekse plaasgevind het nie, kan geleë wees in die toets self en in die konstruk.

Wat die toets self betref, is een van die kritiekpunte wat Robinson & Schaver (1973) in verband met die liggaamskatekseskaal noem, juis die feit dat daar geen itemanalise en min geldigheidswerk met die toets gedoen is nie. Hulle stel ook voor dat daar gewigte toegeken word aan items wat belangriker is. Groter korrelasies is gevind tussen selfwaarde en tevredenheid met fisiese eienskappe wat as belangrik gereken word, as tussen selfwaarde en tevredenheid met eienskappe wat as onbelangrik gereken word (korrelasies van .62 teenoor .28 - Rosen & Ross, 1968, soos aangehaal deur Robinson & Schaver, 1973).

Wat die konstruk betref, is wat 'n mens van homself dink en hoe tevrede 'n persoon met homself voel, 'n konstruk wat deel van 'n persoon se denke word en baie moeilik verander. Secord & Jourard (1953) het in die ontwikkeling van hierdie skaal houdings ten opsigte van die liggaam gesien as van die uiterste belang vir 'n omvattende teorie van persoonlikheid. Dit is 'n alombekende feit dat persoonlikheid moeilik verander. Freedman (1988) meld dat voorkoms baie dieper lê as net 'n uiterlike beeld. Dit is 'n basiese deel van wie ons is. Sy meld ook dat daar 'n swak verband is tussen liggaamsbeeld en fisiese voorkoms. Tevredenheid met die liggaam soos uitgedruk in liggaamskatekse, is dus moontlik 'n meer onveranderlike deel van die self.

5.2.4 LIGGAAMSBEELDVERSTEURING

TABEL 4: RESULTATE VAN DIE GEPAARDE T-TOETS VIR VERSKILLE BINNE GROEPE TEN OPSIGTE VAN KLEDING, VERMYDING VAN SOSIALE AKTIWITEITE, INPERKING VAN EET EN AANDAG AAN VOORKOMS AS VERANDERLIKES

TABEL 4: "BODY IMAGE AVOIDANCE QUESTIONNAIRE"

veranderlike	GROEP A (DIEET ALLEEN) n=20 voortoets en n=14 natoets				GROEP B (DIEET+GERIGTE BEELDING) n=24 voortoets.n= 17 natoets				GROEP C (GERIGTE BEELDING) n=20 voortoets. n=12 natoets			
	gem. verskil	sa	p-waarde	d-waarde	gem. verskil	sa	p-waarde	d-waarde	gem. verskil	sa	p-waarde	d-waarde
KL	-2.1428	6.6315	0.2482	0.46	-0.7500	6.5979	0.6558	0.16	-4.4166	4.7185	0.0078*	1.32**
VSA	-0.1428	2.6269	0.8419	0.08	-1.1875	3.7097	0.2199	0.45	-1.0000	3.5675	0.3524	0.39
IE	0.8571	1.7478	0.0895	0.69	-0.1250	1.4083	0.7275	0.13	0.3333	2.5346	0.6576	0.18
V	-1.3571	1.9057	0.0195*	1.01**	-0.6250	2.8489	0.3940	0.31	0.3333	4.3344	0.7949	0.11

KL: Body Image Avoidance Scale: Kleding
VSA: Body Image Avoidance Scale: Vermydning van Sosiale Aktiwiteite
IE: Body Image Avoidance Scale: Inperking van Eet
V: Body Image Avoidance Scale: Aandag aan Voorkoms

* Statisties betekenisvol (p-waarde $\leq 0,05$).

** Statisties betekenisvol (p-waarde $\leq 0,05$) sowel as prakties betekenisvol (d-waarde $\geq 0,8$).

Waar: gem. verskil = gemiddelde verskil
sa = standaardafwyking

Uit tabel 4 blyk dit dat daar 'n positiewe verandering by groep A plaasgevind het ten opsigte van voorkomsgewoontes wat geassosieer word met 'n negatiewe liggaamsbeeld, soos gemeet deur die "Body Image Avoidance Scale". Dit blyk dus dat betekenisvolle gewigsverlies as gevolg van 'n dieet, tot die verbetering van 'n versteurde liggaamsbeeld lei. Daar is dus minder negatiewe aandag aan voorkoms.

Uit die tabel blyk ook dat by groep C positiewe verandering ten opsigte van kledinggewoontes wat geassosieer word met 'n negatiewe liggaamsbeeld voorgekom het. Dit blyk dus dat gerigte beelding moontlik kan lei tot die verbetering van 'n versteurde liggaamsbeeld ten opsigte van kleding. Proefpersone het moontlik beter oor hulself gevoel (fisiese selfbeeld het verbeter, soos blyk uit die Tennessee Selfkonsepskaal). Hulle het dus minder probeer om hul liggame weg te steek agter loospasende klere.

Literatuur toon aan dat 'n negatiewe liggaamsbeeld 'n oorsaaklike rol speel in eetversteurings (Fairburn & Garner, 1988 en Striegel-Moore, Silberstein & Rodin, 1986, soos aangehaal deur Rosen *et al.*, 1991). Die gemiddelde totaalstelling wat Rosen *et al.* (1991) met 'n normale populasie gevind het, was 31.5 en die standaardafwyking 13.9. Die gemiddelde telling van al

drie die groepe met voortoetsing (A = 40,65; B = 42,41 en C = 43,25) was vergelykbaar met 'n kliniese groep van Bulimie Nervosa proefpersone. Volgens Rosen *et al.* (1991) is hierdie dus 'n aanduiding dat al drie groepe 'n kliniese populasie is. Die faktor dat al drie groepe op hierdie telling vergelykbaar met 'n kliniese populasie is, moet dus deeglik in ag geneem word met die interpretasie van resultate hieronder. Dit bevestig verder dat oorgewig 'n probleem met 'n komplekse onderbou is.

'n Resente oorsig oor liggaamsbeeldverandering in obese persone onder behandeling vir gewigsverlies, toon aan dat dit onseker is of proefpersone werklik die verbetering in hulle liggame waardeer (Strumey & Slade, 1988, soos aangehaal deur Brodie & Slade, 1990).

5.2.5 SELFKONSEP

TABEL 5: RESULTATE VAN DIE GEPAAARDE T-TOETS VIR VERSKILLE BINNE GROEPE TEN OPSIGTE VAN SELFKONSEP

veranderlike	GROEP A (DIEET ALLEEN) n=20 voortoets, n=14 natoets				GROEP B (DIEET+GERIGTE BEELDING) n=24 voortoets, n=17 natoets				GROEP C (GERIGTE BEELDING) n=19 voortoets, n=12 natoets			
	gem. verskil	sa	p-waarde	d-waarde	gem. verskil	sa	p-waarde	d-waarde	gem. verskil	sa	p-waarde	d-waarde
FS	1,7857	7,2343	0,3725	0,35	0,2352	5,2145	0,8547	0,06	4,6363	6,6973	0,0446*	0,98**
MS	0,2857	6,5683	0,8732	0,06	-0,1764	4,0036	0,8581	0,06	1,2727	7,5642	0,5891	0,23
PS	2,0714	5,3989	0,1747	0,54	1,3529	7,1233	0,4450	0,26	4,6363	7,0323	0,0536	0,93
FAM	2,1428	5,6955	0,1827	0,53	-0,7058	7,6792	0,7097	0,13	3,0000	6,8117	0,1748	0,62
SS	2,0714	3,9314	0,0703	0,74	-0,4705	6,7371	0,7770	0,10	-0,3636	5,3716	0,8269	0,09
SKR	-1,7142	2,8670	0,0434*	0,84**	-1,4117	4,2582	0,1905	0,47	-1,3636	2,2922	0,0768	0,84
SK	8,3571	20,0791	0,1434	0,58	0,2352	25,5600	0,9702	0,01	13,1818	25,4747	0,1169	0,72
ID	2,0000	7,4730	0,3349	0,38	2,3529	8,9368	0,2938	0,37	4,2727	7,7212	0,0963	0,78
TV	5,6428	9,2120	0,0392*	0,86**	-0,5882	13,3091	0,8577	0,06	7,2727	10,1300	0,0385*	1,01**
GED	0,7142	7,6201	0,7314	0,13	-1,5294	8,7186	0,4800	0,25	1,6363	11,1200	0,6360	0,21

FS: Fisiese self

PS: Persoonlike self

SS: Sosiale self

SK: Selfkonsep

TV: Tevredenheid

MS: Morele self

FAM: Familie self

SKR: Selfkritiek

ID: Identiteit

GED: Gedrag

* Statisties betekenisvol (p-waarde $\leq 0,05$).

** Statisties betekenisvol (p-waarde $\leq 0,05$) sowel as prakties betekenisvol (d-waarde $\geq 0,8$).

Waar: gem. verskil = gemiddelde verskil

sa = standaardafwyking

Uit tabel 5 blyk dit dat positiewe verandering by groep A plaasgevind het ten opsigte van selfkritiek en selftevredenheid, soos gemeet deur die Tennessee Selfkonsepskaal. Gewigsverlies as gevolg van 'n dieet lei dus tot minder selfkritiek en groter selftevredenheid. Dit lyk dus asof die tradisionele siening van 'reg eet' en 'om op 'n dieet te wees' indien 'n mens oorgewig is, die "regte ding" is om te doen en gevolglik is selfkritiek minder. Dit mag ook wees dat mense wat op 'n dieet is, meer in beheer voel en dat dit tot minder selfkritiek en groter selftevredenheid kan lei.

Die resultate weergegee in tabel 5 dui ook positiewe verandering ten opsigte van fisiese selfbeeld en groter selftevredenheid by groep C aan. Dit blyk dus dat die gerigte beeldingsprogram gelei het tot verbetering in fisiese selfbeeld en beter selfaanvaarding.

Die feit dat beide groep A en C positiewe verandering in selftevredenheid gehad het, is 'n aanduiding dat enige verbetering van die selfkonsep tot groter selftevredenheid lei. Navorsing van intervensiestudies waarin die Tennessee Selfkonsepskaal die meetinstrument was, soos weergegee in Roid & Fitts (1988), het gevind dat *Selfbevestiging* en *Gedrag* die grootste verbetering toon. Die resultate rym dus deels hiermee.

In sy geheel gesien is die verandering in selfkonsep, soos gemeet deur die Tennessee Selfkonsepskaal minimaal. Weereens is daar by groep B geen betekenisvolle positiewe verandering nie. Dit rym met navorsing wat aandui dat selfkonsep so fundamenteel is, dat dit nie maklik verander nie, selfs al verander gedrag en gevoelens (Roid & Fitts, 1988).

Die gemiddelde totaaltelling van al drie groepe met voortoetsing (A = 328,3; B = 334,5 en C = 321,5), is besonder laag - tussen die twintigste en dertigste persentiel. Dit dui op 'n baie lae selfkonsep. Die literatuur toon aan dat 'n negatiewe selfkonsep geassosieer word met 'n eksterne lokus van kontrole (Martin & Coley, 1984 en Lambert, DeJulio & Cole, 1976, soos aangehaal deur Roid & Fitts, 1988). Dit kan 'n verklaring bied vir die swak prestasie van al die groepe. Die lae selfkonsep dui daarop dat obese persone moontlik 'n eksterne lokus van kontrole het. Hulle aanvaar dus nie verantwoordelikheid vir hul oorgewig nie. Hulle glo waarskynlik die

verantwoordelikheid vir gewigsvermindering lê by die dieetkundige en aanbieder van die program. Dis moontlik die rede waarom groep B, wat beide gevolg het, die swakste vaar.

5.2.6 INNERLIKE ERVARING

TABEL 6: RESULTATE VAN DIE GEPAARDE T-TOETS VIR VERSKILLE BINNE GROEPE TEN OPSIGTE VAN POSITIEWE, KONSTRUKTIEWE DAGDROME, SKULD EN VREES VIR MISLUKKING EN SWAK AANDAGBEHEER AS VERANDERLIKES

TABEL 6: "SHORT IMAGINAL PROCESSES INVENTORY"												
veranderlike	GROEP A (DIEET ALLEEN) n=20 voortoets, n=14 natoets				GROEP B (DIEET+GERIGTE BEELDING) n=24 voortoets, n=17 natoets				GROEP C (GERIGTE BEELDING) n=20 voortoets, n=12 natoets			
	gem. verskil	sa	p-waarde	d-waarde	gem. verskil	sa	p-waarde	d-waarde	gem. verskil	sa	p-waarde	d-waarde
PKD	0,5000	8,1311	0,8216	0,09	0	11,5815	1,0000	0	-1,5833	8,8979	0,5502	0,25
SVM	-3,5000	7,8127	0,1176	0,63	-1,3125	9,3930	0,5845	0,20	0,1666	7,9753	0,9436	0,03
SA	0,2857	7,5491	0,8896	0,05	-0,1875	11,1726	0,9474	0,02	1,6666	7,4630	0,4555	0,32

PKD: Short Imaginal Processes Inventory: Positiewe konstruktiewe dagdrome

SVM: Short Imaginal Processes Inventory: Skuld en vrees-vir-mislukking

SA: Short Imaginal Processes Inventory: Swak aandagbeheer

* Statisties betekenisvol (p-waarde $\leq 0,05$).

** Statisties betekenisvol (p-waarde $\leq 0,05$) sowel as prakties betekenisvol (d-waarde $\geq 0,8$).

Waar: gem. verskil = gemiddelde verskil

sa = standaardafwyking

Innerlike ervaring, soos gemeet deur die "Short Imaginal Processes Inventory", dui op stylkenmerke van nie-gerigte denke, dagdrome en fantasietendense. Drie konstruksies word in die toets gemeet, naamlik positiewe konstruktiewe dagdrome, skuld- en vrees vir mislukking en swak aandagbeheer. Die resultate weergegee in tabel 6 dui daarop dat geen verandering plaasgevind het in enige van die drie groepe nie. Hieruit blyk dus dat gewigsverlies met behulp van 'n dieet en/of gerigte beelding geen impak maak op innerlike ervaring nie. Moontlike redes daarvoor lê in die feit dat denkstrukture moeilik verander. Om hier effektiewe verandering teweeg te bring, moet die gerigte beeldingsprogram dus moontlik langer wees, of ander inhoud moet gebruik word. Die "Short Imaginal Processes Inventory" is ook nog volgens Huba *et al.* (1982) 'n teoretiese meetinstrument wat nog voortgaande teoretiese ontwikkeling ondergaan.

5.3 VERSKILLE TUSSEN GROEPE

5.3.1 GEWIGSVERLIES

TABEL 7: RESULTATE VAN DIE VARIANSIE-ANALISE (TUKEY SE METODE VAN PAARSGEWYSE VERGELYKING) VIR VERSKILLE TUSSEN GROEPE TEN OPSIGTE VAN GEWIG AS VERANDERLIKE

Groep	veranderlike	gem. verskil	sa	p-waarde	f-waarde	Groep-verskille
A	LMI	-1,4050	0,9223] 0,0408*	0,17	A en B
B	LMI	-0,0835	1,3917			
C	LMI	-0,2790	1,3945			

* Statisties betekenisvol ($p\text{-waarde} \leq 0,05$)

** Statisties betekenisvol ($p\text{-waarde} \leq 0,05$), sowel as prakties beduidend met groot effekgrootewaarde ($f\text{-waarde} \geq 0,4$)

waar: gem. verskil = gemiddelde verskil

sa = standaardafwyking

Die resultate in tabel 7 weergegee, dui aan dat groep A (wat slegs dieet het) statisties betekenisvol meer gewig verloor het as groep B (wat dieet het, sowel as die gerigte beeldingsprogram bygewoon het). Hierdie verskil is egter nie prakties betekenisvol nie, aangesien die effekgrootte te klein is ($f=0,17$).

Geen betekenisvolle verskille is tussen groepe A en C en groep C en B gevind nie. Hoewel daar nie direkte vergelykings getref kan word nie, verskil hierdie resultate van dié wat Brodie & Slade (1990) gevind het. Volgens hulle toon 'n hoë-intervensiedieet-groep betekenisvol meer gewigsverlies as 'n groep wat 'n gesonde lewenstyl met oefening gevolg het. Groep A voldoen aan die vereistes van eersgenoemde. Daar kan egter geredeneer word dat groep B ook daaraan voldoen.

Verskeie redes kan vir bogenoemde resultate aangevoer word:

5.3.1.1 Gebrek aan motivering is 'n algemene probleem by oorgewigpersone. Dit blyk uit die volgende:

- * die uitvalsyfer by ander gewigsverliesprogramme. Hoewel 'n bekende verslankingsklub in Suid-Afrika tans nie statistiek oor hulle uitvalsyfer het nie, skat hulle die syfer tussen vyftig en sestig persent, gemeet aan die aantal lede wat later weer inskryf. Obese en oorgewigpersone verkies moontlik kitsoplossings.
- * die werwing van proefpersone - hoewel een honderd sewe-en-sewentig mense telefonies op die advertensies gereageer het, het meer as die helfte wat aanvanklik entoesiasies was, hul motivering en belangstelling verloor, voor daar nog met die program begin is;
- * die bywoning van die weeklikse weegsessies by die dieetkundige (vir groepe A en B) en bywoning van die program (vir groepe B en C) het aansienlik gedaal. In groep A het slegs 23% van die proefpersone gereeld weekliks by die dieetkundige gaan weeg (13-16 keer) en 15,3% redelik gereeld (9-12 keer). In groep B het slegs 18,7% van die proefpersone gereeld weekliks by die dieetkundige gaan weeg en die program bygewoon (13-16 keer), en 25% redelik gereeld (9-12 keer). By groep C was die bywoningsyfer van die program 33,3%, dus persone wat dit gereeld bygewoon het (13-16 keer) en die res ongereeld (0-8 keer).

Dit blyk dus dat die proefpersone in al drie groepe hulle motivering verloor het en nie met die dieet volgehou het of die gerigte beelding toegepas het nie.

5.3.1.2 Die program met voortoetsing en natoetsing het geduur van die begin van Februarie tot aan die einde van Junie 1994 met 'n onderbreking gedurende die Aprilskoolvakansie. Die vakansie en daaropvolgende verkiesing met ekstra vakansiedae was baie ontwrigtend. (Brodie & Slade, 1990, meld ook dat vakansies en godsdienstige feesdae eetpatrone kan ontwrig.) Hoewel dit nie deel van die

navorsingsvraag is nie, moes die proefpersone tydens die natoetsing 'n vraelys invul oor hulle redes vir afwesigheid. Die volgende is bevind:

- * By groep A was werksomstandighede die belangrikste, en ongemotiveerdheid die tweede belangrikste rede. In die derde plek was ongedissiplineerdheid, die verkiesing en huislike omstandighede.
- * Groep B het werksomstandighede eerste geplaas, huislike omstandighede tweede en die verkiesing derde.
- * Groep C dui die verkiesing as die belangrikste rede aan, met huislike omstandighede en die eksamen gelyk in die tweede plek.

Indien die afleiding gemaak kan word dat erkenning van ongemotiveerdheid en ongedissiplineerdheid die aanvaarding van verantwoordelikheid beteken, kan dit moontlik die rede wees waarom groep A beter gevaar het met gewigsverlies as die ander twee groepe.

5.3.1.3 Wat egter ook hier na vore kom, is die belangrike rol van werk- en huislike omstandighede by al drie groepe. Dit het onder die aandag van die navorser gekom dat een van die proefpersone ernstige huweliksprobleme gehad het. (Haar gewig het met 5,8 kg toegeneem.) Twee ander het ernstige probleme met hulle kinders gehad. (Een van hulle se gewig het met 9,5 kg toegeneem.) Dit beklemtoon weer die feit dat oorgewig 'n komplekse probleem is en waarskynlik die simptoom van baie ander probleme. In die slothoofstuk sal hierop uitgebrei word.

5.3.1.4 Wanneer dieper na die resultate gekyk word en bogenoemde in ag geneem word, blyk dit dat daar baie individuele verskille is wat die resultate kon beïnvloed het. Dit stem ooreen met wat in die literatuur gevind word. Brodie & Slade (1990) meld dat in alle soortgelyke studies die gemiddelde gewigsverlies groot individuele verskille verbloem. In hulle studie met 151 proefpersone het daar byvoorbeeld by 20% geen

gewigsverandering plaasgevind nie, 12% het gewig opgetel en 68,2% het variërende hoeveelhede gewig verloor. 'n Leemte van die huidige studie was dat die toetsgroepe te klein was om hiervoor voorsiening te maak.

5.3.1.5 'n Ander rede vir genoemde resultate lê moontlik in leemtes in die gerigte beeldingsprogram. Die program was moontlik te kort en die inhoud het nie genoeg gefokus op die aanleer van gesonde eetgewoontes wat kon help met gewigsverlies nie. Die literatuur beklemtoon ook die belangrikheid van ankering ("grounding") van die gerigte beeldingservaring. Dit is moontlik nie genoeg in die program gedoen om 'n effek te kon gehad het nie.

Uiteraard kan bogenoemde redes ook geld vir die verskille binne groepe.

5.3.2 . LIGGAAMSPERSEPSIE

TABEL 8: RESULTATE VAN DIE VARIANSIE-ANALISE (TUKEY SE METODE VAN PAARSGEWYSE VERGELYKING) VIR VERSKILLE TUSSEN GROEPE TEN OPSIGTE VAN LIGGAAMSPERSEPSIE AS VERANDERLIKE

TABEL 8: "SLADE PERCEPTUAL DISTORTION TASK"									
veranderlike	GROEP A n=20 voortoets, n=14 natoets		GROEP B n=24 voortoets, n=17 natoets		GROEP C n=20 voortoets, n=12 natoets		p-waarde	f-waarde	Groepsverskille
	gem. verskil	sa	gem. verskil	sa	gem. verskil	sa			
middel	-9,6428	18,7436	-7,4117	18,6583	-9,5000	19,1287	0,9341	0,06	Geen
heup	-21,2857	16,8496	-7,6470	14,6498	-9,8333	17,9333	0,0647	0,38	Geen
bors	-13,5714	13,9543	-1,7058	12,3731	-4,1666	25,5870	0,1638	0,31	Geen
gesig	-20,0714	17,6568	1,0000	26,4787	-13,6666	21,9434	0,0385*	0,42**	A en B
romp	-9,5000	13,6649	-1,1764	14,1033	-9,0833	12,7240	0,1717	0,30	Geen
voet	-11,5000	11,0017	-1,8823	7,8968	-8,7500	13,6456	0,0466*	0,41**	A en B
arm	-1,3571	12,1819	5,6470	15,8742	-5,8333	17,9991	0,1424	0,32	Geen
objek	-6,5714	15,3408	4,3529	9,7528	-4,6666	12,4851	0,0444*	0,41**	Geen

* Statisties betekenisvol (p-waarde $\leq 0,05$).

** Statisties betekenisvol (p-waarde $\leq 0,05$) sowel as prakties beduidend (f-waarde $\geq 0,4$).

Waar: gem. verskil = gemiddelde verskil
sa = standaardafwyking

Uit die resultate weergegee in tabel 8, blyk dit dat daar slegs statisties en prakties betekenisvolle verskille tussen groep A en B was. Die verskille was ten opsigte van die persepsie van gesig en voet, soos gemeet deur die "Slade Perceptual Distortion Task". Hier het groep A beter as groep B gevaar. Dit hou waarskynlik verband met die feit dat groep A meer gewig as groep B verloor het. Dit bevestig dus die hipotese wat uit die binnegroepverskille ook na vore gekom het, naamlik dat liggaamspersepsie die meeste deur gewigsverlies beïnvloed word. Dit is ook die konstruk wat die maklikste deur verandering beïnvloed word. Die huidige ondersoek kan egter nie verklaar waarom daar juis wat persepsie van gesig en voet betref, betekenisvolle verskille was nie. Moontlik kan dit toegeskryf word aan 'n verminderde vermoë tot differensiasie in die liggaamsbeeld wat volgens Kreitler & Chemerinski (1990) by obese persone teenwoordig is.

5.3.3 LIGGAAMSKATEKSE

TABEL 9: RESULTATE VAN DIE VARIANSIE-ANALISE (TUKEY SE METODE VAN PAARSGEWYSE VERGELYKING) VIR VERSKILLE TUSSEN GROEPE TEN OPSIGTE VAN LIGGAAMSKATEKSE

TABEL 9: LIGGAAMSKATEKSESKAAL							
Groep	Voor-toets	Na-toets	gem. verskil	sa	p-waarde	f-waarde	Groep-verskille
A	n=20	n=14	-8,0000	22,8742] 0,3258	0,24	Geen
B	n=24	n=17	4,2500	23,7023			
C	n=20	n=12	-7,9166	29,7274			

* Statisties betekenisvol (p-waarde $\leq 0,05$)

** Statisties betekenisvol (p-waarde $\leq 0,05$), sowel as prakties beduidend met groot effekgrootte (f-waarde $\geq 0,4$)

waar: gem. verskil = gemiddelde verskil

sa = standaardafwyking

Die resultate in tabel 9 dui aan dat daar geen verskille tussen die groepe ten opsigte van liggaamskatekse. soos gemeet deur die liggaamskatekseskaal, plaasgevind het nie. Vir verskille binne groepe, soos bespreek onder punt 5.2.3, is die verklaring hiervoor gesoek in die toets self en in die konstruk. Daar is geredeneer dat liggaamskatekse 'n konstruk is wat deel van die

persoon se denke word en wat moeilik verander, soos blyk uit die literatuur (Freedman, 1988). 'n Feit wat ook 'n rol kon speel, is dat die liggaamskatekseskaal nie dié fisiese eienskappe wat as belangrik vir selfwaarde gereken word, meer beklemtoon nie (Robinson & Schaver, 1973).

5.3.4 LIGGAAMSBEELDVERSTEURING

TABEL 10: RESULTATE VAN DIE VARIANSIE-ANALISE (TUKEY SE METODE VAN PAARSGEWYSE VERGELYKING) VIR VERSKILLE TUSSEN GROEPE TEN OPSIGTE VAN KLEDING, VERMYDING VAN SOSIALE AKTIWITEITE, INPERKING VAN EET EN AANDAG AAN VOORKOMS AS VERANDERLIKES

TABEL 10: "BODY IMAGE AVOIDANCE QUESTIONNAIRE"									
veranderlike	GROEP A n=20 voortoets. n=14 natoets		GROEP B n=24 voortoets. n=17 natoets		GROEP C n=20 voortoets. n=12 natoets		p-waarde	f-waarde	Groepsverskille
	gem. verskil	sa	gem. verskil	sa	gem. verskil	sa			
KL	-2,1428	6,6315	-0,7500	6,5979	-4,4166	4,7185	0,3042	0,25	Geen
VSA	-0,1428	2,6269	-1,1875	3,7097	-1,0000	3,5675	0,6738	0,14	Geen
IE	0,8571	1,7478	-0,1250	1,4083	0,3333	2,5346	0,3763	0,23	Geen
V	-1,3571	1,9057	-0,6250	2,8489	0,3333	4,3344	0,3918	0,22	Geen

KL: Body Image Avoidance Scale: Kleding
 VSA: Body Image Avoidance Scale: Vermyding van sosiale aktiwiteite
 IE: Body Image Avoidance Scale: Inperking van eet
 V: Body Image Avoidance Scale: Aandag aan voorkoms

* Statisties betekenisvol (p-waarde $\leq 0,05$).
 ** Statisties betekenisvol (p-waarde $\leq 0,05$) sowel as prakties beduidend met groot effekgrootte (f-waarde $\geq 0,4$).
 Waar: gem. verskil = gemiddelde verskil
 sa = standaardafwyking

Die resultate in tabel 10 dui aan dat daar geen verskille tussen die groepe ten opsigte van liggaamsbeeldversteuring, soos gemeet deur die "Body Image Avoidance Questionnaire". was nie. In die bespreking van binnegroepverskille onder punt 5.2.4, is uit die literatuur aangetoon dat 'n negatiewe liggaamsbeeld 'n oorsaaklike rol in eetversteurings speel. Daar is ook aangetoon dat al drie groepe aan 'n liggaamsbeeldversteuring wat vergelykbaar met 'n kliniese populasie is, ly. Dit blyk dus dat die liggaamsbeeldversteuring van al drie groepe ernstig was. Die resultate toon aan dat 'n dieet en 'n gerigte beeldingsprogram ewe min verandering hierin laat plaasvind het.

5.3.5 SELFKONSEP

TABEL 11: RESULTATE VAN DIE VARIANSIE-ANALISE (TUKEY SE METODE VAN PAARSGEWYSE VERGELYKING) VIR VERSKILLE TUSSEN GROEPE TEN OPSIGTE VAN SELFKONSEP

TABEL 11: TENNESSEE SELFKONSEPSKAAL									
	GROEP A n=20 voortoets, n=14 natoets		GROEP B n=24 voortoets, n=17 natoets		GROEP C n=19 voortoets, n=12 natoets				
veranderlike	gem. verskil	sa	gem. verskil	sa	gem. verskil	sa	p-waarde	f-waarde	Groepsverskille
FS	1,7857	7,2343	0,2352	5,2145	4,6363	6,6973	0,2116	0,29	Geen
MS	0,2857	6,5683	-0,1764	4,0036	1,2727	7,5642	0,8209	0,10	Geen
PS	2,0714	5,3989	1,3529	7,1233	4,6363	7,0323	0,4276	0,21	Geen
FAM	2,1428	5,6955	-0,7058	7,6792	3,0000	6,8117	0,3208	0,24	Geen
SS	2,0714	3,9314	-0,4705	6,7371	-0,3636	5,3716	0,4005	0,22	Geen
SKR	-1,7142	2,8670	-1,4117	4,2582	-1,3636	2,2922	0,9584	0,05	Geen
SK	8,3571	20,0791	0,2352	25,5600	13,1818	25,4747	0,3564	0,23	Geen
ID	2,0000	7,4730	2,3529	8,9368	4,2727	7,7212	0,7645	0,12	Geen
TV	5,6428	9,2120	-0,5882	13,3091	7,2727	10,1300	0,1512	0,32	Geen
GED	0,7142	7,6201	-1,5294	8,7186	1,6363	11,1200	0,6324	0,15	Geen

FS: Fisiese self PS: Persoonlike self SS: Sosiale self SK: Selfkonsep TV: Teverdenheid
 MS: Morele self FAM: Familie self SKR: Selfkritiek ID: Identiteit GED: Gedrag
 * Statisties betekenisvol (p-waarde $\leq 0,05$).
 ** Statisties betekenisvol (p-waarde $\leq 0,05$) sowel as prakties betekenisvol (f-waarde $\geq 0,4$).
 Waar: gem. verskil = gemiddelde verskil
 sa = standaardafwyking

Die Tennessee Selfkonsepskaal meet die volgende verskillende fasette van selfkonsep: fisiese self, morele self, persoonlike self, familie self, sosiale self, selfkritiek, totale selfkonsep, identiteit, tevredenheid en gedrag. Uit tabel 11 blyk dit dat daar geen verskille tussen die drie groepe in enige van hierdie fasette van selfkonsep plaasgevind het nie. 'n Moontlike verklaring lê in die feit dat selfkonsep so 'n integrale deel van 'n persoon is dat dit nie maklik verander nie, al verander gedrag en gevoelens (Roid & Fitts, 1988, soos bespreek onder punt 5.2.5).

Onder punt 5.3.1. is aangetoon dat die dieet en gerigte beeldingsprogram nie deur die proefpersone goed toegepas is nie. Daar was 'n gebrek aan motivering, 'n hoë uitvalsifer, veral

na die vakansie en verkiesing en dikwels moeilike huislike- en werksomstandighede. Dit spreek dus vanself dat die ingrepe nie optimaal toegepas is nie en dus moeilik verandering kon bewerkstellig.

5.3.6 INNERLIKE ERVARING

TABEL 12: RESULTATE VAN DIE VARIANSIE-ANALISE (TUKEY SE METODE VAN PAARSGEWYSE VERGELYKING) VIR VERSKILLE TUSSEN GROEPE TEN OPSIGTE VAN POSITIEWE KONSTRUKTIEWE DAGDROME, SKULD EN VREES VIR MISLUKKING EN SWAK AANDAGBEHEER AS VERANDERLIKES

TABEL 12: "SHORT IMAGINAL PROCESSES INVENTORY"									
	GROEP A n=20 voortoets. n=14 natoets		GROEP B n=24 voortoets. n=17 natoets		GROEP C n=20 voortoets. n=12 natoets				
veranderlike	gem. verskil	sa	gem. verskil	sa	gem. verskil	sa	p-waarde	f-waarde	Groepsverskille
PKD	0,5000	8,1311	0	11,5815	-1,5833	8,8979	0,8551	0,09	Geen
SVM	-3,5000	7,8127	-1,3125	9,3930	0,1666	7,9753	0,5441	0,18	Geen
SA	0,2857	7,5491	-0,1875	11,1726	1,6666	7,4630	0,8626	0,09	Geen

PKD: Short Imaginal Processes Inventory: Positiewe konstruktiewe dagdrome
 SVM: Short Imaginal Processes Inventory: Skuld en vrees-vir-mislukking
 SA: Short Imaginal Processes Inventory: Swak aandagbeheer

* Statisties betekenisvol (p-waarde $\leq 0,05$).
 ** Statisties betekenisvol (p-waarde $\leq 0,05$) sowel as prakties betekenisvol (f-waarde $\geq 0,4$).
 Waar: gem. verskil = gemiddelde verskil
 sa = standaardafwyking

Die resultate weergegee in tabel 12, dui daarop dat daar geen verskille tussen die drie groepe ten opsigte van positiewe, konstruktiewe dagdrome, skuld en vrees vir mislukking en swak aandagbeheer, soos gemeet met die "Short Imaginal Processes Inventory", was nie. Redes gemeld onder punt 5.2.6 geld ook hier, naamlik dat denkstrukture moeilik verander, die gerigte beeldingsprogram moontlik langer moes wees of moontlik ander inhoude moes hê. Uit kliniese waarneming het dit tog geblyk dat proefpersone uit groep B en C wat die gerigte beeldingsprogram gereeld gevolg het, beter aandagbeheer gehad het. Hulle het gemeld dat hulle

makliker met konsentrasie kon volhou vir die duur van die gerigte beelding. Dit was ook opmerklik dat geluide van buite vir hulle minder steurend was.

5.4 RESULTATE VAN DIE NIE-PARAMETRIESE STATISTIEK (MENSFIGUURTEKENTEGNIEK)

5.4.1 VERSKILLE BINNE EN TUSSEN GROEPE

Tabelle 13 tot 29 is gebeurlikheidstabelle waarin die resultate weergegee word volgens die kriteria vir obesiteit in die menstekentoets wat in die literatuur gevind word (bespreek in hoofstuk 4 onder punt 4.6.4.3). -1 dui aan dat 'n bepaalde kriterium wat in die voortoets voorgekom het, nie in die natoets voorgekom het nie. 0 gee 'n aanduiding dat geen verskil plaasgevind het nie, en 1 dui aan dat die kriterium in die natoets voorgekom het, maar nie in die voortoets was nie. A, B en C verteenwoordig groep A, groep B en groep C.

5.4.2 GEBEURLIKHEIDSTABELLE

TABEL 13: BAIE UITVEE

		-1	0	1	Totaal
Frekwensie	A	1	12	1	14
Frekwensie	B	4	11	2	17
Frekwensie	C	3	9	0	12
TOTAAL		8	32	3	43

TABEL 14: TEKENING HOOG BO AAN BLADSY

		-1	0	1	Totaal
Frekwensie	A	0	14	0	14
Frekwensie	B	3	13	1	17
Frekwensie	C	3	9	0	12
TOTAAL		6	36	1	43

TABEL 15: TEKENING IN BOONSTE LINKERHOEK

		-1	0	1	Totaal
Frekwensie	A	1	13	0	14
Frekwensie	B	3	14	0	17
Frekwensie	C	0	12	0	12
TOTAAL		4	39	0	43

TABEL 16: BUITENGEWONE KLEIN TEKENING

		-1	0	1	Totaal
Frekwensie	A	0	13	1	14
Frekwensie	B	3	13	1	17
Frekwensie	C	1	10	1	12
TOTAAL		4	36	3	43

TABEL 17: BUITENGEWONE GROOT KOP

		-1	0	1	Totaal
Frekwensie	A	0	13	1	14
Frekwensie	B	2	13	2	17
Frekwensie	C	1	9	2	12
TOTAAL		3	35	5	43

TABEL 18: BEKLEMTONING VAN MOND - REGRESSIEWE VERDEDIGINGS

		-1	0	1	Totaal
Frekwensie	A	0	13	1	14
Frekwensie	B	2	13	2	17
Frekwensie	C	0	10	2	12
TOTAAL		2	36	5	43

TABEL 19: BEKLEMTONGING VAN MOND - EETPROBLEME

		-1	0	1	Totaal
Frekwensie	A	0	13	1	14
Frekwensie	B	3	12	2	17
Frekwensie	C	0	10	2	12
TOTAAL		3	35	5	43

TABEL 20: UITSTAANLIPPE

		-1	0	1	Totaal
Frekwensie	A	1	11	2	14
Frekwensie	B	4	13	0	17
Frekwensie	C	1	10	1	12
TOTAAL		6	34	3	43

TABEL 21: BUITENGEWONE LANG NEK

		-1	0	1	Totaal
Frekwensie	A	2	11	1	14
Frekwensie	B	0	15	2	17
Frekwensie	C	1	11	0	12
TOTAAL		3	37	3	43

TABEL 22: LIGGAAMSKONTOERE

		-1	0	1	Totaal
Frekwensie	A	0	10	4	14
Frekwensie	B	1	12	4	17
Frekwensie	C	1	11	0	12
TOTAAL		2	33	8	43

TABEL 23: VET WYE ROMP

		-1	0	1	Totaal
Frekwensie	A	1	13	0	14
Frekwensie	B	1	14	2	17
Frekwensie	C	0	9	3	12
TOTAAL		2	36	5	43

TABEL 24: BAIE DUN ROMP

		-1	0	1	Totaal
Frekwensie	A	0	14	0	14
Frekwensie	B	1	14	2	17
Frekwensie	C	1	10	1	12
TOTAAL		2	38	3	43

TABEL 25: KLERE TE GROOT VIR FIGUUR

		-1	0	1	Totaal
Frekwensie	A	1	13	0	14
Frekwensie	B	0	16	1	17
Frekwensie	C	0	12	0	12
TOTAAL		1	41	1	43

TABEL 26: STOKFIGURE

		-1	0	1	Totaal
Frekwensie	A	0	13	1	14
Frekwensie	B	2	15	0	17
Frekwensie	C	0	11	1	12
TOTAAL		2	39	2	43

TABEL 27: BEKLEMTONING VAN MOND OOP

		-1	0	1	Totaal
Frekwensie	A	0	13	1	14
Frekwensie	B	1	15	1	17
Frekwensie	C	0	11	1	12
TOTAAL		1	39	3	43

TABEL 28: VERMOMMING

		-1	0	1	Totaal
Frekwensie	A	0	14	0	14
Frekwensie	B	1	16	0	17
Frekwensie	C	1	11	0	12
TOTAAL		2	41	0	43

TABEL 29: SLORDIGE FIGUUR

		-1	0	1	Totaal
Frekwensie	A	0	13	1	14
Frekwensie	B	1	16	0	17
Frekwensie	C	1	10	1	12
TOTAAL		2	39	2	43

TABEL 30: OPSOMMING VAN RESULTATE

groep	veranderlike	McNemartoets	Chi-kwadraat
A, B en C	uitvee	$p>0,10$	$p=0.505$
A, B en C	hoog op bl	$p>0,10$	$p=0,253$
A, B en C	boonste l.h	$p>0,10$	$p=0,258$
A, B en C	klein	$p>0,10$	$p=0,576$
A, B en C	groot kop	$p>0,10$	$p=0,661$
A, B en C	mond 1	$p>0,10$	$p=0,432$
A, B en C	mond 2	$p>0,10$	$p=0,234$
A, B en C	uitstaanlippe	$p>0,10$	$p=0,381$
A, B en C	lang nek	$p>0,10$	$p=0.429$
A, B en C	liggaamskontoere	$p>0,10$	$p=0,047^*$
A, B en C	vet romp	$p>0,10$	$p=0,043^*$
A, B en C	dun romp	$p>0,10$	$p=0,568$
A, B en C	klere te groot	$p>0,10$	$p=0,457$
A, B en C	stokfigure	$p>0,10$	$p=0,354$
A, B en C	mond oop	$p>0,10$	$p=0.807$
A, B en C	vermomming	$p>0,10$	$p=0.575$
A, B en C	slordige figuur	$p>0,10$	$p=0.647$

Die McNemartoets vir verskille binne groepe is gedoen ten opsigte van die menstekening. Geen betekenisvolle verskille is in groep A, B of C gevind nie.

Dit blyk dus dat die DAP moontlik nie sensitief genoeg is om verandering in die fisiese selfbeeld by Groep 1-obesiteit weer te gee nie.

'n Ander verklaring is dat 'n persoon se selfbeeld gevestig raak en dit nie maklik verander nie. Die RC-faktor ("Resistance to Change") speel dus moontlik 'n groot rol.

Die Chi-kwadraattoets vir verskille tussen groepe is gedoen. Statisties betekenisvolle verskille is gevind by *liggaamskontoere* en *vet romp*. Aangesien daar baie leë selle was, is die Fisher Exacttoets vir die twee veranderlikes gedoen om seker te maak dat dit wel statisties betekenisvol is. Die p-waarde vir *liggaamskontoere* was 0,009 en vir *vet romp* 0,046. In beide gevalle is statistiese betekenisvolheid dus bevestig. Wat *liggaamskontoere* betref, het groep C beter as groep A en B gevaar. Wat *vet romp* betref, het groep A beter as groep B en C gevaar. Laasgenoemde kan toegeskryf word aan die feit dat groep A meer gewig verloor het en dus slanker was. Dit blyk dat *vet romp* 'n beter kriterium vir obesiteit is as die ander kriteria. Die huidige studie werp nie lig op die rede vir eersgenoemde nie.

5.5 EVALUERING VAN DIE NULHIPOTEESES

5.5.1 EVALUERING VAN DIE NULHIPOTEESES BINNE DIE GROEPE

5.5.1.1 Evaluering van die nulhipotese 1 (Gewig)

Verskille binne die groepe soos verkry met die gepaarde t-toets, lei tot aanvaarding van die nulhipotese ten opsigte van gewig as veranderlike. Dit blyk dat die gerigte beeldingsprogram geen effek op gewig het nie, aangesien die voor- en natoetstellings by die twee groepe (groep B en C) wat die gerigte beeldingsprogram gevolg het, nie beduidend van mekaar verskil nie.

5.5.1.2 Evaluering van die nulhipotese 2 (Liggaamskatekse)

Aanvaarding van die nulhipotese ten opsigte van liggaamskatekse geld, aangesien daar geen betekenisvolle verskille tussen die voor- en natoetstellings by die groepe was wat die gerigte beeldingsprogram gevolg het nie.

5.5.1.3 Evaluering van die nulhipotese 3 (Selfbeeld)

Verskille binne die groepe soos verkry met die gepaarde t-toets, lei tot verwerping van die nulhipotese vir groep C in twee van die subtoetse, naamlik *fisiese self* en *selftevredenheid*. Vir

groep B geld aanvaarding van die nulhipotese vir al die subtoetse. Die gerigte beeldingsprogram het dus slegs 'n geringe effek op selfbeeld.

5.5.2 EVALUERING VAN DIE NULHIPOTEESES TUSSEN DIE GROEPE

5.5.2.1 Evaluering van die nulhipotese 1 (Gewig)

Verskille tussen die drie groepe soos verkry met variansie-analise, lei tot verwerping van die nulhipotese 1. Die resultate het aangedui dat groep A (wat slegs dieet het) meer gewig verloor het as groep B (wat dieet het, sowel as die gerigte beeldingsprogram bygewoon het). Hoewel hierdie verskil statisties betekenisvol is, is dit nie prakties betekenisvol nie, aangesien die effekgrootte te klein is.

5.5.2.2 Evaluering van die nulhipotese 2 (Liggaamskatekse)

Aanvaarding van die nulhipotese 2 geld, aangesien geen betekenisvolle verskille tussen die drie groepe ten opsigte van liggaamskatekse bevind is nie.

5.5.2.3 Evaluering van die nulhipotese 3 (Selfbeeld)

Resultate van die variansie-analise wat gedoen is vir verskille tussen groepe, lei tot die aanvaarding van nulhipotese 3. Geen betekenisvolle verskille tussen die drie groepe ten opsigte van enige aspek van selfbeeld, kon aangetoon word nie.

5.6 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is die empiriese resultate bespreek. Min verandering het plaasgevind. Wat binnegroepverskille betref, is daar bevind dat groep A die meeste verskille getoon het, groep C tweede meeste en groep B byna geen verskille nie. Hierdie was 'n verrassende bevinding, omdat by groep B die meeste insette gelewer is. Daar is gepoog om die resultate te verklaar. Die verklarings is grootliks gevind in die kompleksiteit van die konsep obesiteit, die gebrek aan motivering by obese persone en die feit dat selfkonsep en liggaamsbeeld moeilik verander.

Tussengroepverskille was minimaal. Groep A het met twee aspekte van liggaampersepsie en met gewigsverlies (statisties maar nie prakties betekenisvol nie) beter gevaar as groep B. Leemtes van die gerigte beeldingsprogram en verloop van die navorsing is ook genoem.

HOOFSTUK 6

GEVOLGTREKKING EN SLOT

6.1 ORIËNTERING

In hierdie hoofstuk word daar eerstens 'n kort samevatting gegee van gerigte beelding, obesiteit en gewigsverliesprogramme vanuit die literatuur. Daarna word 'n kort samevatting van hierdie navorsing gegee. Die tekortkomings van hierdie studie word bespreek en aanbevelings word gemaak.

6.2 GEVOLGTREKKINGS VANUIT DIE LITERATUUR OOR GERIGTE BEELDING

Dit blyk uit navorsing dat beelding so 'n belangrike *effek* het, beide op die psige en die gesondheid van die individu, dat daar 'n relatief nuwe wetenskap ontstaan het, naamlik psigoneuro-immunologie (Goff & Torrance, 1991).

Daar is ooreenstemming in die mediese en sielkundige professie dat siekte dikwels die gevolg is van 'n lang ketting van bydraende faktore, onder andere gedrag, gevoelens, stresvlakke, verhoudings, konflik en geloofsisteme. Die psige speel dus ook 'n rol in *heling* (Diespecker, 1990; Goff & Torrance, 1991; Grové, 1991; Picket, 1987 en Wells, 1992). Diespecker (1990) is van mening dat die beeldingsterapieë feitlik onbepaalde potensiaal het. Hy verwys in dié verband na terminale kankerpatiënte wat gesond geword het deur beelding addisioneel tot hulle mediese behandeling te gebruik. Hy glo dat daar vir te lank aanvaar is dat genesing en heling eksklusief die verantwoordelikheid van 'n ekspert-buitestaander - die dokter of sielkundige is. Suksesvolle gebruik van beelding hang af van die mate waarin 'n kliënt verantwoordelikheid neem vir sy lewenstylkeuses, positiewe wilskrag en voorneme om gesond te word.

Verskeie navorsers het gevind dat beelding *fisiëse gevolge* het en dus in staat is om verandering in die liggaam te bewerkstellig (Sheikh & Kunzendorf, soos aangehaal deur Marks, 1990; Marks, 1990 en Shone, 1984). Veranderings ten opsigte van hartslag, elektrodermatiese aktiwiteite, willekeurige spiere, bloedvloei en chemiese verandering is onder meer aangetoon.

Gedragsverandering verg wilskrag en bring 'n magstryd tussen 'n bewuste probleem en onbewuste geloofsisteme teweeg (Brink, 1989 en Grové, 1991). Beelding kan gebruik word om hierdie magstryd te omseil. Sheikh & Jordan (1983, soos aangehaal deur Chapin, 1989) motiveer die gebruik van beelding vir gedragsverandering soos volg:

- * dit bied onder andere 'n soortgelyke psigologiese ervaring;
- * dit is 'n bron van motivering;
- * normale verdedigingsmeganismes word vermy;
- * dit affekteer fisiologiese verandering en
- * dit bring verandering, insig en motivering teweeg.

Gedragsverandering word ook aangehelp deur *positiewe toekomsbeelde*. Beelding kan 'n persoon help om positiewe toekomsbeelde te skep. Dit help 'n persoon om volgens hierdie toekomsbeeld op te tree en resultate te kry (Canfield, 1984).

Verskeie skrywers beklemtoon die belangrike rol wat beelding in die *leerproses* kan speel (Canfield, 1984; Botha, 1990; Denis & Carfantan, 1990 en Grové, 1991).

6.3 GEVOLGTREKKINGS VANUIT DIE LITERATUUR OOR OBESITEIT

Die eeue-oue debat van oorerwing versus omgewing, is ook van toepassing op obesiteit. Oorkoepelend blyk dit uit die navorsing dat 'n *komplekse interaksie* van veranderlikes betrokke is by obesiteit, eerder as die populêre ooreenvoudiging van oorsake. Die kompleksiteit van obesiteit word geïllustreer deur die baie onbeantwoorde vrae wat daar nog bestaan en die feit dat

agt van die twaalf Nasionale Institute vir Gesondheid in die VSA besig is met navorsingsprojekte wat verband hou met obesiteit (Badenhorst & Walker, 1994).

Navorsing toon aan dat verskeie *fisiologiese faktore* 'n rol speel in die *etiologie* van obesiteit. Genetiese faktore sluit 'n familiële predisposisie tot obesiteit in (Stunkard *et al.*, 1990, soos aangehaal deur Mahan & Arlin, 1992 en Kaplan & Sadock, 1991), asook 'n stadiger metabolisme en vermoë om vet te stoor. Ontwikkelingsdeterminante speel volgens sommige skrywers 'n rol (Kaplan & Sadock, 1991 en Heaton, 1984). Kinders wat obees is, se aantal vetselle verhoog en dit lei tot obesiteit in die volwasse lewe. Fisiese onaktiwiteit speel ook 'n belangrike rol, maar het 'n meer komplekse verband met oorgewig as wat algemeen aanvaar word (Brownell & Stunkard, 1980, soos aangehaal deur Raijmakers, 1991). Ander skrywers beskou 'n energiewanbalans as een van die faktore wat lei tot obesiteit (Garrow, 1987). Biochemiese en endokriene faktore is selde 'n oorsaak van obesiteit, hoewel Wise (1981) tog beweer dat dit biochemies blyk dat kos, veral koolhidrate, 'n kalmerende en verslawende invloed kan hê.

Uit 'n *psigologiese oogpunt*, beskou sommige skrywers ooreet as problematiese gedrag met veelvuldige oorsake (Harmatz & Kerr, 1981). 'n Verslawing aan kos of bepaalde eetgewoontes word deur sommige as die etiologie van obesiteit beskou (Young & Powell, 1985). Bronkhorst, (1984) en Nel (1975) maak in hulle bespreking melding van ontwikkelingsobesiteit, waar kos emosionele behoeftes vervang. Emosionele faktore speel ook 'n rol: woede, frustrasie en spanning lei daartoe dat persone ooreet (Gross, 1983).

'n Ander oorsaaklike faktor is 'n versteuring in self-evaluering (Gross, 1983; Woods & Heretick, 1983-84 en Kreitler & Chmerinski, 1990). Dit sluit 'n onvermoë om interne fisiologiese aanduidings akkuraat te interpreteer of te gebruik, 'n liggaamsbeeldversteuring en 'n gevoel van persoonlike oneffektiwiteit in.

Verskeie skrywers beklemtoon die baie belangrike rol wat *sosio-kulturele faktore* speel (Young & Powell, 1985; Mustajoki, 1987; Freedman, 1988; Heaton, 1984; Inglis, 1982 en Rodin *et*

al., 1984). Kompulsiewe eet word deur Orbach (1978, soos aangehaal deur Inglis, 1982) beskou as 'n "vroue-probleem" wat volgens hom verband moet hou met die ervaring van vrouwees in ons samelewing. Verskeie skrywers maak melding van die hoë premie wat op slankheid en aantreklikheid geplaas word en hoe dit aanleiding gee tot 'n preokkupasie met gewig. Behalwe die feit dat slankheid tot 'n status verhef word, is daar ook stigmatisering van obesiteit en diskriminasie teen obese persone op verskeie gebiede (Mustajoki, 1987; Young & Powell, 1985 en Rodin *et al.*, 1984).

6.4 GEVOLGTREKKINGS VANUIT DIE LITERATUUR OOR GEWIGSVERMINDERINGSPROGRAMME

Die literatuur maak melding van baie pogings om faktore te identifiseer, wat kan voorspel wat individuele responsiwiteit met betrekking tot gewigsbeheerprogramme gaan wees. Die pogings was almal besonder onsukcesvol. Hall & Hall (1974, soos aangehaal deur Brodie & Slade, 1990) noem byvoorbeeld dat die volgende verskeidenheid van faktore getoets is, maar tog misluk om individuele responsiwiteit te voorspel, naamlik: kliniese intuïsie, die MMPI, MPI, gewig voor behandeling, algemene angs, spesifieke angs, PAS, EPQ, 1-E skaal, liggaamsbeeldmetings, houdingsmetings en die 16 PF. Twaalf jaar later kom Gilbert (1986, soos aangehaal deur Brodie & Slade, 1990) nog tot dieselfde gevolgtrekking. Dit beklemtoon dus die kompleksiteit van obesiteit. Daar is ook uit die literatuur aangetoon watter biologiese en psigososiale faktore tot die mislukking van diëte en gewigsvermindingsprogramme aanleiding gee.

Verder toon die literatuur aan dat programme meer omvattend geword het en spesifieke sosiale ondersteuning, voedings- en kognitiewe komponente sowel as oefening bevat (Brownell & Wadden, 1986, soos aangehaal deur Brodie & Slade, 1990). Die belangrikheid van die oefeningkomponent word deur verskeie skrywers beklemtoon (onder andere Brodie & Slade, 1990 en Dubbert & Wilson, 1984). Ander faktore wat deur die literatuur uitgewys is as 'n hulp met gewigsverlies, is toepaslike doelwitbeplanning, kognitiewe gedragstrategieë om terugval te verhoed, en die betrekking van eggenotes as 'n ondersteuningstelsel.

6.5 SAMEVATTING VAN DIE TOETSRESULTATE EN GEVOLGTREKKINGS

Die doel van hierdie studie is om die rol van gerigte beelding in gewigsverlies te bepaal. Daar is empiries bepaal of gerigte beelding kan bydra tot effektiewe gewigsverlies, die positiewe verandering van liggaamskatekse en die verbetering van selfbeeld.

Die toetsresultate toon die volgende aan:

- * *Gewigsverlies:* Gerigte beelding dra nie by tot effektiewe gewigsverlies nie. Laasgenoemde vind wel plaas deur 'n dieet te volg.
- * *Liggaamspersepsie:* Die groep wat slegs 'n dieet gevolg het, se liggaamspersepsie ten opsigte van heup-, bors-, gesig-, romp- en voetmates het positief verander deur 'n dieet te volg. Daarenteen het die groep wat die gerigte beeldingsprogram gevolg het, slegs hul romp- en voet-mates beduidend kleiner geskat. Die groep wat beide gevolg het, het slegs hul heupmates kleiner geskat. Wat tussengroepverskille betref, het Groep A (wat slegs 'n dieet gevolg het) beduidend beter gevaar as groep B (wat saam met die dieet ook die gerigte beeldingsprogram gevolg het). Die verbetering was ten opsigte van die persepsie van gesig en voet.
- * *Liggaamskatekse:* Geen verandering in liggaamskatekse het in enige van die drie groepe plaasgevind nie.
- * *Liggaamsbeeldversteuring:* Positiewe verandering ten opsigte van voorkomsgewoontes wat geassosieer word met 'n negatiewe liggaamsbeeld het by groep A plaasgevind, terwyl groep C positiewe verandering van 'n negatiewe liggaamsbeeld ten opsigte van kledinggewoontes getoon het. Daar was egter geen betekenisvolle verskille tussen die groepe ten opsigte van 'n liggaamsbeeldversteuring nie. Die gemiddelde telling van al drie groepe met voortoetsing het aangetoon dat al drie groepe 'n kliniese populasie is.

- * *Selfkonsep*: Positiewe verandering ten opsigte van selfkonsep wat selfkritiek en selftevredenheid betref, het by groep A plaasgevind, en fisiese selfbeeld en selftevredenheid by groep C. Geen betekenisvolle verskille kon tussen die drie groepe aangedui word nie. Die gemiddelde telling van al drie groepe met voortoetsing, dui op 'n baie lae selfkonsep.
- * *Innerlike ervaring*: Geen verandering het plaasgevind ten opsigte van positiewe, konstruktiewe dagdrome, skuld en vrees vir mislukking en swak aandagbeheer as aspekte van innerlike ervaring nie.
- * *Menstekening*: Geen beduidende verskille is ten opsigte van die menstekening in groep A, B of C gevind nie. Wat verskille tussen groepe betref, het groep C beduidend beter as groep A en B gevaar ten opsigte van liggaamskontoere. Groep A het weer beter as groep B en C gevaar ten opsigte van vet romp as kriteria van obesiteit in die menstekening.

Dit blyk dus oorkoepelend dat min verandering plaasgevind het. Wat *binnegroepverskille* betref, is daar bevind dat groep A die meeste verskille getoon het, groep C die tweede meeste en groep B byna geen verskille nie. *Tussengroepverskille* was insgelyks minimaal. Groep A het met twee aspekte van liggaamspersepsie en met gewigsverlies (statisties maar nie prakties betekenisvol nie) beter gevaar as groep B. Met een kriterium van die menstekening, het groep A beter as groep B en C gevaar. Met 'n ander kriterium van die menstekening het groep C weer beter as groep A en B gevaar.

'n Belangrike vraag wat na hierdie studie beantwoord moet word, is die volgende: bewys die gebrekkige gewigsverlies dat gerigte beelding nie 'n effektiewe metode om verandering teweeg te bring, is nie? Na die oordeel van die navorser, kan gerigte beelding se "oneffektiwiteit" hier, moontlik geleë wees in die weerstandigheid en kompleksiteit van obesiteit en oorgewig. Alhoewel dit nie deel van dié navorsing gevorm het nie, kan die twee kort gevallestudies van proefpersone wat na die natoetsing vir terapie aangemeld het, die kompleksiteit van obesiteit en

oorgewig illustreer. (Na afloop van die navorsing, het drie persone aangemeld vir individuele psigoterapie en is ander meetsinstrumente vir dié doel aangewend.)

* Persoon A is sedert standerd ses 'n bulimielyer. In standerd sewe en agt was sy anoreksies tot haar ouers ingegryp het, waarna sy weer bulimies geword het. Uit die Rorschach en Tematiese Appersepsietoets het dit geblyk dat sy baie frustrasies ervaar en depressief is. Hoewel die Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI) geneig is om te "oorpatologiseer", dui hierdie vraelys sterk trekke van die volgende persoonlikheidsversteurings aan: afhanklike, selfvernietigende en grenspersoonlikheidsversteuring. Sy behaal ook hoë tellings op angs en distemie. Uit die grafiese gesinsbeelding, blyk dit dat haar pa "psigologies" die groot figuur in die gesin is. Haar ma is vir baie jare al depressief.

Sy was in groep A wat slegs die dieet gevolg het. Sy het 7,3 kg verloor. 'n Mens sou dus 'n verbetering in haar selfkonsep verwag. Haar tellings op die Tennessee Selfkonsep toon egter 'n "agteruitgang": Haar totale *selfkonseptelling* verminder van 357 na 343; *tevredenheid* van 111 na 100; *gedrag* van 116 na 109; *morele self* van 78 na 67 en *persoonlike self* van 64 na 56. Die ander tellings het feitlik dieselfde gebly, behalwe *fisiese self* wat verhoog het van 62 na 68. In terapie het dit geblyk dat haar bulimie baie toegeneem het in die tyd wat sy op die dieet was en dat dit die verklaring is van haar selfkonsep wat laer is, al het sy gewig verloor.

* Geval B ly sedert standerd 5 aan alopecia areata. Van standerd 7 af, moes sy begin pruik dra, wat vir haar nog steeds moeilik aanvaarbaar is, aangesien sy baie lief is vir sport. Uit die bespreking van haar grafiese gesinsbeelding het dit geblyk dat sy as middelste kind dikwels uitgesluit gevoel het en dit beleef het dat haar broer en suster in koalisie met mekaar teen haar is. Sy het dit ook beleef dat haar pa vir haar suster lief is as vir haar. Hulle gesin kommunikeer nooit oor gevoelens nie, veral nie oor negatiewe gevoelens nie. Uit die Rorschach het dit geblyk dat daar 'n pre-okkupasie is met eie behoeftes, spanning te veel is om innerlike bronne te gebruik vir die konstruktiewe oplos van probleme en dat sy 'n groot behoefte aan affeksie van ander ervaar. Die MCMI dui trekke van 'n kompulsiewe en passief-aggressiewe persoonlikheid aan. Hierdie kliniese kenmerke verklaar dus ook die "teenstrydige" bewegings in haar toetstellings.

Om vir sulke kompleksiteit toe te laat, is daar derhalwe 'n beduidend groter steekproefpopulasie nodig. Kwalitatiewe metodes kan ook 'n bydrae lewer om die kwantitatiewe resultate te verklaar.

6.6 LEEMTES VAN DIE STUDIE EN AANBEVELINGS

Die grootste beperking van die ondersoek was die klein steekproef. Dit het die studie op verskeie maniere beïnvloed. Hoewel 'n hoë uitvalsifer algemeen voorkom by sodanige studies (Van der Meer, 1989), (soos in dié geval ook, vergelyk 5.3.1.1, p. 120), het dit die navorser onkant betrap, aangesien die implikasies van deelname aan die projek vir elke persoon individueel uitgespel is. Die swak bywoning van die program het dit nie moontlik gemaak om 'n duidelike verband tussen gewigsverlies, liggaamskatekse, selfbeeld en gerigte beelding te vind nie. Die groot individuele verskille in gewigsverlies is meer belemmerend in 'n klein steekproef. Dit kan baie sinvol wees om navorsing te doen oor die hoë uitvalsifer wat so algemeen by gewigsverliesprogramme voorkom. In dié verband kan obese persone se klaarblyklike eksterne lokus van kontrole, swak deursettingsvermoë en motivering, aspekte wees wat verder ondersoek kan word.

'n Ander beperking van hierdie navorsing is dat daar slegs gefokus is op korttermyn gewigsverlies en natoetsing nie ook drie tot ses maande daarna herhaal is nie. 'n Opvolgstudie met 'n groter studiepopulasie as wat in hierdie navorsing gebruik is, kan moontlik verrassende resultate oplewer.

Hoewel die ondersoeker dit nie kon beheer nie, was die tyd waarin die ondersoek plaasgevind het, nie ideaal nie. Spanning voor die verkiesing, die verkiesing self en die vakansiedae as gevolg van die verkiesing, het bywoning van die program en moontlik ook mense se motivering en hulle eetpatrone gedurende hierdie tyd, nadelig beïnvloed.

Nog 'n leemte is die feit dat gewigsverlies slegs gemeet is aan 'n liggaamsmassa-indeks (LMI). LMI maak nie voorsiening vir proefpersone wie se liggaamsvet verminder het as gevolg van

deelname aan oefening nie. Daar kan ook geredeneer word dat die ondersoeker nie-deelname aan oefening as 'n veranderlike konstant moes gehou het.

Indien 'n presisie meetinstrument soos 'n elektroniese antropometer met digitale lesings gebruik kon word, sou resultate wat met die "Slade Perceptual Distortion Task" verkry is, meer akkuraat gewees het.

Daar was ook leemtes in die aanbieding van die program en die program self. By nabetraging besef die ondersoeker dat proefpersone se eie verantwoordelikheid met betrekking tot gewigsverlies beklemtoon moes word. Die program het waarskynlik te min gefokus op die aanleer van nuwe, gesonder eetgewoontes. Ankering van die beeldingservaring was moontlik nie effektief genoeg nie. Die program was ook moontlik te kort en sou dalk meer effektief gewees het, indien dit twee maal per week aangebied is. Die ondersoeker het ook nie persone se geloofsisteme, veral met betrekking tot dieet en gerigte beelding, vooraf getoets nie. Dit kan baie sinvol wees om obese persone se geloofsisteme en denkpatrone te probeer bepaal voor deelname aan 'n gewigsverminderingsprogram. 'n Instrument soos die "Constructive Thinking Inventory" kan moontlik vir die doel aangewend word.

6.7 SLOTGEDAGTE

Ten spyte van hierdie leemtes, kon die studie verdere lig werp op die kompleksiteit van oorgewig en obesiteit. Dit het ook geblyk dat gerigte beelding by individuele gevalle terapieë 'n groot bydrae gelewer het. Individuele persone in groep C (wat slegs die gerigte beeldingsprogram gevolg het) het beduidend gewig verloor. Hoewel gerigte beelding dus nie op die algemene populasie van toepassing is nie, kan dit by individuele gevalle met groot vrug gebruik word.

BYLAAG A

GERIGTE BEELDINGSPROGRAM

SESSIE 1

Die eerste byeenkoms het 'n uur geduur. Canfield (1981) en Wells (1992) se riglyne vir die bekendstelling van gerigte beelding aan die groepslede is gevolg. Dit het 'n kort inleidingspraatjie behels, waarin gepoog is om 'n duidelike rasionaal vir die gebruik daarvan te gee (onder andere gebruik van regterhemisfeer van die brein met sy groter kreatiwiteit; die feit dat ons ons verbeelding in dagdrome ongekontroleerd gebruik en in gerigte beelding leer om dit te fokus en gekontroleerd vir ons te laat werk; die interverweefdheid van psige en liggaam en die belangrike rol van 'n mens se liggaamsbeeld: hoe jy in jou gedagtes lyk, is hoe jy in die spieël gaan lyk, ensovoorts). 'n Gerigte beeldingservaring waarin die groeplede onmiddellik 'n effek op hul liggaam as gevolg van die gebruik van hulle verbeelding ervaar het, het hierna gevolg. Hiervoor is gerigte beelding 1 (Suurlemoen) aangewend.

Daarna is die groeplede gevra om kortliks hulle ervaring met mekaar te deel. Daar is gewys op die feit dat hul liggame met verhoogde speekselafskeiding gereageer het op 'n suurlemoen in hulle verbeelding.

Om aan die groeplede te demonstreer hoe geheg 'n mens aan die beeld van jouself, ander mense en die wêreld raak, is gerigte beelding 2 (Die Appelfantasie) gebruik. Met die bespreking is groeplede ook daarop gewys dat een van die redes waarom gewigsverlies dikwels nie suksesvol is nie, daarin lê dat mense nie hulle gedagtebeeld van hulself as oorgewig verander nie. Die onbewuste streef derhalwe daarna om die teenstrydigheid tussen die fisiese- en gedagtebeeld reg te stel, ten gunste van die duideliker en diep ingegraveerde beeld van "ek is oorgewig" (Wells, 1992).

Hierdie gerigte beelding is ook 'n subtiële diagnostiese toets om te sien hoe goed die proefpersone aandag kan fokus in hulle beelding. Groeplede is weer gevra word om hulle ervaring met mekaar te deel. Daar is spesifiek gefokus word op vrae soos: Het iemand probleme gehad om op te hou om die appel te visualiseer? Wie het haar appel verkies, gemakliker daarmee gevoel? Wie het gevoel dat die appel wat sy weggee het beter is as die appel wat sy ontvang het? Groeplede is daarop gewys dat ons slegs vir 'n minuut of twee ons beeld van die appel gehad het en probleme gehad het om dit te laat verdwyn. Dit gebeur ook met ons selfbeeld. Selfs as data begin om te verander, klou ons nog aan ons ou beeld vas, omdat dit gemaklik en bekend is (Canfield, 1981).

Gerigte beelding 3 gerig op gewigsvermindering het hierna gevolg. Hierdie gerigte beelding (en elke gerigte beelding gedurende die res van die program) is gedoen met musiek (Spectrum Suite van Stephen Halpern) en is voorafgegaan met Jacobson se progressiewe ontspanning. Jacobson se progressiewe ontspanning is afgewissel met fokus op asemhaling, aftelling van 10 tot 1 en om in die verbeelding na 'n pragtige plek in die natuur te gaan, Levison se ontspanning, en ontspanning met behulp van visualisering van die kleure van die reënboog. Die ontspanningstegnieke is in verskillende kombinasies gebruik en het gewoonlik 7 - 10 minute geduur.

DAAROPVOLGENDE SESSIES

Byeenkoms 2 tot 16 het 30 minute geduur. Hier is gerigte beelding 4 tot 14 gebruik. Met byeenkoms 12 is gerigte beelding 5 op versoek van die groeplede herhaal. Volgens die groeplede het die eerste gedeelte van gerigte beelding 5 vir hulle baie beteken, maar hulle het probleme ervaar met die laaste gedeelte waar hulle hulle "maer-self" moes voorstel. Dit was vir hulle te vroeg in die program (week 3). Gerigte beelding 8, 9 en 14 is ook al drie twee maal aangebied, eersgenoemde by byeenkomste 6 en 15, gerigte beelding 9 by sessie 7 en 14, en laasgenoemde by byeenkomste 8 en 16. Oorspronklik is besluit om slegs 8 gerigte beeldings op

te stel en dit te herhaal om die 16 byeenkomste te vul. Na konsultasie met die groep is daar toe meer opgestel en slegs bogenoemde vier herhaal.

Die program het dus soos volg verloop:

- * Sessie 2: gerigte beelding 4
- * Sessie 3: gerigte beelding 5
- * Sessie 4: gerigte beelding 6
- * Sessie 5: gerigte beelding 7
- * Sessie 6: gerigte beelding 8
- * Sessie 7: gerigte beelding 9
- * Sessie 8: gerigte beelding 14
- * Sessie 9: gerigte beelding 10
- * Sessie 10: gerigte beelding 11
- * Sessie 11: gerigte beelding 12
- * Sessie 12: gerigte beelding 5
- * Sessie 13: gerigte beelding 13
- * Sessie 14: gerigte beelding 9
- * Sessie 15: gerigte beelding 8
- * Sessie 16: gerigte beelding 14

Aan die einde van elke beeldingservaring is die volgende aan die groeplede gesê: "Ek gaan nou van 1 tot 5 tel, as ek by 5 kom, kan jy jou oë oopmaak." Groeplede is ook aangemoedig om tuis

beelding te beoefen. Volgens terugvoer van die groeplede het hulle gesukkel om die beelding tuis te beoefen. Hulle was baie gemotiveerd die eerste vier dae van die week, maar het gevind dat die effek van die beeldingservaring daarna verminder. Op hulle versoek is kassette gemaak waarna hulle by die huis kon luister.

Ankering ("grounding") van die gerigte beeldingservaring is weekliks gedoen word deur iets daarvan te deel in die groot groep of in kleiner groepies. Na gerigte beelding 6 moes die groeplede 'n brief aan hul liggaam skryf.

Die program is vir groepe B en C apart aangebied, hoewel groeplede soms die ander byeenkoms as hulle eie een bygewoon het, wanneer dit beter by hulle program ingepas het.

'n Pouse van ongeveer 5 sekondes word aangedui met drie kolletjies. Waar 'n langer pouse nodig was, is die woord pouse in hakies geplaas.

GERIGTE BEELDING 1. (SUURLEMOEN)

Sit gemaklik, arms nie gevou nie. Jy gaan nou die krag van jou denke ervaar, hier waar jy nou is. Haal diep asem...maak jou oë toe... Verbeel jou jy is in jou kombuis by jou huis...jy ken dit goed...die stoof, kaste, tafel en die kleure in jou kombuis...sien dit in jou gedagtes ...hoor die klanke in jou kombuis...ervaar die gevoel ...ruik die geure van die kos... Loop nou na 'n kas of die yskas en haal 'n suurlemoen uit...hou dit in jou hande vas... ruik dit, jy weet hoe ruik 'n suurlemoen...voel die tekstuur van die suurlemoen se skil...voel die effense olierigheid...kyk daarna....geelgroen...sien die vorm...gepunt aan die kante... Loop nou na 'n werksoppervlakte en sit dit neer... Haal 'n skerp mes uit die laai en sny die suurlemoen middeldeur...Jy het al 'n deurgesnyde suurlemoen gesien... neem nou een helfte en bring dit na jou mond...hou jou kop agteroor...maak jou mond oop en druk 'n paar druppels suurlemoensap in jou mond... rol dit op jou tong rond en meng die sap met jou speeksel...en sluk dit in... Sit die suurlemoen neer en maak jou oë oop.

GERIGTE BEELDING 2 (DIE APPELFANTASIE)

Maak jou oë toe en vind 'n gemaklike posisie... Haal 'n paar maal diep asem... Voel hoe jy met elke diep asemhaling dieper en dieper ontspan... Neem nou die hand waarmee jy normaalweg eet en hou dit voor jou asof jy 'n appel vashou... Watter kleur is die appel...is dit rooi, geel, groen...of het dit meer as een kleur?... Watter soort appel is dit?... Is dit 'n Golden Delicious, Star King, 'n Granny Smith, of 'n organiese appel met min merkies daarop?... Voel nou die temperatuur van die appel...is dit koud asof dit net uit die yskas kom, of warm asof dit in die son was?... Voel of jy kan voel hoe swaar die appel in jou hand is... Lig die appel op tot by jou neus en kyk of jy dit kan ruik...Hoe ruik dit?

Ek wil hê jy moet nou die appel in jou verbeelding hou, jou oë oopmaak en sonder om 'n woord te sê appels ruil met die een langs jou. Gebruik albei hande, netsoos jy sou met regte appels... Maak weer jou oë toe en kyk na die appel wat jy nou gekry het... Hoe lyk hierdie appel?... Watter kleur is dit?... Watter vorm?... Watter soort?... Hoe voel jy oor hierdie appel?... Wat dink jy daarvan?... Is dit 'n beter of 'n slegter appel as die een wat jy weggegee het?... Kyk uit verskillende hoeke daarna... Draai dit om... Kyk na die steeltjie, is dit daar of het dit afgebreek?...

Maak nou jou oë weer oop en weer sonder om te praat, ruil jy appels sodat jy jou oorspronklike appel terugkry... As jy jou eie appel terughet, maak jy weer jou oë toe... Maak seker dat jy jou eie appel terughet, dat jy nie gekul is nie, dat jou appel nie gekneus is of 'n hap daar uit geneem is nie... Voel hoe dit is om weer jou appel terug te hê... Nou terwyl jou oë nog toe is, wil ek hê jy moet ophou om jou appel te visualiseer... Goed... Wanneer jy reg is kan jy jou oë oopmaak. (Verwerk uit Canfield, 1981.)

GERIGTE BEELDING 3

Raak nou bewus van jou begeerte om gewig te verloor... Konsentreer op daardie begeerte... Of jy nou gewig wil verloor omdat jy wil, of omdat jy moet - daardie begeerte om gewig te verloor,

is die basis vir verandering ... Begeerte is die hart van verandering, die saad waaruit verandering groei... Gebruik nou jou verbeelding en stel jou begeerte as 'n saadjie voor...(pouse). Sien en voel jou saadjie van begeerte om gewig te verloor...Waar is dit?... In jou verstand?... In jou hart?... In jou maag?... In die palm van jou hand?... Of is dit iewers buite jou?... Waar dit ookal is, vind dit...(pouse). Miskien is dit 'n klein saadjie, of miskien is dit groot ... Die grootte maak nie saak nie, want elke saadjie bevat al die voedingstowwe en krag wat dit nodig het om te groei en te ontwikkel... Watter kleur is jou saadjie?... Swart? Bruin? Groen? Wit? Pienk?... Watter vorm?... Rond? Ovaal? Plat? Boontjievormig? Hartvormig?... Voel hierdie saadjie... Is hy warm of koud, glad of grof?... Voel die saadjie vibreer met opgegaarde energie... Voel die liefde vir lewe binne hierdie saadjie... Hierdie saadjie van begeerte om gewig te verloor, verteenwoordig 'n deel van jou wat jouself liefhet, 'n deel wat wil hê jy moet gelukkig en gesond wees...

Waar jy ookal jou saadjie van begeerte gevind het, vra die saadjie of dit is waar hy geplant wil wees en of hy op 'n meer vrugbare plek geplant wil wees... As jou saadjie van begeerte buite jou is, sal jy hom waarskynlik binne jou wil plant... Dra die saadjie met sorg na waar hy geplant wil wees... Hoe lyk die plek?... Is dit in 'n tuin met pragtige blomme?... 'n Land met vrugbare grond waar rye gesonde groente groei?... 'n Spesiale plek in 'n veld?... Langs 'n helder waterstroom of op bergtop?...

Plant jou saadjie van begeerte met liefde en sorg op sy spesiale plek... Jy kan hom diep onder die oppervlakte begrawe of net liggies toemaak... Gooi nou die saadjie nat met water van dankbaarheid... Wees dankbaar dat die saadjie van begeerte om gewig te verloor bestaan, want sonder dit is die verandering wat jy wil hê nie moontlik nie... Laat die helder warm lig van vreugde op hierdie saadjie van begeerte om gewig te verloor, skyn...vreugde oor die vitaliteit wat dit bevat...vreugde oor die toekoms...die gawe van 'n beter en gesonder lewe wat jou begeerte vir jou bring... Soos wat jy jou saadjie water van dankbaarheid gee en die lig van vreugde daarop laat skyn, begin die saadjie uitspruit... Voel hoe dit diep binne jou wortelskiet, sterk wortels vorm sodat hierdie begeerte om gewig te verloor nie maklik uitgeruk kan word

nie... Die stammetjie spruit uit en blare ontvou en jou begeerte om gewig te verloor word 'n stewige boom binne jou...sy stam langs jou ruggraat en sy takke binne in jou ledemate... Blom hierdie begeerte van jou met pragtig welriekende blomme of dra dit heerlike sappige vrugte?..

Soos die begeerte groei en groter word, dra dit die suurstof wat nodig is om gewig te verloor na elke deel van jou liggaam...en absorbeer die koolsuurgas van skadelike en negatiewe gedagtes en emosies ... Elke deel binne jou voel verfris en versterk met die besluit om gewig te verloor... Hierdie begeerte groei in jou gedagtes, in jou hart, in jou maag, in die palm van jou hand af tot in jou tone... Met daaglikse sorg hou jy jou begeerte sterk en lewendig... Twyfel, vrees, woede, frustrasie, alleenheid is skadelik vir jou boom van begeerte...

As jy voel jou begeerte om gewig te verloor, kwyn, visualiseer jy weer die plek waar jy jou saadjie geplant het...Jou onbewuste sal jou sê in watter toestand jou boom van begeerte is deur jou 'n prentjie te laat sien van hoe jou boom lyk... As sy blomme dood is, of sy vrugte verrot, of sy blare hang en verkleur, snoei jy soos nodig... Dan gee jy hom weer water van dankbaarheid en laat die lig van vreugde op hom skyn. (Verwerk uit Wells, 1992.)

GERIGTE BEELDING 4

Gaan nou in jou verbeelding na die skaal waarop jy jou gewoonlik weeg... Sien sy kleur...sy vorm...hoor die geluide rondom jou... Sien nou iewers op die skaal in groot duidelike letters 'n gewigverloor-slagspreuk... Dit is kort en positief... Miskien: "Ek verloor maklik gewig"...of "Ja, ek kan"...of sommer net "Ja!"...Neem jou tyd...(pouse). Sodra jy die prentjie van die skaal met sy slagspreuk het, vergroot dit... Maak die skaal twee keer so groot... Verdubbel hom weer... Maak hom nou so groot dat die skaal nie meer op sy gewone plek pas nie...

Vind nou vir hierdie reusagtige skaal 'n plek in jou verbeelding ... 'n Lekker vrolike spesiale plek, sodat jou onbewuste die boodskap kry dat dit pret is om gewig te verloor... Probeer die skaal in die middel van 'n pragtige grasveld met blomme sit, in helder sonlig met die gekwetter van voëls in die agtergrond...of op 'n groot plat rots bo-op 'n berg...of op die strand by die

see...of in die middel van 'n sirkus met narre en olifante oral... Waar jy ookal jou skaal plaas, let op of die lug warm of koel is... Watter klanke hoor jy?... Watter geure ruik jy?...

Bo die skaal is 'n groot vierkantige kalender... Die soort waar 'n mens elke dag een bladsy afskeur om die volgende dag te sien... Miskien hang die kalender aan 'n boom, of is dit iewers vasgemaak... Op die boonste bladsy is vandag se datum, dag en jaar... In watter styl en kleur is die letters en syfers gedruk?...

Jy het nou vier belangrike elemente van jou beelding geskep, die skaal, slagspreuk, omgewing en kalender... Fokus jou aandag daarop... Gebruik al jou sintuie...raak daaraan...hoor die geluide...ruik die geure... Jy is die nommer-een faktor in enige beelding, maak dus seker dat jy jouself ook in die prentjie plaas...

Trek nou jou skoene uit en klim op die skaal... Voel die koelheid van die skaal onder jou kaal voete... Soos wat jou huidige gewig registreer, lui daar klok met 'n diep ghong... Kyk na die skaal en sien die aantal kilogram wat jy weeg... Klim nou van die skaal af en lees weer jou gewigverloor-slagspreuk... Skryf nou jou gewig in groot syfers op vandag se kalenderbladsy... Verbeel jou nou dat 'n paar van die kalenderbladsye afgeskeur en deur die wind weggefladder word, soos wat daar in ou flieks gewys is hoedat tyd verbygaan... As die bladsye ophou om weg te waai, is die datum op die boonste bladsy, twee weke van nou af... Op hierdie bladsy is die gewig wat jy oor twee weke wil weeg in jou eie handskrif geskryf... Luister na jou innerlike stem om seker te maak die gewig wat jy neergeskryf het realisties is... As jou innerlike stem kla dat jy nooit soveel in twee weke kan verloor nie, maak 'n regstelling... As die gewig waarop jy besluit het realisties is, sal jy weet, want jy sal rustig en vol selfvertroue voel... Sodra jy gemaklik voel met die gewig wat op die kalenderbladsy geskryf is, klim op die skaal... Die skaal registreer presies dieselfde gewig as wat jy op die kalenderbladsy geskryf het en 'n ghong lui weer, hierdie keer effens helderder... Jy is verheug oor die gewig wat jy verloor het... 'n Warm gevoel van bevrediging en trots borrel in jou op... Maak 'n oorwinningsgebaar... As jou skaal in 'n grasveld tussen blomme staan, sing die voëltjies vir jou 'n liedjie, of as jou skaal in die sirkus staan, begin die gehoor vir jou handeklap en die narre maak wawiele, of iewers flits 'n

neonlig 'n gelukwensing... Hoor hoe jy vir jousef sê hoe wonderlik dit is om maerder te word... As jy van die skaal afklim, lees jy weer jou slagspreuk en jy voel goed oor die gewig wat jy verloor het... Jy kom agter dat die skaal kleiner geword het, want jy is kleiner... Fokus nou weer op die kalender... Weereens word 'n paar bladsye afgeskeur en fladder in die wind weg... Die datum bo-op is nou 'n maand van nou af... Watter gewig is op jou bladsy geskryf?... Onthou, maak dit realities... Voor jy op die skaal klim, gee jousef toestemming om dieselfde te weeg as die gewig wat jy neergeskryf het... Lees weer jou slagspreuk en klim op die skaal... Dis wonderlik om te sien hoe jy gewig verloor... Jy maak 'n groot sukses daarvan... Hierdie ekstra kilogram wat jy verloor, laat jou emosioneel en fisies goed voel... Die voëls sing...die gehoor klap hande...die neonlig flits 'n gelukwensing... Lees jou slagspreuk en klim van die skaal af... Die skaal word kleiner netsoos jy kleiner word...

Sien nou toekomstige datums op die kalender in twee-week periodes of maandeliks, totdat jy jou ideale gewig op die kalenderbladsy sien... Soos jy die gewig op die kalender en die gewig op die skaal pas, lui die ghong weer, elke keer helderder soos wat jy ligter word en die skaal word elke keer kleiner soos wat jy kleiner word... Jy is so trots as jy elke keer sien en voel hoe jy jou doelwit bereik...saam met die voëls, die neonlig wat flits, die applous van die skare, wens jy jousef geluk... Neem jou tyd totdat jy jou ideale gewig bereik...(pouse) Doen hierdie beelding elke dag vir die volgende week, sodat jou onbewuste kan weet wat jou ideale gewig is. (Verwerk uit Wells, 1992.)

GERIGTE BEELDING 5

Dit is netso belangrik om jou vet-selfbeeld, daardie innerlike prentjie van hoe jy vir jousef lyk, te verloor as wat dit is om die werklike kilogramme te verloor... As jy gewig verloor en maer lyk in die spieël, maar jou beeld van jousef is vet, sal jou onbewuste jou aanmoedig om te veel te eet om die beeld van jousef en dié in die spieël met mekaar te pas... Dit gebeur omdat die onbewuste streef na konsekwentheid - jy word wat jy dink, jy lyk soos wat jy dink jy lyk...

Hier is 'n manier om jou beeld van jouself as vet te verloor, sodat jy gewig kan verloor en maer kan bly. Verbeel jou jy loop in 'n veld met blomme... Jy sien die son skyn en voel die sonskyn op jou vel... Die lug ruik na son, grond en blomme... Bye vlieg van een kleurvolle boom na die ander... Jy hoor hulle zoem...die voëltjies sing... 'n Ligte briesie waai deur jou hare en ritsel deur die blare in die bome... Aan die rand van die grasveld begin 'n vrugteboord... Jy voel effens honger en stap na jou gunsteling vrugteboom... Watter soort is dit?... 'n appel...piesang...lemoen...mango...vy?... Jy pluk 'n ryp vrug en eet dit... Dit is heerlik en laat jou versadig voel...

Net 'n entjie van die boom af is twee groot deure 'n entjie uitmekaar... Albei is toe... Op die deur aan die linkerkant is 'n groot kennisgewing waarop daar UIT staan en op die een aan die regterkant staan IN... Hoe lyk hierdie deure?... Is hulle dieselfde of lyk hulle verskillend?... Miskien is die UIT-deur oud en gehawend en die IN-deur nuut en mooi... Kry 'n duidelike prentjie van elke deur...die materiaal waarvan die deur gemaak is...die vorm en kleur van die deur...die deurknop...die sleutelgat...

Loop nou na die deur aan die linkerkant, die UIT-deur... Soos jy nader kom, sien jy 'n kennisgewing met die woorde: "Wie of wat by hierdie deur uitgaan, bly uit en kan nie weer terugkom nie!"... Jy is nuuskierig en maak die deur oop... Die skarniere kraak... Soos wat die deur stadig oopgaan, besef jy skielik waarom dit gaan... Hierdeur kan jy alles laat gaan waarvan jy ontslae wil raak... Waarvan wil jy ontslae raak?... Miskien pynlike ervarings in die verlede, woede, skaamte, pyn... Hoe lyk hierdie emosies?...(pouse). Gooi hulle een vir een uit... Skop hulle uit!... Skreeu: "UIT!"... Sien nou jouself op jou vetste voor jou staan... As jy jou vet-self sien, is jy nie kwaad nie. trouens jy het deernis met jou vet-self... Skud hande met jou vet-self en vra haar of sy vir oulaas iets vir jou wil sê... Miskien sê sy vir jou sy het te veel geëet omdat sy kwaad was, of skaam, of hartseer of alleen... Skielik verstaan jy... Soos wat jy stil na haar luister, groei daar vergifnis in jou vir haar... Gevul met empatie, sê jy jy verstaan en gee haar 'n drukkie... Jy vergewe jou vet-self haar vetwees... Met deernis verduidelik jy aan haar dat jy nie meer vet wil wees of nodig het om vet te wees en te veel te eet nie... Jou vet-self knik in

ooreenstemming... Jy sien haar af by die UIT-deur en waai vir haar... Sy verdwyn tussen die bome en jy maak die deur toe...

Miskien is jy effens hartseer om jou vet-self te groet, maar jy is grootliks bly en verlig... Dit is wonderlik om van al daardie swaar, hewige emosies, dinge en mense uit die verlede verlos te wees... Jy voel emosioneel en fisies ligter... 'n Gevoel van diepe bevrediging en tevredenheid spoel oor jou... Jy voel tegelykertyd rustig en kalm en opgewonde en bly... Wat 'n wonderlike gevoel...

Terwyl jy nog bly en verlig voel, onthou jy van die deur aan jou regterkant, die IN-deur... Die deur is nuut en mooi... Jy kry die gevoel dat hier iets spesiaals agter die toe deur wag... Jy sien die kennisgewing bo die deur raak... "Welkom! Deur hierdie deur kom alles wat jy wil hê en meer. Wat hierdeur binnekom, bly binne en kan nie weer uit nie!"... Opgewonde draai jy die deurknop... Dit is gesluit... Jy probeer weer... Nee, dit wil nie oop nie... Skielik besef jy: natuurlik, jy het 'n sleutel nodig... Jy begin rondkyk en die sleutel soek... Waar is hy?... In jou sak...in 'n kisse...of hang hy vasgebind met 'n strik aan 'n lint aan 'n boom?... Hoe groot is hy?... Waarvan is hy gemaak?... Neem die sleutel...voel die koelheid en die gewig daarvan in jou hand...Sit die sleutel in die sleutelgat... Hy pas perfek... Hoor die klikgeluid as jy die deur oopsluit... Draai die knop en sien hoe die deur maklik oopgaan...

Voor jou is 'n pragtige tuin met blomme, welriekende struik, skoenlappers en voëls... Vir 'n paar oomblikke geniet jy net die mooiheid van die tuin...Jy begin dink oor wat jy graag wil hê... Jy wil maer wees... Die oomblik as jy hierdie gedagte dink, stap jou maer-self deur hierdie pragtige tuin na jou toe...(pouse). Jou maer-self het pragtige nuwe klere aan... Sy beweeg gemaklik... Jy verwelkom jou maer-self en sy stap glimlaggend, vol selfvertroue deur die IN-deur... Jou maer-self is binne en sy gaan binne bly!... Jy skud haar hand of miskien omhels jy haar...Jou arms gaan gemaklik om haar en jy voel haar liggaam is slank en ferm... Jy sê vir jou maer-self hoe bly jy is om haar in jou lewe te hê... Haar oë blink en sy sê hoe lekker dit vir haar is om hier te wees...

Sy sê sy het vir jou 'n geskenk gebring...iets om jou selfvertroue en motivering te gee... Dankbaar neem jy dit... Wat is dit?...(pouse). Noudat jou maer-self in jou lewe is, begin julle opgewonde gesels oor wat julle alles gaan doen en ondervind...die klere wat jy gaan dra...die komplimente wat jy gaan kry...die vreugde wat jy gaan ervaar omdat jy slank en gesond is. (Verwerk uit Wells, 1992.)

GERIGTE BEELDING 6

Gaan in jou verbeelding na die vuilste, lelikste asblik wat jy nog ooit gesien het... Hoe lyk hierdie asblik?... Hoe ruik hy?... Waar staan hy?... Hoe lyk die omgewing?... Soos wat jy na die asblik kyk, sien jy jou gesig bokant die asblik, die asblik is jou lyf...(pouse).

Jy sien hoe al die vetmaakkos wat jy gereeld eet in die asblik ingegooi word... Wat is dit?... Sjokolade, koek, wit brood, koeldrank, melkskommels, aartappelskyfies?... Wanneer word hierdie gemorskos in jou asbliklyf gegooi?... As jy kwaad is?... Hartseer is?... Verveeld is?... Alleen voel?... Nie liefgehe voel nie?... Voel hoe swaar is hierdie gemorskos in jou asbliklyf... Sien hoe baie plek neem dit in jou maag op... Hoor hoe jou maag sug en jou liggaam kreun: "Ag, nie al weer nie!"...

Die swaar werk om hierdie gemorskos te verteer begin... Jou spysverteringsappe is deurmekaar... Hulle weet nie waar om te begin nie... Lusteloos begin hulle tussen hierdie gemorskos beweeg... Moedeloos begin jou bloed hulle harde werk om voedingstowwe na elke liggaamsdeel te vervoer... Cholesterol wat in die are aanpak van die gemorskos, maak dit moeilik om te beweeg... Daar is weer te veel... Jou vetselle moet nog 'n entjie rek om plek te maak...

Jou gesig bokant jou asbliklyf kyk af na jou asbliklyf en jy besluit: "Nee! Dit wil ek nie hê nie!"... Jy hoor die vullisvragmotor aankom... Die asblik met gemorskos en al word weggeneem en skielik het jy weer jou regte lyf... Waar staan jy nou?... Miskien in jou huis... Miskien in 'n mooi tuin... Jy kyk af na jou liggaam en raak bewus van 'n gevoel dat jy vir jou liggaam omgee, regtig omgee... Jou liggaam werk vir hard vir jou... 'n Gevoel van opregte

dankbaarheid vul jou... Jy besluit om jou liggaam goed te versorg,...om sy taak makliker te maak,...om gesond te eet,...om oefening te doen.

Na hierdie gerigte beelding word die ervaring geanker deurdat elke groeplid 'n brief aan haar liggaam skryf.

GERIGTE BEELDING 7

Fokus nou jou aandag op jousef... Sien jousef gesond eet... Voel hoe lekker dit is om gesond te voel...om energie te hê... Geniet hierdie gevoel dat ek besig is om nuwe beter eetgewoontes aan te leer en dit is goed vir my...

Sien jousef in 'n situasie waar jy kyk na kos wat nie vir jou gesond is nie...ruik dit... Hoor hoe iemand dit vir jou aanbied... Hoor hoe jy nee sê daarvoor... Sien jousef dit bedank... Ervaar hoe jy nie eers lus is daarvoor nie... Voel hoe lekker dit vir jou is om beheer te hê oor jou eetgewoontes...

Fokus nou jou aandag op jou spysverteringstelsel... Hoor hoe jou kos vinniger verteer... Sien hoe jou liggaamselle die voedingstowwe vinniger verbruik sodat jou energie nie in jou vetselle gestoor hoef te word nie... Voel hoe jou metabolisme versnel... Fokus nou jou aandag op jou vetweefsel... Sien hoe die hoeveelheid vet binne daardie selle minder word... Sien hoe jou vetselle krimp... Sien die gewig wat jy hierdie week verloor het in 'n margarienbakkie... Dit is nie meer deel van jou liggaam nie... Voel dat jy ligter is...

Fokus nou jou aandag op hoe jy gaan lyk aan die einde van hierdie program...Sien jousef met jou ideale liggaamsgewig...(pouse). Sien daardie rok wat jy nog altyd graag wou gehad het... Trek die rok aan en voel hoe gemaklik jy in hom inglip... Stryk die rok met jou hande glad... Voel die tekstuur van die materiaal en onder die materiaal jou slank, ferm liggaam... Draai in die rondte voor die spieël... Hoor die materiaal ritsel... Jy lyk en voel pragtig... Raak bewus van jou emosies... Voel jy trots...mooi...tevrede...gelukkig...vol selfvertroue?... Hoor hoe iemand wat vir jou belangrik is vir jou 'n kompliment gee oor hoe goed jy lyk...oor jou

selfbeheer... Sê vir jousef hoe trots jy op jousef is... Troetel hierdie slank beeld van jou vir 'n rukkie....

GERIGTE BEELDING 8

Kry in jou verbeelding 'n prentjie van jou gunsteling bad... Miskien is dit die bad by jou huis...een in 'n hotel waar jy al een keer was...of dalk een wat jy in 'n tydskrif of iewers gesien het... Die bad kan binnens- of buitenshuis wees... Dit kan 'n fantasiebad wees iewers op 'n tropiese eiland tussen pragtige plante en met 'n uitsig op die pragtige blou see...

Sien jou bad, presies soos jy dit wil hê... Hoe lyk jou bad?... Is hy ultra-modern met goue krane of is dit 'n outydse bad op pote?... Waarvan is hy gemaak...porselein, veselglas, metaal, steen, hout?... Watter kleur is dit?... Watter vorm?... Maak die bad groot en diep genoeg sodat jy gemaklik daarin kan lê... Hoe lyk die omgewing waar die bad is?... Waarvan is die mure gemaak?... Watter kleur is dit?... Is daar 'n dik sagte mat wat die vloer bedek?...Of staan jou bad iewers op 'n mooi plek buite op mos en omring van pragtige eksotiese plante?...Neem jou tyd en kry 'n duidelike beeld van jou bad en die omgewing waar hy staan...(pouse)

Watter geluide hoor jy rondom jou...die kwetter van voëls...die rustige gekoer van duiwe...water uit 'n spuitfontein of die ruis van die see?... Watter geure ruik jy?... Sien nou 'n stapeltjie dik sagte handdoeke met jou voorletters daarop... Watter kleur is die handdoeke?... Jou gunsteling seep is ook daar... Watter geur is dit?... Watter kleur?...

Aan 'n haak of aan 'n tak aan 'n boom hang jou kamerjas....Trek die klere wat jy aanhet uit en trek jou kamerjas aan... Tap jou bad vol water... Voel met jou hand onder die kraan dat die temperatuur net reg is soos jy daarvan hou... Die kleur van die water is net soos jy dit wil hê...seebloou, sjampanjegoud, kristalhelder of aarbeipienk... Op 'n rakkie bokant die bad is 'n verskeidenheid wondermiddels wat jy kan ingooi...vreugdeborrels, minder-stres-olie, badsout wat vet wegsmelt, ferm-maak-kristalle... Watter wil jy in jou bad ingooi?... Jy kan ook alles ingooi...

Sodra die bad vol is, trek jy jou kamerjas uit en klim in die bad... Hou aan iets was, sodat jy nie gly nie... Die water is net die regte temperatuur soos jy daarvan hou... Dit voel soos sy teen jou vel... Strek uit in die bad en laat rus jou kop op 'n spesiale badkussing... Maak jou oë tevrede toe...(Verwerk uit Wells, 1992).

GERIGTE BEELDING 9

Jou brein is baas oor jou liggaam... Wanneer jy met beelding kalorieë verbrand, verhoog jy die effektiwiteit van kalorieverbranding in jou liggaam, omdat jou liggaam op jou denke reageer... Wanneer jy aan jou onbewuste 'n boodskap gee oor hoe jy wil hê jou liggaam moet lyk en funksioneer, sal jou liggaam die program kry... Dra nou aan jou onbewuste die boodskap duidelik oor dat jy kalorieverbranding in jou liggaam wil verhoog...

Begin deur 'n vuur iewers in jou liggaam voor te stel, maar wat jou in geen opsig skade aandoen nie... Miskien is die vuur in 'n spesifieke sentrale deel van jou liggaam soos jou maag, bors of kop... Of dalk is dit in jou maag met vlamme wat tot in jou hart en verstand reik sodat al drie verlig word deur dieselfde doelwit... In watter tipe omgewing is die vuur...in 'n kaggel... 'n verbrandingsoond,... 'n oop vuurherd,... iewers om 'n kampvuur,... op die strand?...

Maak seker dat die vuur veilig en beheerbaar is... Hoe groot is die vuur?... Jou onbewuste mag jou wys hoe vinnig of stadig jou metabolisme is deur die grootte van jou vuur... Indien die vuur stadig en koud is, kan dit nie kalorieë ordentlik verbrand nie... Jy het beheer oor die vuur se grootte... Laat hom behoorlik vlam... sien die flikkerende rooi, wit, oranje, geel, blou vlamme... Voel hoe die hitte jou liggaam verwarm... Hoor hoe die vuur knetter... Miskien verteenwoordig die vuur jou brandende begeerte om gewig te verloor... of miskien is dit suiwer energie... of dalk entoesiasme vir die lewe... of dalk onaangename emosies wat nou 'n goeie doel dien...

Gebruik die negatiewe emosies van die verlede om die vuur te stook... of laat die vuur jou woede verteenwoordig, teenoor ander of dalk teenoor jouself... Wanneer jou vuur lekker helder

brand, is dit tyd om jou kalorieë te verbrand... Hoe lyk daardie kalorië...soos houtskoolbrikette...houtstompe...of klein bolletjies vet... Dit neem ongeveer 15 kalorieë per dag om 500 gram gewig in stand te hou... Deur 500 kalorieë per dag meer te verbrand as wat jy inneem, kan jy 'n halwe kilogram per week verloor... Hoeveel kalorieë verteenwoordig elke briket, houtstomp of bolletjie...

Gooi die kalorieë op die vuur... Doen dit een vir een per hand...of gebruik 'n graaf...of 'n Voortrekkerspannetjie om kalorieë bymekaar te maak en in die vuur te gooi... Soos wat die kalorieë in die vuur gegooi word, word die vuur groter en helderder... Sien die vlamme lek...hoor die vuur kraak... Die kalorieë gloei 'n oomblik en verdwyn dan in die vuur... Soos wat die kalorieë verbrand, voel jou liggaam al hoe meer energiek en sterk... Jy is skoon van negatiewe emosies... Jou verstand voel helder en wakker...gereed om doelwitte te bereik en probleme te oorbrug... Jou hele wese is gelaai met energie en 'n passie vir die lewe... Sien hoe jou liggaam elke dag effektief kalorieë verbrand en jou metabolisme versnel... Deur hierdie gerigte beelding voor, tydens of na enige fisiese oefening te doen, verhoog dit die effektiwiteit van die oefening. (Verwerk uit Wells, 1992.)

GERIGTE BEELDING 10

Indien jy maer wil wees en so wil bly, is dit nodig om jou innerlike beeld van jouself maer te maak... Hier is 'n manier om 'n nuwe beeld van jouself te kry.

Stel jou voor jy is aan die buitekant van jou huis, woonstel of koshuis.... Hoe lyk dit van buite...die struktuur, vorm, kleur?... Hoe lyk die dak, die mure, die tuin?... Waar word die motors parkeer?... Kyk na jou blyplek van verskillende kante en uit verskillende hoeke... Gaan nou na 'n venster en kyk in... As dit op die boonste vloer is, styg jy sommer op en staan op die lug... As dit dag is, skyn die son in die vertrekke... As dit aand is, is die vertrekke helder verlig...

Sien jousef binne jou huis, maer... Lyk die binnekant van jou huis dieselfde, of het jou maer-jy die dekor verander?... Wat doen jy?... Miskien doen jy dieselfde dinge as wat jou oorgewig-jy gedoen het, of miskien doen jy ander dinge...of dalk doen jy dieselfde dinge, maar anders... Een ding is verseker...jy lyk anders... Kyk goed na jousef wat jy ookal doen... Of jy nou oor die telefoon met 'n vriendin gesels...of besig is met huishoudelike take... of TV kyk... of lees...

Die klere wat jy aanhet is nuut en vlei jou slanke liggaam... Watter kleur is die klere, watter snit, watter tekstuur?... Kyk mooi na jou liggaam...slank en ferm...jy lyk gelukkig in jou liggaam, gemaklik met jou liggaam... Daar is 'n glimlag op jou gesig en jou oë blink... Jou vel gloei en jou hare blink... Het jou haarstyl en -kleur verander, of is dit dieselfde?... Wat aan jou het dieselfde gebly...en wat het verander... Miskien is dit hoe jy lyk of hoe jy beweeg, of selfs hoe jy praat... Sien jousef besig met verskillende aktiwiteite in jou huis... Kyk hoe gemaklik jy beweeg...hoe gesond jy lyk...ferm... slank... Om jousef so slank en gelukkig te sien, is baie bevredigend... Jy hou van hierdie nuwe beeld van jou... Jy voel trots... Miskien maak jy 'n oorwinningsgebaar, of voer 'n oorwinningsdansie uit of draai triomfantelik in die rondte.... Om die waarheid te sê, jy lyk so goed vir jousef, so aantreklik en gesond, dat jy nie kan wag om jousef geluk te wens nie...

Sien jousef nou by jou voordeur... Hoe lyk jou voordeur... In jou een hand het jy 'n botteltjie vonkelwyn of waarmee jy ookal graag 'n heildronk op jousef wil drink... In jou ander hand het jy 'n bos blomme vir jousef... Watter soort blomme is dit....watter kleur?... Of dalk het jy 'n ander geskenk...wat is dit?... Met watter hand klop jy aan die deur of lui jy die deurklokkie?... Die deur gaan oop en jou maer-self staan glimlaggend voor jou... Wat het sy aan?... Glimlag terug en gee haar 'n drukkie... Voel hoe gemaklik glij jou arms om haar, voel hoe slank en ferm is haar liggaam... Julle stap die sitkamer binne... Jou maer-self gaan haal glase vir die heildronk... Jy en jou maer-self gaan sit op die bank en drink 'n heildronk op slankheid en fiksheid... Wat sê julle vir mekaar?... 'n Eienaardige ding gebeur terwyl julle so langs mekaar sit en gesels oor al die positiewe veranderinge... Sonder 'n gedagte of enige moeite glij jy al hoe nader aan jou maer-self... Julle sit skouer teen skouer, heup teen heup, knie teen knie en

skielik...woeps!...sit jy nie meer langs haar nie, maar glip jy binne in haar in... Jy is jou maer-self...

Kyk na jou hande... Kyk af na jou voete op die vloer... Vat aan jou hart...aan jou kop... raak aan jou maag... Sowaar! jy is maer... Jy kyk in die sitkamer rond, jy is alleen daar... Jy kyk na die bank waar jou vet-self gesit het, daar is niks behalwe 'n snaakse hoop goed nie... Dit is die vet wat oor is toe jy in jou maer-self ingeglip het... vet wat nie in jou maer liggaam pas nie... Gaan haal 'n besem, skoppie, stofsuier of waarmee jy dit ookal wil opruim... Waar gaan jy daarvan ontslae raak?... Nadat jy opgeruim het, gaan rangskik jy jou blomme of maak jou geskenk oop... Stap nou na die venster en kyk na buite... Raak bewus van 'n gevoel van dankbaarheid en vrede soos wat jy uitkyk en besef...jy is maer! (Verwerk uit Wells, 1992.)

GERIGTE BEELDING 11

Voel jy soms rond en groot, maar binnekant voel jy klein en leeg?... Om te verander, is dit nodig om te weet wat jy wil verander en te verstaan hoekom... Die erkenning dat jou liggaam jou ongemaklik laat voel, gee vir jou rigting en motivering vir verandering... Om te verstaan hoekom jy jou liggaam wil verander, verg moed en eerlikheid...

Begin deur jouself as 'n rubberbal voor te stel... Hoe groot is jy?... Watter kleur is die rubber?... Hoe dik is dit... dun en buigsaam soos 'n strandbal of dik en hard?... Vra jouself watter effek dit op jou het om 'n rubberbal te wees... Skei die dikheid van die rubber jou van ander mense en veroorsaak afstand?... Maak dit dit vir jou moeiliker om jou drome en ideale te bereik?... Voel jy jy word rondgegooi deur ander mense of die lewe in die algemeen?... Of gooi jy jou gewig rond?... Insuleer die rubber jou teen seerkry?... Gebruik jy pyn en seerkry om die rubber dikker en harder te maak?... Of is die rubber 'n bêteplek vir negatiewe emosies gedagtes en emosies...Hoop jy dat jy rond en vet is soos toe jy 'n baba was sodat jy beskerm en vertroetel kan word en meer aandag kan kry?...

As selfs een van hierdie goed waar is van jou, is dit die moeite werd om te verander... Begin deur die leegheid binne jou vol te maak... Sien 'n groot leë glas voor jou... Wat is die vorm daarvan?... Dit kan lank en maer wees, of rond, of soos 'n sjampanjeglas lyk... Is dit deursigtig, of het dit 'n effense kleur?... Jou voorletters is daarop uitgegraveer...

Noudat jy dapper en eerlik die goed erken het waaroor jy ongemaklik voel met jousef, is dit tyd om die goed te erken waaroor jy gemaklik is... Dit is op sy eie manier moeilik en verg ook dapperheid en eerlikheid... Deur bewustelik aan jou positiewe kwaliteite erkenning te gee en jou positiewe dae te vereer, vul jy jou leë glas met liefde... Dit is nie egoïsties nie, want jy vergelyk nie jousef met ander en vind jousef beter of slegter as iemand anders nie... Dit is slegs waarneming van jou eie waarde en die inneem daarvan om die leegheid te vul...

Die eerste positiewe kwaliteit wat jy kan erken en waarmee jy jou glas kan vul, is jou oopheid en bereidheid om te verander... Soos wat jy dit erken, vul 'n liefdesvloeistof die glasbodem... Dit lyk heerlik... Watter kleur is dit?... Is dit dik soos heuning of dun soos melk?... Hoe vol maak dit die glas?... As jy honger voel wanneer jy dit sien, drink daarvan, selfs al is dit net 'n slukkie... Voel hoe dit oor jou tong spoel... Hoe proe dit?... Soet?... Het dit 'n effense prikkeling?... Watter temperatuur is dit?... Warm, koud, koel, lou?... Watter tekstuur...glad...borrelrig?... Laat dit in jou keel afgly en die leegheid binne volmaak...

Soos wat jy besef watter moed en eerlikheid hierdie selfondersoek gevra het, verskyn daar nog liefdesvloeistof in jou glas... Jy kan dit alles dadelik drink of wag tot jou glas heeltemal vol is... Van watter kwaliteite in jousef hou jy?... Is jy gaaf, sterk, saggeard, betroubaar, vrygewig, verantwoordelik, bedagsaam, gemaklik, netjies, kreatief, georganiseerd?... Lag jy maklik?... Het jy 'n goeie humorsin?... Wat het jy gister gedoen waaroor jy goed voel...of die dag voor dit?... Het jy iemand se verjaarsdag onthou...vir iemand geglimlag...iets gesond geeët of gedrink?...Het jy die take waarvoor jy verantwoordelik is uitgevoer...jou beste probeer?... Sien hoedat jou glas voller en voller word...vir elke goeie kwaliteit van jousef...vir elke goeie daad, klein of groot...

Van wat aan jou liggaam hou jy?... Het jy mooi oë, hare, gesonde tande, 'n mooi vel, stem, hande, naels, 'n mooi glimlag?... Wanneer die glas vol is, lig jy dit op, voel die gewig daarvan en drink elke druppel van hierdie liefdesvloeistof... Proe dit, voel hoe dit in jou keel afgly en voel hoe dit jou volmaak... Hoe meer jy jou self na waarde ag, hoe minder word die leegheid binne jou... Die honger verdwyn... Deur die positiewe te erken, word die negatiewe geneutraliseer...

Soos wat jy dit drink, gebeur 'n eenaardige ding... Jou buitekant verloor sy rondheid en jy word maerder en staan meer regop... Die dik rubber word dun want jy het nie meer die dik insulasie nodig nie... Jou liefde vir jouself beskerm jou... Jy voel meer in beheer... Die lewe lyk lekkerder en interessanter... Jy voel optimisties omtrent die toekoms... Jy kan jouself beskerm en vertroetel... Wanneer jy rond en leeg begin voel, neem 'n minuut en dink aan jou positiewe kwaliteite en dade... Drink dit en maak jou van binne vol met selfagting. (Verwerk uit Wells, 1992.)

GERIGTE BEELDING 12

Wanneer 'n mens gesonder wil eet en gewig verloor, is daar dikwels struikelblokke... Dinge of mense of goed in jouself laat jou tou opgooi, jy verloor jou motivering, jy dink heeldag aan alles wat lekker is en gee jou oor aan 'n ooreetsessie.

Verklaar nou oorlog teen jou struikelblokke...hierdie vyande van 'n gesonder en slanker jy... Om hierdie oorlog effektief te voer, is 'n paar stappe nodig... Jy moet weet wie en wat jou vyande is... Jy moet 'n oorlogsverklaring uitreik... Jy moet 'n aanvalsplan hê... Jy moet helpers hê, mense of gevegstoerusting...en jy gaan die oorwinning vier...

Begin dus nou deur 'n klomp vyande te identifiseer... Is dit verveling, moegheid, eensaamheid, 'n vriendin wat sê: "Ag eet nog 'n stukkie, jy kan môre weer dieet"?... Jou ma se stem uit jou kinderdae: "'n Mens mors nie kos nie, daar is honderde honger kinders"?... Of is dit jou eie

geloof dat 'n dieet tog nie werk nie?... Neem jou tyd en identifiseer die twee belangrikste vyande...(pouse)

Fokus nou op vyand nommer 1... Hoe wil jy die oorlogsverklaring teen hierdie struikelblokvyand bewoord?... Hoe wil jy die oorlogsverklaring uitreik?... Oor TV, die radio?... Is dit 'n skriftelike dokument of staan jy iewers op 'n verhoog en stel jou saak duidelik?... Of is dit 'n geheime dokument gemerk, vertroulik, omdat jy taktiek gaan volg om jou vyand te verras...

Hoe gaan jy die oorlog voer?... Watter taktiek gaan jy gebruik?... Hoe versterk jy jouself?... Wie of wat moet help?... Neem jou tyd en werk vir jou 'n oorwinningsplan uit... Sien en hoor en voel nou hoe jy jou plan uitvoer en wen... Maak 'n oorwinningsgebaar... Voel die selfbevrediging en trots omdat jy gewen het... Sien hoe jy slanker lyk en ervaar hoe jy gesonder voel... Jou motivering word groter, want jy het as oorwinnaar uit die stryd getree... Hoe vier jy jou oorwinning?...

Stel jou nou 'n situasie voor waar jy vyand nommer 1 raakloop... Dus dit is 'n situasie waar jy vantevore die geveg verloor het... Beleef nou die gemaklikheid wanneer jy nie meer bang is vir verloor nie, want jy het klaar die oorlog gewen... Hoe tree jy nou op?... Wat doen jy anders?... Hoe lyk jy?... Wat sê jy?... Hoe voel jy?... Beleef jouself as oorwinnaar...glimlag...geniet vir 'n paar oomblikke die gevoel dat jy in beheer is en die gevoel dat jy 'n wenner is...

Fokus nou jou aandag op vyand nommer 2... Hoe wil jy die oorlogsverklaring teen hierdie struikelblokvyand bewoord?... Hoe wil jy die oorlogsverklaring uitreik?... Hoe gaan jy die oorlog voer?... Watter taktiek gaan jy gebruik?... Hoe versterk jy jouself?... Wie of wat moet help?... Neem jou tyd en werk vir jou 'n oorwinningsplan uit...(pouse)

Sien en hoor en voel nou hoe jy jou plan uitvoer en wen...(pouse) Maak 'n oorwinningsgebaar... Voel die selfbevrediging en trots omdat jy gewen het... Sien hoe jy slanker lyk en ervaar hoe jy gesonder voel... Jou motivering word groter, want jy het as oorwinnaar uit die stryd getree... Hoe vier jy jou oorwinning?... Stel jou nou 'n situasie voor waar jy vyand nommer 2 raakloop...

Dus dit is 'n situasie waar jy vantevore die geveg verloor het... Beleef nou die gemaklikheid wanneer jy nie meer bang is vir verloor nie, want jy het klaar die oorlog gewen... Hoe tree jy nou op?... Wat doen jy anders?... Hoe lyk jy?... Wat sê jy?... Hoe voel jy?... Beleef jouself as oorwinnaar...glimlag... Geniet vir 'n paar oomblikke die gevoel dat jy in beheer is en die gevoel dat jy 'n wenner is...

GERIGTE BEELDING 13

Dikwels as 'n mens dieet, raak jy angstig en eet meer. In plaas daarvan om gewig te verloor, verloor jy beheer, selfrespek en vrede...En wat jy optel, is kilogramme, frustrasie en spanning... Dink nou aan dieet as 'n toutrekkompetisie tussen jou vet-self en jou maer-self... Die dieet is die tou...

Watter soort dier sal jou vet-self die beste verteenwoordig...(pouse). Watter soort dier sal jou maer-self die beste verteenwoordig...(pouse). Sien die dier van jou vet-self aan die een kant van die tou... Aan die agterkant van dié dier is 'n kaart met jou gewig in kg en aan die voorkant 'n kaart met jou roknommer.... Sien die dier wat jou maer-self voorstel aan die ander kant... Aan die agterkant van dié dier is 'n kaart met jou ideale gewig in kg en aan die voorkant 'n kaart met die roknommer wat jy graag wil dra....

Gee nou aandag aan die tou... Watter kleur is dit...hoe dik...hoe grof...hoe sterk?... Waar vind hierdie tou-trekkompetisie plaas?... In die kombuis...restaurant...by die werk...op die strand?... Wanneer vind dit plaas...meestal in die dag...of in die aand?...

Loop nou rondom die vet-selfdier en die maer-selfdier... Bekyk hulle van alle kante... Kyk na die besonderhede van die diere...van die tou...van die omgewing...(pouse). Maak die kleure helder... Ruik die lug... Hoor die klanke rondom jou, die geluide van die kompetisie... Raak aan jou twee dier-selwe... Hoe voel hulle?... Raak aan die tou... Raak aan die grond of vloer...

Tussen die twee diere is 'n streep getrek... Aan die vet-dier se kant staan "optel" geskryf...aan die maer-dier se kant "verloor"... Heen-en-terug trek die twee diere... Optel...

verloor...optel...verloor...vet...maer...vet...maer... Nie een van die twee diere is gelukkig nie... Dit is 'n ewige stryd... Hoor hoe steun hulle... Kyk hoe veg hulle elkeen om beheer te kry... Wat sê hulle vir mekaar?...

Die vet-dier het gewigsvoordeel... Die maer-dier is uitgeput, maar hou vol... Die maer-dier klou aan die tou...sy skouers en blaai pyn...sy pote, hande, hoewe is vol blase... Hy hou uit, maar verloor en die vet-dier trek hom oor die tou...

Die gevolg is dat jy eet wat jy besluit het om nie te eet nie... te veel daarvan...en tel gewig op... Hoe kan jou maer-self wen?... 'n Frustrerende, uitputtende geveg met jou vet-self is nie die antwoord nie... Maar daar is 'n manier waarop jou maer-self kan wen...

Loop nou weer rondom jou vet-selfdier en maer-selfdier wat toutrek... Sien hoe ongelukkig en uitgeput hulle is... Hoor wat hulle vir mekaar sê... Soos wat jy om hulle loop en na hulle luister, tref die oplossing jou... Jou maer-self kan wen deur die tou te los... Sien hoe jou maer-self die tou met 'n glimlag los... Die vet-selfdier val met 'n slag op die grond...verskriklik verbaas...met die tou in sy hand, poot, hoef...

Om nie die dieet-speletjie te speel nie, wen die maer-selfdier... Deur die tou te los, los jy die spanning wat die tou styf gehou het... Waarskynlik is die vet-selfdier te vet en swaar om weer op te staan... Selfs al staan hy op, is die stryd oor, want die maer-selfdier wil nie meer die speletjie speel nie...

Voel die intense verligting nou dat die stryd verby is... Nou dat jy die tou gelos het, bevry jy jouself van die stryd om te dieet... Jy is vry om maer te wees... Spring in die lug en dans van vreugde... Al die spanning in jou is skielik oor... Voel die verligting omdat jy nie meer met 'n dieet hoef te worstel nie...

Nuwe moontlikhede gaan vir jou oop... Jy besef dat om maer te dink, op drie maniere vir jou kan werk... Deur jou onbewuste bewus te maak van hoe gelukkig jy met jou ideale gewig sal wees, sal jou onbewuste jou help om gesonde kos in gesonde hoeveelhede te eet...(pouse). Deur

maer te dink, sal jou liggaam kos en vet vinniger en meer effektief verbrand...(pouse). Selfs as jy lus om sjokolade of roomys of vetmaakkos te eet, sal jy die lus met gesonde hoeveelhede bevredig en nie ooreet as gevolg van die spanning van 'n dieet nie...(Verwerk uit Wells, 1992.)

GERIGTE BEELDING 14

Vet is uit!... Uit jou gedagtes, uit jou liggaam, uit jou lewe!... Slank is in!... In jou gedagtes, in jou liggaam, in jou lewe... Dit is tyd om fees te vier... Waar wil jy jou feesviering hou?... Kies 'n plek waar jy goed voel oor jousef en oor die lewe... 'n Plek wat jou sommer laat glimlag...

Miskien is dit in jou kombuis om te wys dat jy die versoekings in die yskas kan weerstaan...of in 'n restaurant om jou oorwinning oor ooreet te vertoon...of miskien op 'n luukse seiljag...of iewers buite op 'n mooi plek...of dalk bo-op 'n wolk omdat jy so lig voel... Watter plek jy ookal vir jou feesviering kies, maak dit lewendig in jou verbeelding... Skep al die besonderhede... Die oppervlakte waarop jy staan... die kleure...die temperatuur teen jou vel...geure in die lug...klanke en geluide in die agtergrond... Gebruik jou tyd en maak al die besonderhede so helder en duidelik as moontlik...(pouse).

Gee nou aandag aan die versierings by jou feesviering... Watter versierings wil jy alles hier hê?... Blomme...plante...dalk balonne... Hoe is die tafel gedek...tafeldoek...borde... eetgerei...glase...? Iewers is daar 'n banier met gelukwensing vir jou... Watter kleur is die banier?... Wat is die vorm en kleur van die letters?... Soos wat jy die banier lees, gloei jy van trots en plesier...

Maak nou jou gastelys... Wie wil jy uitnooi na jou feesviering?... Nooi mense wat vir jou omgee en jou ondersteun in jou begeerte om gewig te verloor, mense wat jou help het om gesonde eetgewoontes aan te leer en gereeld te oefen... Miskien is dit gesins- en familielede, vriende, kollegas... Nooi elkeen uit wat regtig bly is om jou slank, gesond en fiks te sien... Sien hulle name op jou gastelys...

Stel die spyskaart op... Wat gaan jy bedien?... Maak dit gesond en pret...byvoorbeeld vrugte en koek... Noudat jy slank dink, het jy mos beheer... Jy kan koek eet, want jy eet mos net 'n klein porsie...

Noudat jy die plek, die versierings, die gastelys en die spyskaart vir jou feesviering beplan het, gaan jy weer alles na... Is daar iets wat jy wil byvoeg, verander, weglaat?... As alles gereed is, sien jy nou jousef by hierdie plek wat jy geskep het om jou nuwe-jy te vier... Voel jousef daar... Wat dra jy?... Maak dit iets vleiends wat jou nuwe slanke lyne beklemtoon... Van watter materiaal is jou nuwe uitrusting gemaak?... Voel die tekstuur daarvan... Watter kleur is dit?...

Voel die opwinding van die geleentheid... Jou feesviering gaan begin... Die musiek speel... Die gaste wat jy genooi het, begin opdaag... Jy ontvang elkeen met 'n glimlag en vol selfvertroue... Elke gas glimlag vir jou en gee jou 'n kompliment en 'n geskenkie... Wat sê elkeen vir jou?... Watter klere het hulle aan?... Jou feesviering is in volle swang... Almal is vrolik... Grasieus beweeg jy tussen jou gaste deur... Jy voel lig en vol energie... Miskien dans julle... Sien hoe jy lig op jou voete beweeg...

Dit is tyd om te eet... Ruik en sien die kos... 'n Heildronk word op jou ingestel... Wie doen dit?... Wat word gesê?... Elke gas lig hul glas, glimlag vir jou en sê vir jou wat hulle van jou waardeer...jou moed...jou deursettingsvermoë...jou selfbeheer... Hulle drink 'n heildronk op jou gesondheid...op hoe mooi jy lyk... Met dankbaarheid aanvaar jy hulle woorde... Jy lig jou eie glas en bedank hulle vir hulle ondersteuning...hulle liefde... Jy vertel aan hulle hoe lekker dit is om slank te wees... Almal klap hande...'n paar fluit... Julle begin eet... Dit is vir jou wonderlik om die kos te geniet en net soveel te neem soos wat jy gemaklik kan eet... Na die ete kondig iemand aan dat daar vir jou 'n verassing is... Jou gaste klap hande, die musiek speel en 'n feëprinses met 'n towerstaf kom binne... Jy mag drie wense wens wat bewaarheid sal word... Wat wens jy?...(Verwerk uit Wells, 1992.)

BRONNELYS

- ANASTASI, A. 1967. *Psychological Testing*. 2nd ed. New York: Macmillan.
- ANDREAS, S. & ANDREAS, C. 1987. *Change your mind: and keep the change*. (Advanced NLP submodalities interventions.) Moab: Real People Press.
- BADENHORST, C. & WALKER, A.R.P. 1994. Obesity: how can women in developing countries cope? *South African journal of food science and nutrition*, 6(3):83-84, Sept.
- BOTHA, H.L. 1990. *Suggestopedagogiek: boos, of instrument vir Christus?* Stellenbosch: Instituut vir Taalonderrig.
- BRINK, N.E. 1988-1989. Using imagery as a planning and treatment guide in therapy. *Imagination, cognition and personality*, 8(3):187-200.
- BRODIE, D.A. & SLADE P.D. 1990. Dietary versus healthy life style interventions in the treatment of obesity: resultant changes and the prediction of outcome. *Psychology and health*, 4(4):319-331.
- BRONKHORST, M.S. 1984. *Psigodinamika by die obese gesin*. Potchefstroom: PU vir CHO. (Skripsie - MA.)
- BUZAN, T. 1983. *Use both sides of your brain*. New York: Dutton.
- CANFIELD, J. 1981. *The inner classroom: teaching with guided imagery*. (Paper delivered at Insight Training Seminar.) Santa Monica, Calif. 21 p. (Ongepubliseer.)
- CHAPIN, T.J. 1989. The power within: a humanistic-transpersonal imagery technique. *Journal of humanistic psychology*, 29(4):444-456, Fall.
- COHEN, J. 1977. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Revised edition. Orlando: Academic Press.

DENIS, M. & CARFANTAN, M. 1990. Enhancing people's knowledge about images. (In Hampson, P.J., Marks, D.F. en Richardson, J.T.E., eds. Imagery: current developments. London: Routledge. p. 197-222.)

DIESPECKER, D. 1990. Applied imagery. *The Australian journal of clinical hypnotherapy and hypnosis*, 11(2): 65-70, Sept.

DUBBERT, P.M. & WILSON, G.T. 1984. Goal-setting and spouse involvement in the treatment of obesity. *Behaviour, research and therapy*, 22(3):227-242.

FREEDMAN, R. 1988. Bodylove: learning to like our looks and ourselves. Glasgow: Collins.

GARDNER, R.M., MORELL, J. URRUTIA, R. & ESPINOZA, T. 1989. Judgements of body size following significant weight loss. *Journal of social behavior and personality*, 4(5):603-613.

GARNER, D.M. & GARFINKEL, P.E. 1977. Measurement of body image in anorexia nervosa. (In Vigersky, R.A. ed. Anorexia nervosa. (National Institute of Child Health and Human Development.) New York: Raven Press. p. 27-30.)

GARNER, D.M. & GARFINKEL, P.E. 1981-82. Body image in anorexia nervosa: measurement, theory and clinical implications. *International journal of psychiatry in medicine*, 11(3):263-284.

GARROW, J.S. 1987. Dietary methods: an overview. (In Bender, A.E. & Brookes, L.J., eds. Body weight control. The physiology, clinical treatment and prevention of obesity. London: Churchill Livingstone. p. 109-116.)

GAWAIN, S. 1978. Creative visualization. San Rafael, Calif.: Whatever Publishing.

GILBERT, J. 1978. Interpreting psychological test data, vol 1. New York: Van Nostrand Reinhold.

- GILBERT, J. 1980. *Interpreting psychological test data*, vol 11. New York: Van Nostrand Reinhold.
- GOFF, K. & TORRANCE, E.P. 1991. Healing qualities of imagery and creativity. *Journal of creative behavior*, 25(4): 296-303.
- GOLDENBERG, G., PODREKA, I. & STEINER, M. 1990. The cerebral localization of visual imagery: evidence from emission computerized tomography of cerebral blood flow. (*In* Hampson, P.J., Marks, D.F. en Richardson, J.T.E., eds. *Imagery: current developments*. London: Routledge. p. 307-332.)
- GROSS, M. 1983. Correcting perceptual abnormalities, anorexia nervosa and obesity by use of hipnosis. *Journal of the American society of psychomatic dentistry and medicine*, 30(4):142-150.
- GROTH-MARNAT, G. 1984. *Handbook of psychological assessment*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- GROVÉ, S. 1991. *Dankie, brein*. Kaapstad: Human en Rousseau.
- GUY-GRAND, B. 1991. The clinical uses of dexenfluramine in the management of obesity. *Reviews in contemporary pharmacotherapy*, 2(2):115-123.
- HAMPSON, P.J., MARKS, D.F. & RICHARDSON, J.T.E., red. 1990. *Imagery - current developments*. London: Routledge.
- HARMATZ, M.G. & KERR, B.B. 1981. Overeating behavior: a multi-causal approach. *Obesity and metabolism*, 1(3):134-139.
- HEATON, K.W. 1984. Nutrition. (*In* Read, A.E., Barrit, D.W. & Hewer, R.L. eds. *Modern medicine*. 3rd ed. London: Pitman. p. 110-117.)

- HUBA, G.J., SINGER, J.L., ANESHENSEL, C.S. & ANTROBUS, J.S. 1982. Short imaginal processes inventory. Manual. Port Huron: Research Psychologists Press.
- INGLIS, S. 1982. Hypnotic treatment of obesity in a general practice. *Australian journal of clinical and experimental hypnosis*, 10(1):35-42.
- KALES, E.F. 1981. The "diet-resistant" personality. *Obesity and metabolism*, 1(2):119-128.
- KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. 1991. Synopsis of psychiatry. Behavioral sciences clinical psychiatry. 6th ed. Baltimore: Williams and Wilkens.
- KOESLAG, J.H. 1990. Human biology of obesity. *VMO - Suid-Afrika se maandblad van voortgesette mediese onderrig*, 8(4):329-335.
- KREITLER, S. & CHEMERINSKY, A. 1990. Body-image disturbance in obesity. *International journal of eating disorders*, 9(4):409-418.
- KRUGER, A. s.a. (1990?) NLP practitioner certification program. s.l. (Johannesburg?) Success Sciences S.A.
- KRUGER, H.S., VAN AARDT, A.M., WALKER, A.R.P. & BOSMAN, M.J.C. 1994. Obesity in African hypertensive women: problems in treatment. *South-African journal of food science and nutrition*, 6(3):103-107.
- LAMBERT, E.V. 1990. Diet and exercise in the treatment of obesity. *VMO - Suid-Afrika se maandblad van voortgesette mediese onderrig*, 8(4):341-346.
- LEADER, A. 1992. Comprehensive programme for the treatment of obesity. *Research today*. oorgeneem uit *Medicine today*. Nov. 1992.
- LEUNER, H. 1969. Guided affective imagery (GAI). *American journal of psychotherapy*. 29:4-22.

- LOUW, D.A. 1989. Suid-Afrikaanse handboek van abnormale gedrag. Halfweghuis: Southern Boekuitgewers.
- MAHAN, K.L. & ARLIN, M.T. 1992. Food, nutrition & diet therapy. Philadelphia: W.B. Saunders.
- MARKS, D.F. 1990. On the relationship between imagery, body, and mind. (*In* Hampson, P.J., Marks, D.F. en Richardson, J.T.E., eds. Imagery: current developments. London: Routledge. p. 1-38.)
- MARTIN, M. & WILLIAMS, R. 1990. Imagery and emotion: clinical and experimental approaches. (*In* Hampson, P.J., Marks, D.F. en Richardson, J.T.E., eds. Imagery: current developments. London: Routledge. p. 268-306.)
- MEYER, B.J. & MEIJ, H.S. 1992. Fisiologie van die mens. 3de uitg. Pretoria: HAUM Tersiêr.
- MILLAR, S. 1990. Imagery and blindness. (*In* Hampson, P.J., Marks, D.F. en Richardson, J.T.E., eds. Imagery: current developments. London: Routledge. p. 129-149.)
- MUSTAJOKI, P. 1987. Psychosocial factors in obesity. *Annals of Clinical Research*, 19:143-146.
- NEL, M.C. 1975. 'n Persoonlikheidsbeeld van adolessente meisies wat aan obesiteit ly. Potchefstroom: PU vir CHO. (Skripsie - MA.)
- OELOFSE, L. 1984. 'n Selfontwikkelingsprogram vir 'n groep eerstejaar obese damesstudente. Potchefstroom: PU vir CHO. (Skripsie - MA.)
- OGDON, D.P. 1979. Psychodiagnostics and personality assessment: a handbook. 2nd ed. Los Angeles: Western Psychological Services.

- OVERHOLSER, J.C. 1991. The use of guided imagery in pschotherapy: modules for use with passive relaxation. *Journal of contemporary pschotherapy*, 21(3):159-172.
- PICKETT, E. 1987. Fibroid tumors and response to guided imagery and music: two case studies. *Imagination, cognition and personality*, 7(2):165-176, 1987-88.
- PLUG, C., MEYER, W.F., LOUW, D.A. & GOUWS, L.A. 1988. Psigologiewoordeboek. 2de uitg. Pretoria: Lexicon Uitgewers.
- PRATT, C.A. & McLAUGHLIN, G.W. 1992. A multivariate analysis of weight-loss behavior. *Psychological reports*, 71:1075-1084.
- RAIJMAKERS, L.R. 1991. An evaluation of the occurence and fluctuation of depression in obese patients in two types of weight reduction programmes. Potchefstroom: PU for CHE. (Dissertation - MA.)
- ROBINSON, J.P. & SHAVER, P.R. 1973. Measures of social psychological attitudes. Ann Arbor, Michigan: Institute for Social Research.
- RODIN, J., SILBERSTEIN, L. & STRIEGELMOORE, R. 1984. Women and weight: a normative discontent. *Nebraska Symposium on Motivation*, 32:267-307.
- ROID, G.H. & FITTS, W.H. 1988. Tennessee self-concept scale (TSCS). Revised manual. Los Angeles: Western Psychological Services.
- ROSEN, J.C., SREBNIK D., SALTZBERG, E. & WENDT, S. 1991. Development of a body image avoidance questionnaire. *Psychological assessment: a journal of consulting and clinical psychology*, 3(1):32-37.
- ROTATORI, A.F., SWITZKY, H. & FOX, R. 1981. Behavioral treatment approaches to obesity: successes with the nonretarded and retarded. *Obesity and metabolism*, 1(3):140-158.

SAS Institute Inc. 1988. SAS\STAT user's guide, release 6.03 edition. Cary, NC: Sas Institute Inc.

SCHUTTE, C.J. 1981. Anorexia nervosa: 'n psigodinamiese ondersoek. Potchefstroom: PU vir CHO. (Skripsie - MA.)

SECORD, P.F. & JOURARD, M. 1953. The appraisal of body-cathexis: body cathexis and the self. *Journal of consulting psychology*, 17(5):343-347.

SEFTEL, H. 1992. The consequences of corpulence. *Research today*, oorgeneem uit *Medicine today*, November 1992.

SEGAL, S.J. (Ed.) 1971. Imagery: current cognitive approaches. London: Academic Press.

SEIM, H.C. & FIOLA, J.A. 1990. A comparison of attitudes and behaviors of men and women toward food and dieting. *Family-practice-research-journal*, 10(1):57-63.

SERFONTEIN, J.H.P. 1993. Mondelinge mededeling. Potchefstroom: PU vir CHO.

SHONE, R. 1984. Creative visualization. Wellingborough, Northamptonshire: Thorsons Publishers.

SHORR, J. 1983. Psycho-imagination therapy and psychotherapy through imagery. New York: Thieme-Straton Inc.

SIEGEL, A.F. 1988. Statistics and data analysis: an introduction. New York: John Wiley & Sons.

SIEGEL, S. 1956. Nonparametric statistics for the behavioral sciences. Tokyo: McGraw-Hill Kogakusha.

SINGER, J.L. 1974. Imagery and daydream methods in psychotherapy and behavior modification. New York: Academic Press.

- SLADE, P.J., DEWEY, M.E., NEWTON, T. & BRODIE, D.A. 1990. Development and preliminary validation of the body satisfaction scale. *Psychology and health*, 4(3):213-220.
- SPRING, B. & PINGITORE, R. 1991. Serotonergic agents in obesity: from animal studies to human clinical trials. *Reviews in Contemporary Pharmacotherapy*, 2(2):61-74.
- STEYN, A.G.W., SMIT, C.F., DU TOIT, S.H.C. & STRASHEIM, C. 1994. Moderne statistiek vir die praktyk. 5de uitg. Pretoria: Van Schaik.
- STEYN, H.S. 1991. Statistiese Konsultasiediens & Departement Statistiek en O.N. Praktiese statistiek vir die geesteswetenskappe. Potchefstroom: PU vir CHO. (Diktaat: X14.)
- STEYN, H.S. 1994. Effekgrootte afgelei uit variansie-analise. Mondelinge Mededeling. Potchefstroom: Statistiese Konsultasiediens van die PU vir CHO.
- SULE, F., KUBISZYN, A. & JAKO, P. 1991. A testsulycsokkentes soran kialakult pszicholoiai változások vizsgálata (Psychological alterations after weight reducing). *Sportovosi szemle/Hungarian review of sports medicine*. Budapest, 32(1):45-54. (Samevatting).
- THERON, E.J. 1990. Chirurgiese behandeling van morbiede vetsug. *VMO - Suid-Afrika se maandblad van voortgesette mediese onderrig*, 8(4):361-369.
- TURNER, P. 1992. European study confirms acceptability of long-term dexfenfluramine therapy. *Research today*. oorgeneem uit *Medicine today*, Nov.
- VAN DER MEER, 1989. Gewigsverlies en huweliksaanpassing by obese vroue. Pretoria: UNISA. (Skripsie - MA.)
- VAN ROOYEN, J.M. 1990. Die farmakologiese behandeling van vetsug. *VMO - Suid-Afrika se maandblad van voortgesette mediese onderrig*, 8(4):353-360.

VAN ZYL, E.M. 1975. 'n Vergelykende studie tussen emosioneelversteurde en goedaangepaste laerskoolseuns, met behulp van mensfiguur- en huisgesintekeninge. Potchefstroom: PU vir CHO. (Skripsie - MA.)

WALKER, A.R.P. 1992. Trends of nutritional intake patterns of South African interethnic populations. *VMO - Suid-Afrika se maandblad van voortgesette mediese onderrig*, 10(8):1395-1402.

WALKER, W., COLLINS, J.K. & KRASS, J. 1982. Four hypnosis scripts from the Macquarie Weight Control Programme. *Australian journal of clinical and experimental hypnosis*, 10(2):125-133.

WELLS, V. 1992. Think thin. San Francisco: Chronicle Books.

WISE, J. 1981. Endorphins and metabolic control in the obese: a mechanism for food addiction. *Obesity and metabolism*, 1(3):165-181.

WISE, S. K. 1981. Dance therapy: use of imagery for food awareness. *Obesity and metabolism*, 1(2):96-104.

WOODS, W.P. & HERETICK, D.M.L. 1983-84. Self-schemata in anorexia and obesity. *Imagination, cognition and personality*, 3(1):31-48.

YEAGER, J. 1985. Thinking about thinking with NLP. Cupertino, Calif.: Meta Publications.

YOUNG, L.M. & POWELL, B. 1985. The effects of obesity on the clinical judgments of mental health professionals. *Journal of health and social behavior*, 26(Sept):233-246.