

UNIVERSITEIT VAN WES-KAAPLAND
UNIVERSITY OF THE WESTERN CAPE

Hierdie boek moet terugbesorg word voor of op
die laaste datum hieronder aangegee.

This book must be returned on or before the
last date shown below.

(1)		
900003328		
1996-03-13 1996-11-25		
16 85 3361/85 3350 16/09/02		



UNIVERSITY of the
WESTERN CAPE

30001545876676



**DIE TERAPEUTIESE EFFEKTIWITEIT VAN HIPNOTERAPIE
SOOS TOEGEPAS OP STUDENTE MET GEWIGSPROBLEME**

Deur

JOACHIM JOHN JACOBS

Voorgelê ter gedeeltelike vervulling van die vereistes vir die graad

Magister Artium (Sielkunde)



in die Fakulteit Gemeenskaps- en Gesondheidswetenskappe aan die

**UNIVERSITY of the
WESTERN CAPE**

Universiteit van Wes-Kaapland

**Studieleier: F.C.T. Sonn
Mede-studieleier: P.M. Heyns**

Januarie 1992



THES - L6

UNIVERSITEIT VAN WES-KAAPLAND
BIBLIOTEEK
615.8512 JAC
LIBRARY
UNIVERSITY OF THE WESTERN CAPE

**Opedra aan al die spesiale mense in my lewe, maar
veral Hillary, Delano, Kurt en my ouers**



UNIVERSITY *of the*
WESTERN CAPE

DANKBETUIGINGS

Langs hierdie weg wil ek graag my dank betuig teenoor die volgende persone en instansies waarsonder hierdie proefskrif waarskynlik nooit voltooi sou gewees het nie:

- *My studieleiers proff. Fanie Sonn en Malan Heyns vir die bekwame leiding wat wyer as bloot hierdie verhandeling strek.*
- *My vrou, Hillary vir haar gedurige ondersteuning in my loopbaan en my twee seuns Delano en Kurt, vir wie die begrippe navorsing en verhandeling minder aandag vir hulle beteken.*
- *My moeder, vader, broers en susters vir hul ondersteuning en belangstelling.*
- *Al my kollegas en vriende vir hul belangstelling. 'n Spesiale woord van dank aan die volgende persone: Yolande vir die tik van die verhandeling en haar bystand tydens die terapeutiese sessies. Aan dr. Tyronne Pretorius vir sy aanmoediging asook vir die verwerking van data. 'n Spesiale woord van dank aan Loretta wat ook 'n bydrae gelewer het met die tik van die verhandeling.*
- *Al die proefpersone wat deel was van hierdie navorsing; julle probleem het hierdie navorsing moontlik gemaak.*
- *Die RGN vir finansiële bystand, waarsonder hierdie navorsing nie moontlik sou gewees het nie. Die standpunte wat in hierdie navorsing uitgespreek word is dié van die outeur en nie dié van die Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing nie.*

UNIVERSITY of the
WESTERN CAPE

INHOUDSOPGAW

HOOFSTUK 1 : INLEIDING

1.1	Probleemstelling	1
1.2	Voorkoms van obesiteit	3
1.3	Motivering vir die studie	6
1.4	Inhoud van die verhandeling	8

HOOFSTUK 2 : ETIOLOGIE VAN OBESITEIT

2.1	Biologiese faktore	10
2.1.1	Genetiese faktore	10
2.1.2	Endokrinologiese verstourings	13
2.1.3	Neurologiese faktore	14
2.2	Sielkundige perspektiewe	17
2.2.1	Die sielkunde van honger	17
2.2.2	Die Psigodinamiese perspektief	20
2.2.2.1	Die Freudiaanse teorie	20
2.2.2.2	Die Post-Freudiaanse psigoanalitiese teorie	21
2.2.3	Persoonlikheidsfaktore	23
2.2.3.1	Die spesifieke benadering tot obesiteit	23
2.2.3.2	Die nie-spesifieke benadering tot obesiteit	28
2.2.4	Gesinsdinamika	29
2.2.5	Die sosiale leerteoretiese perspektief	32
2.2.6	Die psigosomatiese konsep van obesiteit	36
2.3	Die Sosiale en kulturele konsep van obesiteit	38
2.3.1	Sosiale klas	38
2.3.2	Kulturele houdings teenoor voedsel en obesiteit	41
2.4	Gevolgtrekking	43

HOOFSTUK 3 : DIE BEHANDELING VAN OBESITEIT

3.1	Dieetterapie	44
3.2	Fisieke aktiwiteit as behandelingsmetode	52
3.3	Vas of algehele voedselontbering	57
3.4	Farmakoterapie	60
3.5	Chirurgiese behandeling van obesiteit	63
3.5.1	Plastiese - en/of kosmetiese snykunde	64
3.5.2	Kaakbedrading	64
3.5.3	Jejunuale omleidingsoperasie	65
3.5.4	End-tot-kant omleiding	66
3.5.5	End-tot-end omleiding	66
3.5.6	Gastriese omleiding	69
3.6	Sielkundige behandeling van obesiteit	71
3.6.1	Die rol van psigoterapie in die behandeling van obesiteit	72
3.6.2	Groepsterapie	73
3.6.3	Psigoanalise	74
3.6.4	Gedragsterapie	75
3.6.4.1	Doel en kenmerke van gedragsterapie	75
3.6.4.2	Gedragsterapeutiese tegnieke by obesiteit	77
3.6.4.3	Instandhoudingstrategieë	94

HOOFSTUK 4 : LITERATUUROORSIG : HIPNOTERAPIE	100
4.1 Inleiding en historiese oorsig	100
4.2 Teoretiese grondslag van hipnoterapie	104
4.2.1 Begripsomskrywing	104
4.2.2 Teoretiese grondslag van hipnose	105
4.2.2.1 Fisiologiese teorieë	106
4.2.2.2 Sielkundige teorieë	108
4.2.2.3 Ericksoniaanse teorie van hipnose	111
4.3 Hipnotiese trans-induksie	112
4.3.1 Rapport as voorvereiste vir induksie	112
4.3.2 Hipnotiese suggestievatbaarheid	114
4.3.3 Induksietegnieke	116
4.4 Suggestiologie	121
4.4.1 Hipnotiese suggesties	121
4.4.2 Die aard van hipnotiese suggesties	124
4.4.3 Posthipnotiese suggesties	124
4.5 Hipnoterapeutiese behandeling van obesiteit	127
4.6 Terapeutiese effektiwiteit	129
HOOFSTUK 5 : METODE VAN ONDERSOEK	132
5.1 Doelstellings van die studie	132
5.2 Proefpersone	132
5.3 Prosedure	133
5.4 Meetinstrumente	139
5.4.1 Eetgewoontesvraelys	139
5.4.2 Voedseldagboek	139
5.4.3 Gewigsmeting	140
5.4.4 Angsmeting	141
5.5 Navorsingsontwerp	143
5.6 Navorsingshipoteses	145
5.7 Statistiese ontledings	148
HOOFSTUK 6 : STATISTIESE BEWERKINGS EN RESULTATE	151
6.1 Beskrywende statistiek	151
6.2 Vergelyking van groepe in terme van voorgehandelingsmetings	151
6.3 Verskille tussen groepe na behandeling	154
6.4 Langtermyn doeltreffendheid van behandelingsbenaderings	157
HOOFSTUK 7 : BESPREKING VAN RESULTATE EN GEVOLGTREKKING	161
7.1 Bespreking van resultate	161
7.2 Gevolgtrekking	163
7.3 Kritiek teen die huidige studie	165
7.4 Aanbevelings	167
HOOFSTUK 8 : OPSOMMING	168
BRONNELYS	170

BYLAE	201
Bylae 1 Meetinstrumente	207
1.1 STAI-vraelys : toestandangs	207
1.2 STAI-vraelys : trekangs	208
1.3 Eetgewoontes-vraelys	209
1.4 Eating habits questionnaire	212
1.5 Voedseldagboek	215
Bylae 2 Werwingsbiljet	216
Bylae 3 Handleiding: Behandelingsprogramme	217
Bylae 3.1 Oriënteringsprogram ten opsigte van hipnoterapie	218
Bylae 3.2 Behandelingsprogram: hipnoaversie	220
Bylae 3.3 Behandelingsprogram: direkte suggesties	222
Bylae 3.4 Behandelingsprogram: uitgestelde behandeling	228
Aanhangsel A - Progressiewe spierontspanning	229
Bylae 4 Gedragsmodifikasie-program	230
Bylae 5 Uitdruk van resultate	234
Bylae 6 Scheffé post hoc t-toets vergelyking.	253
Lys van tabelle	
5.1 Beskrywing van die indeling van proefpersone in behandelingsbenaderings.	133
5.2 Navorsingsontwerp	144
6.1 Gemiddeldes, modusse en mediane vir die onderskeie veranderlikes.	151
6.2 Beskrywende statistiek van die verskillende groepe se gemiddeldes ten opsigte van die veranderlikes gewig, toestandangs en trekangs.	152
6.3 Resultate van die F-toets vir ewekansigheid van groepe.	153
6.4 Vergelyking van groepe ten opsigte van voorbehandelingsgewig.	153
6.5 Resultate van F-toets vir beduidendheid van verskille tussen groepe na behandeling.	155
6.6 Resultate van Post-hoc t-toets vir verskille tussen groepe.	156
6.7 Gemiddelde gewigsyfer vir die onderskeie groepe ten opsigte van voorbehandeling, evaluering 1 en evaluering 2.	158
6.8 Verskille tussen groepe ten opsigte van die opvolgevaluering	158
6.9 Resultaat van beduidendheid van verskille in terme van langtermyndoeltreffendheid van direkte hipnotiese suggesties	159

HOOFSTUK 1

ALGEMENE INLEIDING

1.1 PROBLEEMSTELLING

In 'n geïndustrialiseerde en Westers-georiënteerde samelewing, kenmerkend van sommige bevolkingsektore van Suid-Afrika, is 'n slanke figuur soms aanduidend van skoonheid en gesondheid. Dit is daarom geensins buitengewoon dat gewigsbewustheid een van die belangrikste verskynsels van ons tyd is nie. Duisende oorgewig-persone poog om 'n "norm" van slankheid na te streef (Polivy & Herman, 1987).

Estetiese oorwegings is egter nie die enigste rede waarom mense gewigsbewus is nie. Versekeringstatistieke dui toenemend daarop dat oorgewig-persone 'n hoër mortaliteitsyfer toon (Stunkard, Stinnet & Smoller, 1986). Hierdie uiters nadelige gevolge van oorgewig is tweërlei van aard, naamlik psigies en fisiek. Spesifieke fisieke gevolge waarna in die literatuur (Kirschner, Schneider, Ertel & Gorman, 1988; Millar & Stephens, 1986) verwys word, is beroerte, diabetes, kardiovaskulêre- en ortopediese komplikasies. Op sielkundige vlak verwys Stunkard et al. (1986) na sielkundige stoornisse wat uniek is aan die obese populasie. Hierdie stoornisse kan terug gevoer word na die belewenis van uitermatige sosiale

diskriminasie en vooroordeel (Rodin, Schank, Striegel & Moore, 1989). Hoër vlakke van stres, angs, depressie en 'n verwronge liggaamsbeeld word met die oorgewig-persoon geassosieer (Rodin et al., 1989; Stunkard et al., 1986). In talle gevalle moet hierdie sielkundige las as die grootste negatiewe gevolg van obesiteit beskou word.

'n Bykomende verskynsel ten opsigte van die probleem van oorgewig is die toename in die oorgewigsyfer van die wêreldpopulasie. Oberholzer (1984) beweer dat alreeds een-derde van die Suid-Afrikaanse bevolking oorgewig is. Ten spyte van die toename in die oorgewigsyfer word 'n begrip van die verskynsel bemoeilik deur die magdom teoretiese aannames en teenstrydighede rakende die etiologie, behandeling, en voorkoming daarvan. Ten opsigte van die etiologie van obesiteit besef te min klinici die multi-faktoriale aard van die verskynsel en verklaar hulle dit dikwels slegs vanuit 'n enkele perspektief (Sobal & Stunkard, 1989). Met betrekking tot die behandeling daarvan bestaan daar 'n wye verskeidenheid van benaderings wat chemoterapie, chirurgie, dieetterapie, akupunktuur, fisieke oefening en psigoterapie insluit. Tot op hede is daar egter nog geen sprake van die ideale behandelingsbenadering nie en is die behandeling van hierdie verskynsel ontoereikend. As oplossing stel verskeie klinici onder andere Cochrane en Friesen (1986), Epstein, Wing, Koeske en Valoski (1984) en Foreyt

(1987) eerder 'n kombinasie van tegnieke voor wat in ooreenstemming is met die spesifieke oorsaak van die kliënt se gewigsprobleem.

1.2 VOORKOMS VAN OBESITEIT

Obesiteit is een van die algemeenste voedingkundige probleme van die tydsgewrig waarin ons lewe (Beutler, 1987). By 'n ondersoek na die voorkoms van hierdie verskynsel is dit duidelik dat statistieke in hierdie verband sterk aan die definiëring van die begrippe obesiteit en oorgewig gekoppel is.

Oor die algemeen word obesiteit as 'n oormaat energie, wat in die vorm van vetweefsel geberg word, beskryf (Millar et al. 1987). Oorgewig daarenteen is 'n oormaat liggaamsgewig relatief tot 'n spesifieke standaard vir hoogte (Foreyt, 1987). Lankford en Jacobs-Steward (1986) onderskei tussen hierdie twee begrippe aan die hand van die Liggaamsgewig-indeks (gewig kg / lengte cm x 2) wat 'n meting van ideale liggaamsgewig vir die algemene bevolking verskaf en geassosieer word met minimum mortaliteit. Hiervolgens verwys oorgewig na 'n liggaamsgewig wat meer as 10% bo die ideale gewig is. Obesiteit daarenteen verwys na 'n liggaamsgewig van tussen 15-25% bo die ideale gewig. 'n Liggaamsgewig van tussen 30-100% bo die ideale gewig sal beskryf kon word as

massiewe vetsugtigheid of patologiese obesiteit (Boakes, Popplewell & Burton, 1987). Hiervolgens het die woord oorgewig 'n meer algemene betekenis, terwyl vetsugtigheid en obesiteit die uiterste vorms van oorgewig aandui. Dit is belangrik om daarop te let dat oorgewig nie noodwendig oormatige vetweefsel impliseer nie. Vir doeleindes van hierdie navorsing word die Liggaamsgewig-indeks (gewig kg / lengte cm x 2) gebruik. Hiervolgens word oorgewig beskryf as 'n liggaamsgewig-indeks van tussen 25% en 30% meer en obesiteit as 'n liggaamsmassa-indeks van bokant 30% meer as die ideale gewig.

Met betrekking tot spesifieke voorkomsyfers wys Groothof (1977) en Walker (1978) daarop dat tussen 30% en 40% van die volwasse bevolking van die wêreld oorgewig is. Meer spesifiek wys Foreyt (1987) daarop dat 26% (34 miljoen persone) van die Amerikaanse bevolking oorgewig is. Van hierdie totaal ervaar 12,4 miljoen ernstige oorgewigsprobleme. 'n Vergelykende studie van inwoners van Brittanje, Kanada en die VSA (Millar, 1987) dui daarop dat Brittanje die laagste voorkomssyfer van obesiteit het, naamlik 8% van die totale bevolking. Die Verenigde State met die hoogste algemene voorkomsyfer, se hoogste frekwensie word aangetref in die ouderdomskategorie 45 tot 54 jaar. 'n Vergelyking van hierdie syfers met die van Suid-Afrikaanse studies (De Villiers, Albertse & McLachlan, 1989; Jooste & Steyn, 1989) dui op 'n hoër voorkoms van die

probleem in Suid-Afrika onder die blanke populasie. Volgens die CORIS-studie (Jooste & Steyn, 1989) was 41,9% van die mans en 38,8% van die vroue oorgewig. Hierdie studie is gebaseer op 'n steekproef van 7188 blanke proefpersone in die Kaapprovinsie. In teenstelling hiermee is die syfers vir die sogenaamde kleurling-bevolking 6,1% vir mans en 25,9% vir vroue (Jooste & Steyn, 1989). De Villiers et al. (1989) se voorkomssyfer vir oorgewig onder Zulusprekende vroue is so hoog soos 40%.

Met betrekking tot geslag is die meeste navorsers dit eens dat daar 'n hoër voorkomssyfer onder vroue aangetref word. Afgesien van die onderskeid tussen mans en vroue dui Vener et al. (1982) se navorsing daarop dat 49% van die swart vroulike, Amerikaanse bevolking en slegs 26% van die blanke vroulike bevolking 20% oorgewig is. Vener, Krupka en Gerard (1982) stel die voorkomssyfer vir obesiteit onder Italiaanse vroue, uit die werkersklas, bo die ouderdom van 50 jaar, op ses uit elke tien vroue. Hierdie probleem is egter nie beperk tot die volwasse bevolking alleen nie. Die Britse Mediese Tydskrif (1975) rapporteer dat een-derde van die babas in Brittanje te vet is gedurende hul eerste lewensjaar. 'n Syfer van tussen 20% en 30% word aangetref by adolessente (Huse, Branes, Colligan, Nelson & Palumbo, 1982).

Uit hierdie voorkomsyfers is dit duidelik dat oorgewig ernstige afmetings aanneem. Millar et al. (1987) waag die voorspelling dat die verhoogde tegnologiese vooruitgang in byna alle lande tot 'n toename in die oorgewigsyfer mag lei.

1.3 MOTIVERING VIR DIE STUDIE

Obesiteit is een van die onderwerpe wat oor die afgelope tien jaar intensief bestudeer is. Ten spyte hiervan bestaan daar egter nog heelwat teenstrydighede, asook onsekerhede rakende basiese konsepte, etiologie, diagnose, behandeling en voorkoming. Veral wat behandeling betref, bestaan daar 'n wye verskeidenheid benaderings wat strek van chemoterapie tot psigoterapie. Hondere dieetprogramme word jaarliks bemark en miljoene rande word aan sogenaamde verslankingsmiddels bestee. Voeg hierby die talle oorgewig-persone wat ernstige chirurgiese behandeling ondergaan, asook dié wat honderde ure in gimnasia deurbring en 'n mens kry 'n beeld van die probleem van die oorgewig-persoon. Die mees tragiese sy van die probleem bly egter die feit dat vir talle persone al hierdie pogings vrugteloos is. Die probleem word verder vererger as in ag geneem word dat obesiteit 'n refraktoriese versteuring is met 'n hoë terugvalkoers. In gevalle waar daar wel gewigsverlies was, vind herwinning van verlore gewig in byna 100% van gevalle plaas (Kreitler & Chemerinsky, 1988).

Dit is dan ook rondom hierdie hoë terugvalkoers, na gebruikmaking van bepaalde tegnieke en benaderings, dat die meeste vrae ontstaan. 'n Moontlike verklaring vir hierdie probleem mag die klem wees wat deur die meeste gewigsverliesprogramme op interne faktore geplaas word. Vir hierdie klinici is oorgewig die gevolg van 'n interne metaboliese afwyking, eerder as primêr 'n psigososiale verskynsel. Gevolglik word by die behandeling van obesiteit weinig aandag aan die sielkundige komponent van obesiteit geskenk. In die gevalle waar daar wel aandag aan die sielkundige komponent geskenk is, was gedragsterapie meerendeels die behandelingswyse (Rodin, Elias, Silberstein & Wagner, 1988). 'n Multi-faktoriale model sou egter die aangewese verklaringsmodel kon wees, aangesien eksterne stimuli, sowel as sielkundige faktore in berekening gebring sou kon word.

UNIVERSITY of the

WESTERN CAPE

Wat die aanwending van hipnose betref, is daar in teenstelling met buitelandse navorsing (Cochrane et al., 1986; Wadden & Fluxman, 1981) weinig Suid-Afrikaanse studies met hipnose as primêre fokus by die behandeling van obesiteit. Alhoewel die rookgewoonte, die behandeling van alkoholisme en van gedragsprobleme by jeugdiges binne 'n hipnoterapeutiese raamwerk nagevors is, bestaan daar geen Suid-Afrikaanse navorsing rakende die behandeling van obesiteit binne 'n suiwer hipnoterapeutiese raamwerk nie (Olivier & Hekster, 1989).

Uit die voorafgaande blyk dit dat daar 'n behoefte bestaan aan navorsing rakende die terapeutiese effektiwiteit van hipnose soos toegepas op persone met gewigsprobleme. In die lig hiervan is besluit om die effektiwiteit van self-modifikasie van gedrag en dan veral suiwer hipnoterapie (beide benaderings met 'n sielkundige fokus) op 'n oorgewigpopulasie te toets. Die waarde van hipnoterapie as behandelingsbenadering by obesiteit lê daarin dat dit nie bloot gaan om 'n verminderde voedselinname nie, maar ook om die versterking van motivering vir gewigsverlies, ego-versterking en 'n verbeterde self- en liggaamsbeeld. Hipnoterapie, anders as die meeste ander sielkundige benaderings, het dus 'n wye fokus. Hierdie wye fokus van hipnoterapie beantwoord gevolglik aan die multi-faktoriale etiologie van obesiteit. Die grootste voordeel van hipnoterapie in vergelyking met die ander behandelingsbenaderings, is moontlik ook die verhoogde motivering vir gewigsverlies wat deur hierdie benadering teweeggebring kan word (Heap, 1988). Indien dit die geval is, behoort hipnoterapie 'n betekenisvol laer uitsakkoers te hê in teenstelling met die ander benaderings soos dieetterapie, vas en fisieke oefening.

1.4 INHOUD VAN DIE VERHANDELING

In Hoofstuk Twee word 'n oorsig van bestaande navorsing rakende die etiologie van obesiteit verskaf. 'n Multi-

faktoriale uitgangspunt word gehandhaaf. Hoofstuk Drie handel oor die onderskeie behandelingsbenaderings vir obesiteit, met uitsluiting van hipnoterapie wat in Hoofstuk Vier gedek word. Die aanbieding van die hipnoterapie-literatuuroorsig in 'n aparte hoofstuk, weerspieël die belangrike posisie wat hierdie spesifieke benadering binne die verhandeling inneem.

Hoofstuk Vyf handel oor die metode van ondersoek. Eerstens word 'n duidelike omskrywing van die doelstellings van die ondersoek verskaf. Daarna word die verskillende meetinstrumente wat gebruik is, geëvalueer. Derdens volg 'n bespreking van die psigoterapeutiese tegnieke asook die praktiese prosedures wat by die onderskeie benaderings gevolg is.

In Hoofstuk Ses word die resultate van die huidige ondersoek uiteengesit. Hoofstuk Sewe fokus op die implikasies van hierdie resultate en 'n bespreking van 'n aantal prioriteite vir verdere navorsing en studie. 'n Samevatting van die studie word in die laaste hoofstuk verskaf. Bylaes van die meetinstrumente en behandelingsprogramme word verskaf.

HOOFSTUK 2

LITERATUUROORSIG: ETIOLOGIE VAN OBESITEIT

Die etiologie van obesiteit is kompleks en talle wanopvattinge bestaan daaromtrent. Wat egter heel duidelik blyk uit 'n bestudering van die verskynsel is die multi-dimensionele aard daarvan (Curtis-Prior, 1975; Knittle, 1972; Powers, 1982). Dit is dus moeilik om een faktor as oorsaak uit te sonder; veel eerder is daar van 'n komplekse wisselwerking tussen faktore sprake. Die ou opvatting "die obese persoon is vet omdat hy te veel eet" is onvanpas en beklemtoon slegs 'n enkele faset van die probleem.

Binne die multi-faktoriale etiologie van obesiteit kan biologiese-, psigologiese-, sosiale- en kulturele determinante onderskei word.

2.1 BIOLOGIESE FAKTORE

2.1.1 GENETIESE FAKTORE

Op grond van eksperimentele data verkry by wyse van dierestudies en menslike proefpersone is daar toenemende bewyse dat obesiteit of die tendens om obesiteit te ontwikkel, 'n genetiese komponent het

(Foreyt, 1987; Knittle, 1972; Powers, 1982; Stunkard, Foch & Hrubec, 1986; Vuille & Mellbin, 1979). Hierdie genetiese verklaring vir obesiteit word duidelik deur die volgende twee benaderings onderskryf.

Studies met identiese tweeling verskaf bewyse vir 'n genetiese faktor, aangesien hulle massa meer ooreenstem as dié van gewone broers en susters (Oberholzer, 1984). Daar is ook 'n hoër korrelasie tussen die gewig van monosigotiese tweeling in vergelyking met die van disigotiese tweeling (Stunkard, Foch & Hrubec 1986). Waar monosigotiese tweeling in aparte omgewings grootgeword het, is daar steeds 'n beduidende ooreenkoms in terme van gewig (Börjeson, 1976; Howard, 1981; James & Trayhurn, 1976). Brook (1977) kon bewys lewer dat die velvoutoets, wat 'n meting van onderhuidse vetweefsel verskaf, van identiese tweeling ooreenstem.

'n Tweede benadering wat op die belangrikheid van genetiese faktore dui, is die korrelasie in liggaamsgewig tussen ouers en hul kinders. Aanduidend van 'n genetiese faktor is die bevinding dat tussen 40% en 50% van die kinders wat 'n ouer het wat oorgewig is, gewigsprobleme ondervind (Stunkard et al., 1986). Waar beide ouers oorgewig is, sal 80% van die kinders oorgewigsprobleme ondervind (Daniels, 1984). Dieselfde navorser wys daarop dat

in gesinne waar beide ouers geen oorgewigsprobleme ervaar het nie, minder as 10% van die kinders oorgewigsprobleme ondervind. In aansluiting by hierdie navorsing dui verskeie aannemingstudies op die belangrikheid van genetiese faktore by obesiteit. In die geval van aangenome kinders is daar 'n aansienlike lae korrelasie ($r = 0,01$) met die gewig van hul aanneemouers. (Biron, Mangeau & Bertrant, 1977; Bray, 1978; Fox, 1973; Knittle, 1972; Vuille & Mellbin, 1979; Wilkinson, 1977). Voorts bevind Epstein (1980) dat aangenome kinders van wie die aanneemouers vet is, ook massaprobleme ondervind. Dit is aanduidend van die rol van eksterne faktore, aangesien die gesin dieselfde voedselomgewing deel.

Alhoewel dit dus uit die navorsing blyk dat daar 'n genetiese komponent by die etiologie van obesiteit betrokke mag wees, is dit moeilik om die invloed van omgewingsfaktore totaal uit te skakel. Die relatiewe bydrae van genetiese- en omgewingsfaktore is geensins 'n uitgemaakte saak nie. Die klem word veel eerder geplaas op die wisselwerking tussen hierdie twee faktore - die genetiese komponent verskaf die basis waarop die omgewingsfaktore kan werk. Volgens hierdie opvatting bepaal genetiese faktore die moontlike geneigdheid tot obesiteit. Omgewingsinvloede sal egter bepaal of 'n toestand van obesiteit gaan ontwikkel al dan nie (Bray, 1978; Brook, 1977; Fox, 1973; Stock & Rothwell, 1982). Wat veral van

groot waarde in hierdie verband blyk te wees, is die bevinding dat omgewingsinvloede 'n groter bepalende rol speel by die ontwikkeling van vetweefsel gedurende die vroeë kinderjare, terwyl genetiese faktore 'n groter bydrae lewer by ouer kinders (Brook et al., 1975; Vuille & Mellbin, 1979). Stunkard, et al. (1986) bereken die invloed van omgewing op 15% gedurende adolessensie teenoor 'n syfer van 26% gedurende middel-volwassenheid. Die ooreenstemmende syfer vir genetiese invloed gedurende adolessensie word op tussen 77-88 % bereken. Hierdie bevindinge suggereer dus dat oorgewig onder sterk genetiese beheer staan met omgewingsfaktore as ondergeskik.

2.1.2 ENDOKRINOLOGIESE VERSTEURINGS

Endokrinopatie as etiologiese faktor by obesiteit is seldsaam - tussen 0,5 en 1% van alle gevalle van obesiteit kan aan suiwer endokrinologiese disfunksionering toegeskryf word. (Howard, 1981; Van Itallie & Hashim, 1970). Die treffendste vorme van obesiteit toegeskryf aan endokrinopatie, is Cushing se sindroom en Insulinemia. Lankford & Jacobs-Steward (1986) skryf Cushing se Sindroom toe aan oormatige sekresie van kortikosteroïde deur die byniere wat 'n aansienlike gewigstoename tot gevolg het. Die beginsel onderliggend aan die akkumulاسie van adipeuse weefsel is nie duidelik nie, maar hou heel moontlik verband met die veran-

dering in insuliensekresie wat by hierdie persone voorkom. Die presiese uitwerking van 'n veranderde insuliensekresie kom duidelik na vore by Insulinemia, wat gekenmerk word deur 'n verhoogde insulien-bloedvlak. Hierdie verhoogde insulienvlak is die direkte gevolg van defektiewe weefselresponsiwiteit vir insulien (Frawley, 1984). Aangesien glukose-metabolisme beïnvloed word, ontstaan hiperfagie en 'n afname in die omsetting van adipeuse selle in vrye vetselle wat deur die liggaam opgeneem kan word. Vetweefsel word dus nie afgebreek nie en gevolglik akkumuleer dit.

Ander vetsugsindrome wat blyk 'n endokrinologiese oorsaak te hê, is Prader-Willi-sindroom (gekenmerk deur hipergonadisme), Laurence-Moon-Bardet-Beidl-sindroom en Downsindroom (Court, 1977; Frawley, 1984; Neiman, 1977; Vener, Krupka & Gerard, 1982). Daniels (1984) wys daarop dat aldrie hierdie sindrome 'n sterk genetiese onderbou het.

2.1.3 NEUROLOGIESE FAKTORE

Neurologiese oorsake van obesiteit word meestal aan hipotalamiese versteurings gekoppel. Hierdie verband word gegrond op die feit dat die hipotalamus, en meer spesifiek die ventromediale gedeelte, verantwoordelik is vir die regulering van kaloriebalans en liggaamsvet (Bray, 1978; Glass, Buman, Dahms & Boekm, 1981). Tradisioneel staan

hierdie gedeelte bekend as die versadigingsentrum in die brein (Bray, 1978; Copeland & Copeland, 1981; Mazansky, 1975; Reich et al., 1979; Wied, 1979). Destruktiewe letselvorming van hierdie ventromediale gedeelte by rotte lei tot hiperfagie met gevolglike obesiteit (Sakaguchi, Arase & Bray, 1987). Hipotalamiese obesiteit by die mens kom voor onder 'n wye verskeidenheid van toestande. Die belangrikste faktore wat 'n rol speel, is interkraniale druk en neurologiese versteurings soos konvulsies en slaapsug.

Lankford en Jacobs-Steward (1986) verklaar die funksionering van die hipotalamus aan die hand van drie teorieë, naamlik die glukostatiese, lipostatiese en die vastepunt-teorie. Volgens die glukostatiese teorie monitor die hipotalamus die bloed-glukose vlak; 'n verlaagde vlak het 'n hongerte sensasie tot gevolg, terwyl 'n hoë bloed-glukose vlak 'n versadigingsensasie tot gevolg het. Daar bestaan dus 'n inverse (omgekeerde) verhouding tussen bloed-glukose en honger.

Die lipostatiese teorie gaan van die veronderstelling uit dat die adipeuse weefsel seine na die brein uitstuur sodra dit versadig is. Die teenoorgestelde is ook van toepassing, naamlik dat 'n honger-sensasie ontstaan sodra die vetinhoud van die adipeuse weefsel afneem. Dit is vanselfsprekend dat hierdie meganisme langtermyn-regulering behels, aangesien die

inhoud van adipeuse weefsel stadig verander.

'n Derde verklaringswyse, die vastepunt-teorie, gaan van die veronderstelling uit dat elke persoon 'n vaste gewig het, wat biologies geprogrammeer is (Daniels, 1984). Die onderliggende beginsel van hierdie teorie is dat die liggaam enige verandering van die vaste gewig sal teenwerk. Die vastepunt fungeer dus as 'n termostaat wat die liggaamsgewig konstant hou. Met 'n afname of toename in gewig sal die liggaam vanself na die biologies- geprogrammeerde gewig terugkeer. In hierdie opsig merk Brownell (1982) op dat die persoon wat 'n dieet volg gedurig in 'n stryd met die vastepunt gewikkel is. Die gevolgtrekking is dus dat gewigsverlies baie moeiliker is as wat gemeen word. Voorts wys Lankford en Jacobs-Steward (1986) daarop dat persone wat wel gewig verloor, in wese nie adipeuse weefsel nie, maar liggaamsweefsel verloor.

In teenstelling met hierdie hipotalamiese teorie postuleer Ziegler (1976) dat die trigeminale senuwee, en nie die hipotalamus nie, verantwoordelik is vir die regulering van honger en voedselinname. Voorts is daar ook geen verklaring vir obesiteit in die afwesigheid van enige letsels aan die ventromediale gedeelte van die hipotalamus nie. Afgesien van obesiteit wat toegeskryf kan word aan die beskadiging van die hipotalamus, maak Gugerheim (1977) ook melding van twee

verdere vorme van neurologiese vetsug, naamlik: die Kleine-Levin-sindroom en 'n sindroom waar pre-okkupasie met voedsel saamhang met elektroënkefalografiese abnormaliteit. Betreklik min is egter van hierdie verskynsels bekend.

2.2 SIELKUNDIGE PERSPEKTIEWE

Gedurende die laaste paar dekades was daar 'n toename in pogings tot begrip vir die rol wat sielkundige faktore by die etiologie van obesiteit speel. Bewys vir die rol van psigogene faktore in obesiteit is gebaseer op navorsing met oorgewig-pasiënte in die proses van psigoterapie. In die soeke na 'n sielkundige grondslag van obesiteit word klem gelê op spesifieke faktore in die omgewing, gesinsgeskiedenis, persoonlikheidsstruktuur, interpersoonlike verhoudings en die onbewuste van die oorgewig-persoon. Die hieropvolgende gedeeltes bied 'n oorsig en evaluasie van sommige van die sielkundige faktore. Die aanbieding daarvan geskied aan die hand van spesifieke sielkundige teorieë en begrippe.

2.2.1 DIE SIELKUNDE VAN HONGER

Aangesien oorgewig in baie gevalle 'n aanduiding van die graad van ooreet is, is dit duidelik dat honger en aptyt sleutel terme by die ontwikkeling van obesiteit is.

Alhoewel die begrippe honger en aptyt as verwante begrippe gebruik word, is dit in wese twee geheel en al verskillende konsepte. Bruch (1981) sien die begrip honger as bestaande uit twee komponente, naamlik: 'n fisiologiese toestand van voedselontbering, wat onder andere deur kontraksies van die maag gekenmerk word; en 'n sielkundige ervaring, die komplekse, dwingende sensasie wat met voedselontbering gepaard gaan. Alfred (1951) en Cannon (1963) beskryf hierdie sielkundige komponent van honger as 'n aangebore motiveringsfaktor om voedsel te verkry.

Waar honger as onaangenaam ervaar word, is aptyt 'n aangename sielkundige begeerte om voedsel, gebaseer op die soeke na verligting van die hongersensasie (Reichsman, 1972). Bigsby en Muniz (1962) beklemtoon die aangeleerde aard van aptyt en beskryf dit as 'n hoogs gekondisioneerde respons wat deur visuele, auditiewe, kognitiewe en olfaktoriese stimuli ontlok word. Oor die algemeen word aanvaar dat honger gepaardgaan met die voorkoms van aptyt, terwyl aptyt egter mag voorkom in die afwesigheid van honger, selfs al is die maag gevul. Met hierdie feit in gedagte is dit dus duidelik dat aptyt die primêre bepalende faktor by ons eetgewoontes en afwykende eetpatrone is. Die oorgewigpersoon eet dus nie omdat hy honger is nie, maar reageer op eksterne aanduiders. Belangrik is dat aptyt belangriker geag word as honger as primêre motiveringsfaktor vir soverre dit

die verkryging van voedsel aangaan (Alfred, 1951; Reichsman, 1972).

Stunkard (1959) onderskei drie afwykende eetpatrone wat met honger en aptyt verband hou, te wete:

- (i) nag-eet-sindroom : Word gekenmerk deur hiperfagie, insomnia en oggend-anoreksie. Hierdie eetverskynsel kom voor tydens tye van spanning en verdwyn as die spanning verminder. Oor die algemeen vind dit elke nag plaas.
- (ii) reaktiewe vetsug ("binge-eating"): kom ook tydens oormatige spanning voor en word gekenmerk deur die inname van groot hoeveelhede voedsel binne 'n kort tydsbestek. Die inname van voedsel word gewoonlik gestaak deurdat die persoon aan die slaap raak of vomering induseer (Powers, 1982). Minder as 5% van die oorgewig-populasie word binne hierdie kategorie aangetref (Gold, 1976).
- (iii) eet- sonder- versadiging: Soos die naam aandui, vind die persoon dit moeilik om op te hou eet sodra hy eers begin het. Groot hoeveelhede voedsel word ingeneem tydens die totale afwesigheid van honger, 'n aptyt of spanning.

Aanvullend tot hierdie indeling beklemtoon Green en Harry (1981) die verband tussen honger en aptyt aan die een kant en

endokrinopatie aan die anderkant. Dit gaan in wese om 'n wisselwerking tussen sielkundige ,fisiologiese en endokrinologiese faktore. Hierdie wisselwerking is weer eens 'n weerspieëling van die multi-dimensionele etiologie van obesiteit.

2.2.2 DIE PSIGODINAMIESE PERSPEKTIEF

2.2.2.1 DIE FREUDIAANSE TEORIE VAN OBESITEIT

Volgens die Freudiaanse formulering is die drie openinge van die liggaam; die mond, anus en die genitalië die primêre oorsprong van libido. Elk van hierdie dele van die liggaam word op 'n bepaalde stadium gedurende die ontwikkelingsgang van die persoon die primêre lokus van seksuele genot. Gedurende die eerste lewensjaar is die mond die hoof sensoriese modaliteit. Vir die pasgeborene is dit die alles-absorberende orgaan van plesier ; deur sy mond maak hy kontak met sy eerste objek van libido, die moederbors. Die bors van die moeder is die primale objek, met ander woorde dit, is die eerste objek binne die verhouding met die moeder (Klein,1957).

Aangesien die baba se kontak met die moeder grootliks rondom die voedingservaring sentreer, assosieer die baba voedsel met moederlike versorging en liefde, aldus Slochower (1983). 'n Orale simbiose ontstaan wat geleidelik versterk tot 'n intense

emosionele verhouding tussen moeder en kind. In die normale verloop van ontwikkeling beweeg die libido vanaf die orale en anale erotogeniese sones tot dit gevestig raak op die genitale sones. Fiksasie by of regressie tot die orale of anale area is egter nie uitgesluit nie, sodat die orale of anale area dan die primêre bron van plesier word.

Freudiaanse teorie sien die onderliggende psigopatologie van obesiteit in terme van hierdie orale fiksasie; dit wil sê die behoefte vir orale gratifikasie word nie maklik laat vaar nie. Die individu ervaar 'n onbewuste drang om die bevrediging wat met voedselinname gedurende die eerste lewensjaar gepaard gegaan het, te herleef. Veral tydens periodes van spanning probeer die oorgewig-persoon gemak en sekuriteit verkry deur hom na voedsel te wend. Hierdie opvatting impliseer dat ooreet 'n onbewuste meganisme vir die verligting van spanning of angs is. Kaplan (1980) se navorsing dui verder daarop dat die oorgewig-persoon slegs eet in respons op angs wat hy of sy nie kan beheer nie of waarvan hy of sy die oorsprong nie kan bepaal nie.

2.2.2.2 POST-FREUDIAANSE PSIGOANALITIESE TEORIE

Volgens die Post-Freudiaanse psigoanalitiese benadering ontwikkel orale fiksasie by persone wie se behoefte aan liefde nie deur hul ouers gedurende die kinderjare bevredig is

nie. Oorbeskerming van die kind, sonder die nodige erkenning van die kind se ware behoeftes, kom voor. Vir hierdie persone was die voedingservaring aangenaam, maar die res van hul lewe onaangenaam en gekenmerk deur afhanklikheid en verwerping deur die ouers (Slochower, 1983). Reeds vroeg in sy lewe stel die kind voedsel gelyk aan liefde - voedsel is liefde. Die "ware honger" van die kind word verwaarloos en dit word vir hom onmoontlik om akkuraat tussen honger en emosionele toestande te differensieer. Emosionele onsteltenis word verwar met honger en die persoon reageer op spanning deur hom te ooreet.

Die Kompulsiewe-Neurotiese Model van Buchanan (Ingram, 1976) beskou obesiteit as 'n alomvattende oplossing vir neurotiese konflikte. Hiervolgens sou slegs psigoanalities-georiënteerde terapie suksesvol aangewend kan word, aangesien die pasiënt die onbewuste konflikte wat verband hou met sy kompulsie moet deurwerk (Flaks, 1976). Vanuit 'n instink-psigoanalitiese oriëntasie postuleer Bychowski (Flaks, 1976; Ingram, 1976) dat konflikte rakende eetgewoontes teruggevoer moet word na orale aggressie en die wens om ambivalente ouerfigure te inkorporeer. Byvoorbeeld die vrees vir moederlike vergelding by vroue word deur middel van kastrasie met slankheid geassosieer.

Die psigoanalitiese benadering se waarde lê daarin dat dit ons perspektief fokus op voedsel as 'n verligter van spanning, veral tydens konflikbelewenis. Besondere klem word op vroeë, interne ervarings geplaas. Een van die belangrikste besware teen hierdie benadering is die gebrek aan wetenskaplike bewyse vir die gepostuleerde verband tussen verhoogde spanningsdruk en verhoogde voedselinname.

2.2.3 PERSOONLIKHEIDSFAKTORE EN OBESITEIT: (Die spesifieke versus nie-spesifieke benadering tot obesiteit.)

2.2.3.1 DIE SPESIFIEKE BENADERING TOT OBESITEIT

Deur die eeue heen was klinici, skrywers en die leek geneig om aan die oorgewig-persoon bepaalde persoonlikheidskenmerke te koppel. 'n Eerste poging tot wetenskaplike klassifikasie op grond van persoonlikheidstrekke, kom met die werk van Kretschmer en Sheldon (Louw, 1989). Weens die kunsmatige aard van hierdie tipologiese kategorieë was die waarde van hierdie benadering beperk.

Sonder wetenskaplike gronde daarvoor, word die oorgewig persoon gesien as joviaal, prettig en opgewek. Uit die literatuur (Flaks, 1976; McReynolds, 1982) blyk dit egter dat hierdie opvatting van die oorgewig-persoon as tevrede en

gelukkig met sy vetsugtigheid heroorweeg moet word. Die vetsugtige se beeld na buite as opgewek en gelukkig, is dikwels 'n blote dekmantel vir diepgewortelde, onderdrukte gevoelens van minderwaardigheid en ontoereikendheid. Die navorsing van Held en Snow (1972) ondersteun so 'n standpunt.

By 'n vergelyking van Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)-profiele van obese en nie-obese adolessente, bevind hierdie navorsers dat obese persone hoër tellings behaal op die depressie-, psigostenie- en skisofrenieskale.

In 'n latere studie bevestig Pomaritz, Greenberg en Blackburn (1977) hierdie hoër depressie- tellings van obese persone met behulp van die MMPI. Hierdie navorsers gaan verder deur die hoër tellings op die Manlikheid-vroulikheid-skaal by beide geslagte te koppel aan passiwiteit, afhanklikheid en 'n gebrek aan aggressie. Ten opsigte van lokus van beheer kon tellings op Rotter se Interne - eksterne Lokus van beheer-skaal nie beduidend tussen obese en nie-obese persone onderskei nie. Daar was egter 'n neiging onder obese persone om 'n groter persepsie van eksterne lokus van beheer te hê. Vanuit 'n psigoneurotiese en psigosomatiese raamwerk, sien McReynolds (1982) obesiteit as die somatiese ekspressie van spesifieke persoonlikheidstrekke, te wete: passiwiteit, emosionele frustrasie, 'n sterk behoefte aan liefde en swak self-handhawingsvermoëns. Op fisiologiese vlak is dit die ekspressie van angs en depressie.

Flaks (1976) se studie van obese pasiënte het gelei tot die ontstaan van wat hy noem, die Obesiteitsprofiel. Hierdie profiel is volgens Flaks (1976) 'n beskrywing van dit wat die populasie van oorgewig-persone in gemeen het. Dit dui die volgende aan:

- i. 'n Obsessiewe preokupasie met voedsel. Obese persone fantaseer oor voedsel, onthou sosiale gebeure in terme van die voedsel wat by die geleentheid bedien was en is behep met diëte.
- ii. Kompulsiewe eetgewoontes is slegs een van hul talle orale aktiwiteite. Gewoonlik is sigaret-rook of oormatige gebruik van alkohol ook teenwoordig.
- iii. Vervreemding van die ware self en 'n onvermoë tot outonome funksionering en onafhanklikheid.

2.2.3.2 'N TENTATIEWE PERSOONLIKHEIDSBEELD VAN DIE OORGEWIG PERSOON

Op grond van die bestudeerde literatuur kan die volgende tentatiewe persoonlikheidsbeeld van die oorgewig persoon saamgestel word. Hierdie persoonlikheidsbeeld behoort gesien te word as tiperend van die gemiddelde neiging van die persoon wat aan obesiteit ly.

- (i) **Intelligensie:** Hammer et al. (1972) postuleer dat die hoë angsgesvoel wat die oorgewig-adolesent beleef, 'n

nadelige uitwerking op sy verbale redeneringsvermoëhet. Hierdie aanname word gebaseer op die feit dat kinders van normale gewig beter presteer op die verbale vlak van die SRA-Intelligensie - skaal . Nel (1976) sluit hierby aan as sy beweer dat die intellektuele potensiaal van oorgewig-adolesente nie ten volle benut word nie. Die rede hiervoor skryf sy toe aan die oormatige besteding van soveel energie aan innerlike konflikte, frustrasie en angs.

- (ii) **Passiwiteit:** Talle navorsers (Flaks, 1976; Held & Snow, 1972; Nel, 1976; Pine, 1983) is dit eens dat oorgewig-persone fisiek en psigies meer passief is en 'n gebrek aan selfgelding openbaar.
- (iii) **Emosionele belewinge:** Kaplan en Kaplan (Slochower, 1983) beskryf die oorgewig-persoon as 'n emosioneel-versteurde persoon. Die oorgewig-persoon toon 'n gebrek aan egosterkte - hulle soek gedurig simpatie en vind dit moeilik om hul eie kragte in te span. Aanvullend hierby is 'n sterk skuldgevoel en hipersensitiwiteit vir kritiek. Die belangrikste bly egter die teenwoordigheid van 'n hoë vlak van spanning en angs - eet word die spanningsverligter by uitstek.
- (iv) **Die self- en liggaamsbeeld:** Volgens Nel (1976) het oorgewig-adolesente meisies nie slegs dikwels 'n negatiewe selfbeeld nie, maar ook soms 'n verwarde liggaamsbeeld. By die oorgewig-persoon is 'n

afkeurende houding teenoor sy liggaam dikwels teenwoordig. Die feit dat daar 'n groot verskil tussen die sosiaal aanvaarde, estetiese norme vir liggaamsbou en die vet persoon se liggaamsgewig bestaan, vorm die grondslag van hierdie afkeurende houding. Volgens Hooker en Convisser (1983) is daar 'n splitsing in 'n verstand-liggaam digotomie. Hiervolgens sien die oorgewig-persoon sy liggaam as apart van sy persoon. Selfbewustheid en wanopvattinge van hoe andere hul ervaar, versterk hierdie versteurde liggaamsbeeld. Hul versteurde self- en liggaamsbeeld mag lei tot 'n beheptheid met die liggaam wat aanleiding mag gee tot hipokondriese simptome, depressie, selfliefde en passiwiteit. Ontkenning en repressie is algemene verdedigingsmeganismes.

- (v) **Geslagsrolidentifikasie en seksualiteit:** Lefley (1971) wys daarop dat die ontkenning van vroulikheid en die teenwoordigheid van verwardheid in geslagsrolidentifikasie as belangrike psigodinamiese aspekte by die oorgewig-vrou beskou moet word. Hy teoretiseer dat die oorgewig-persoon hom-/haarself nie as manlik of vroulik ervaar nie, maar as beide, dit wil sê as die Griekse derde geslag: 'n man en 'n vrou. Soms beleef die oorgewig-vrou haarself as groot, sterk en manlik met 'n ontkenning van haar innerlike vroulikheid. In wese rebelleer die oorgewig

vroulike persoon teen haar vroulikheid. Hierdie beleving van haarself as 'n groot, kragtige persoon mag 'n moontlike identifikasie met die vaderfiguur wees. As 'n beskermingsmeganisme kan sy haar oorgewig aanwend om afstootlik en lelik vir die teenoorgestelde geslag voor te kom om sodoende kompetisie met ander vroue te vermy (Hooker & Convisser, 1983). Eet word dan die wyse van bevrediging van haar seksuele behoeftes.

Slotbeskouing

Met inagneming van bogenoemde bevindinge is dit duidelik dat gewigsverlies nie sonder psigoterapie kan geskied nie. Die grootste probleem met die spesifieke benadering is die kousaliteitskwessie: is die obese persoonlikheid die oorsaak of die gevolg van obesiteit?

2.2.3.3 DIE NIE-SPESIFIEKE BENADERING TOT OBESITEIT

In teenstelling met die spesifieke benadering, gaan die nie-spesifieke benadering van die veronderstelling uit dat daar nie so iets soos 'n obese persoonlikheid bestaan nie.

'n Studie wat duidelik die nie-spesifieke benadering ondersteun, is dié van Pine (1983). Resultate van hierdie studie dui op die afwesigheid van 'n verband tussen obesiteit

en psigopatologie, soos gemeet met die Mini-Mult, 'n aangepaste weergawe van die volskaal-MMPI. Ook Leon en Roth (1977) wys daarop dat dit wil voorkom asof daar baie min karaktertrekke is wat uniek aan die obese persoon is. Die studie van McCall (1974) kon nie daarin slaag om 'n verskil in MMPI - tellings tussen normale gewig- en obese vroue te bewys nie. McReynolds (1982) se bevinding is dat obese persone sielkundig net so goed en selfs beter funksioneer as vergelykbare nie-obese persone.

Uit hierdie navorsing blyk dit dus duidelik dat die obese persoon nie noodwendig 'n bepaalde persoonlikheidsamestelling het wat betekenisvol van die nie- obese persoon verskil nie. In gevalle waar daar wel versteurings in die persoonlikheid van die obese persoon aangetref word, is hierdie stoornisse nie noodwendig oorsaaklike faktore nie (MacReynolds, 1982).

Ten spyte van hierdie teenstrydige aannames, dui die mees onlangse navorsingsbevindinge (Cairella, 1987) daarop dat daar wel spesifieke persoonlikheidstreke is wat die individu predisponeer tot, of die gevolg is, van obesiteit. Hierdie navorsing steun die uitspraak van Simon (1963) dat daar 'n onlosmaaklike verband tussen 'n persoon se persoonlikheid en sy oorgewigsprobleem bestaan.

2.2.4 GESINSDINAMIKA

Die bestudering van gesinsinvloede op oorgewig fokus meerendeels op daardie obesigene faktore binne die gesin wat bydra tot die ontstaan van obesiteit.

Oor die algemeen word die obesigene gesinsomgewing beskou as gedomineer deur 'n sterk moederfiguur wat oorbeskermend en toegeeflik, dog koud is. In teenstelling hiermee, is die vader swak, ondergeskik en nie by magte om positiewe leiding aan die obese kind te verskaf nie (Bruch, 1981; Gluckman, 1972; Grotepass, 1972). 'n Direkte uitvloeiing van hierdie oorbeskerming van die moeder is 'n oorreaksie op elke behoefte van die kind met gevolglik onder andere oorvoeding. Die kind word nooit toegelaat om die hongersensasie te ervaar nie en verwar die hongersensasie met ander behoeftes soos vrees, woede, ang, en ongemak. Voedsel word dus 'n substituuat vir meer basiese emosionele behoeftes (Copeland & Copeland, 1981; Humphrey, 1986). Vanweë die feit dat die ouers die kind se behoeftes antisipeer, leer hy nooit die betekenis van die stimulus van binne sy liggaam aan nie. Daar vind 'n klemverskuiwing na eksterne aanduiders plaas. Die volwasse, obese persoon regresseer terug na hierdie manier van spanningshantering en wend hom na voedsel ten tye van ang en spanning.

'n Verdere uitstaande patogeniese faktor by hierdie gesinne blyk die ouers se strewe na die verwesenliking van hul eie ambisies deur hul kind(ers) te wees. By die oordra van hierdie verwagtinge word minder aandag gegee aan die kind se unieke, individuele behoeftes. Die houding teenoor die kind word gekenmerk deur oorbeskerming en die aanmoediging van afhanklikheid van die ouers. Die kind se behoeftes word dus ondergeskik gestel aan dié van die ouers - sy rol is om sy ouers se behoeftes te vervul. Hierdie proses ontmoedig die ontwikkeling van eie inisiatief en onafhanklikheid omdat die kind nie leer om sy eie ervarings te interpreteer of sy eie wense en doelwitte te definieer nie. Dit lei tot passiwiteit, swak wilskrag, afhanklikheid en 'n onvermoë om verantwoordelikheid te aanvaar (Bruch, 1981; Oberholzer 1984). Basies gaan dit dus daarom dat die kind geen kontrole oor homself, sy liggaam en sy gevoelens het nie. Sy hele lewe is onder eksterne sosiale beheer en alle pogings tot innerlike kontrole en 'n onafhanklike identiteit misluk. Omdat die inname van voedsel een van die weinige dinge is waaroor hulle beheer het, mag hierdie kinders hulself ooreet.

Richarby (1981) meen dat om vet te wees 'n spesiale rol is wat deur die individu opgeneem of ondersteun word. Die funksie van hierdie rolle sien Copeland en Copeland (1981) en Richarby (1981) as die handhawing van die ekwilibrium binne 'n versteurde of disfunksionele gesin. Voorbeelde hiervan is:

- Die adolessent wat sy obesiteit as 'n fokuspunt gebruik om aandag af te trek van spanningsvolle gesinskonflik.
- As 'n manier om persoonlike aandag van diëetkundige-, verpleegkundige- en psigiatriese personeel te verkry.
- As 'n teken dat daar goed vir die gesin gesorg word.
- As deel van 'n gesinsfantasie byvoorbeeld dat die gesin welgesteld is en baie voedsel kan bekostig.
- Identifisering van die kind met 'n ander persoon wat oorgewig is.

Al hierdie feite in ag geneem, is dit duidelik dat die uitsluiting van die gesinsperspektief vir 'n verklaring van die etiologie van obesiteit tot 'n onvolledige beeld aanleiding kan gee. Gesinsdinamika behoort 'n integrale deel te vorm, nie slegs van die verklaring nie, maar ook vir die intervensie van obesiteit.

2.2.5 SOSIALE LEERTEORETIESE PERSPEKTIEF

Tesame met die ontwikkeling van behaviorisme as 'n afgebakende, sielkundige denkrigting, kry ons ook by dié benadering 'n soeke na 'n grondslag vir die verklaring van obesiteit. Dit gaan vir die behaviorisme verder as slegs die aanbied van 'n verklaringsmodel vir obesiteit. Daar word ook

gefokus op meganismes vir die verandering van afwykende eetpatrone en die aanleer van nuwe eetgewoontes.

Die behavioristiese model postuleer dat aspekte soos gevoelens, denke, idees, ensovoorts die grondslag van gedrag vorm. Simbolies voorgestel sien hierdie behavioristiese model soos volg daaruit (Stuart & Davis, 1972):

GEDRAG	GEVOLGE	DENKE/GEVOELENS
oormatige voedsel inname- geen fisiese oefening	gewigstoename, verlies aan mobiliteit sosiale verwerping	lae selfwaarde, depressiwiteit

Die kern van die behavioristiese benadering tot obesiteit is die opvatting dat die individuele eetgewoontes onder situasionele beheer is. Volgens leerteoretiese beginsels word eetgewoontes gekondisioneer aan 'n wye reeks omgewingstimuli (Coleman, Butcher & Carlson, 1980; Schacter, 1971). In vergelyking met persone van normale gewig is die oorgewig-persoon aan meer aanduiders gekondisioneer. Angs, verveling, sosiale druk, beskikbaarheid van voedsel en sosiale motivering mag almal tot eetgedrag lei. Om te eet as 'n reaksie op hierdie aanduiders, word versterk omdat die smaak van die voedsel aangenaam is en die persoon se gevoelens van angs daardeur verlig word. Fisiologiese honger speel dus

geen rol by die eetpatrone nie en die individu skenk ook nie aandag aan versadigingsaanduiders nie (Powers, 1982; Reichsman, 1972; Slochower, 1983). Aan die ander kant word fisieke aktiwiteite, omdat dit vir die oorgewig-persoon aversief is, tot die minimum beperk en sodoende neem die oorgewigprobleem toe.

Volgens die eksternaliteitsteorie van Schacter en Rodin (Schacter, 1971) is die volgende veranderlikes, wat onder situasionele beheer is, die belangrikste wat eetpatrone beïnvloed (Reichman, 1972; Schacter, 1971).

(i) Waargenome tyd as 'n aanduider om te eet: Navorsing deur Schacter (1971) dui daarop dat die hongersensasies van die oorgewig-proefpersone beïnvloed word deur waargenome tyd eerder as interne aanduiders (fisiologiese toestand). Die oorgewig-persoon dink dat dit tyd is vir hom om te eet; daarom ervaar hy 'n hongersensasie.

(ii) Die beskikbaarheid van voedsel: In sterke assosiasie met tyd is aanduiders soos die beskikbaarheid of reuk van voedsel en die waarneming van ander persone wat eet (Johnson, 1974; Reichman, 1972). Op grond van hul navorsing stel Goldman, Jaffa en Schacter (1968) voor dat die stereotipering van die oorgewig-persoon as 'n mens wat gedurig aan kos dink, verwerp moet word. Veel eerder moet aangeneem word

dat die oorgewig-persoon, in teenstelling met sy slanker eweknie meer aan voedsel dink slegs as voedselaanduiders teenwoordig is. Die visuele waarneming van voedsel oefen 'n groter invloed uit op die obese persoon as wat die geval is met sy nie-obese eweknie. Die implikasie hiervan sover dit die etiologie van obesiteit aangaan, is dat die obese persoon nie sal ophou met eet voordat sy bord leeg is nie. Dit is dan ook so dat in sekere sektore van ons samelewing waar 'n oorvloed aan voedsel is, die obese-persoon onder geweldige druk kom. Volgens Hodgson en Miller (1982) veroorsaak die blote waarneming van voedsel, insulienafskieding met 'n gevolglike hongersensasie. Die sielkundige begeerte sit dus 'n liggaamsreaksie aan die gang wat 'n fisiologiese drang vir voedsel tot gevolg het.

(iii) Smaak van voedsel: Die smaak van voedsel as 'n eksterne kenmerk het 'n veel groter invloed op die eetgewoontes van oorgewig-persone as die fisiologiese toestand van honger (Nisbet, 1968; Nisbet, 1972; Reichman, 1972). 'n Interessante, maar onopgeloste kwessie is die onderlinge betrekking tussen die leerteoretiese benadering en die psigodinamiese perspektief ten opsigte van internaliteit en eksternaliteit. Laasgenoemde benadering, met die klem op die interne toestand van die persoon (Slochower, 1983) staan in direkte teenstelling met die

eksternaliteitshipotese. Aangesien die leerteoretiese benadering op die effek van omgewingstimuli fokus en aanvoer dat die oorgewig-persoon nie op interne stimuli reageer nie, staan dit dus in direkte kontras met die psigodinamiese benadering wat die interne stimuli beklemtoon. McKenna (1972) se bevindinge dui egter daarop dat die psigodinamiese- en eksternaliteitshipoteses twee prosesse wat mekaar aanvul, mag verteenwoordig. Hiervolgens is dit moontlik dat oormatige voedselinname by die oorgewig-groep op sy hoogste is wanneer beide faktore (hoë angs en betekenisvolle voedselaanduiders) teenwoordig is. Ter ondersteuning van hierdie gesigspunt dui die navorsing van Kaplan en Kaplan (1957) en Slochower (1983) daarop dat angs die oorgewig-persoon se responsiwiteit vir eksterne aanduiders mag verhoog.

2.2.6 PSIGOSOMATIESE KONSEP VAN OBESITEIT

Omdat daar in die geval van obesiteit so 'n noue interaksie tussen emosionele en fisiologiese prosesse is, beskou Flaks (1976) obesiteit as 'n baie prominente psigosomatiese stoornis. Flaks (1976) beskryf obesiteit etiologies, klinies en terapeuties as 'n psigosomatiese stoornis.

Onderliggend aan die psigosomatiese benadering tot obesiteit is die aanname dat ooreet 'n aangeleerde respons is wat met angsvermindering geassosieer word, (McKenna, 1972; Rudermann, 1983). Die navorsingsbevindinge van Schacter (1971) bevestig dat die inname van voedsel wel spanning verminder. In hul studie waar 'n vergelyking tussen obese en persone van normale gewig getref is, toon Abrahamson en Wunderlich (1972) aan dat die obese persoon meer reaktief op angs reageer. Hierdie gedragpatroon het volgens Kaplan en Kaplan (1957) sy oorsprong gedurende die kinderjare. Sodra die volwasse persoon dus later in sy lewe aan angs onderworpe is, val hy terug op die respons (eet) wat in die verlede ontstaan het. Hierdie manier van angsvermindering is egter die begin van 'n siklus van obesiteit, meer angs en voortgesette ooreet.

UNIVERSITY of the

'n Belangrike element van die psigosomatiese teorie van obesiteit is die hipotese dat die angs wat tot oormatige voedselinname lei, vryvloeiend is en oor die algemeen nie aan 'n duidelike oorsaak of bron toegeskryf kan word nie (Slochower & Kaplan, 1980). In teenstelling hiermee word by die eksperimentele toetsing (navorsing) van die psigosomatiese benadering gebruik gemaak van angs wat dit vir die proefpersoon moontlik maak om die bron daarvan te bepaal. Binne die laboratorium-opset is dit vir die persoon moontlik om sy angs in verband te bring met 'n bron

soos elektriese skok of die prik van 'n naald. In hierdie verband is dit dus duidelik dat die teenstrydige navorsingsbevindinge binne die psigosomatiese raamwerk grootliks toegeskryf kan word aan die feit dat tydens navorsingsingrepe die bron van die angs bepaal kan word. Wat ookal die oorsaak van hierdie angs blyk te wees, is dit duidelik dat daar 'n behoefte bestaan aan nouer samewerking tussen sielkundige en mediese wetenskaplikes sover dit etiologie van obesiteit aangaan.

2.3 SOSIOKULTURELE PERSPEKTIEWE

2.3.1 SOSIALE KLAS

Die verband tussen obesiteit en sosiale klasgroepering is paradoksaal in die sin dat daar 'n hoër voorkoms van obesiteit (tot nege keer meer in die geval van vroue) onder die laer as die hoër sosio-ekonomiese klasse aangetref word. Die aanvaarde aanname sou wees dat, aangesien die hoër klas dit kan bekostig om meer voedsel te koop, hulle 'n hoër voorkomssyfer van obesiteit sou hê. Silverstone (1982) wys daarop dat die voorkomssyfer vir obesiteit by die laer klasse in die Vereenigde State van Amerika ongeveer 50% is, teenoor die 20% onder die hoër sosio-ekonomiese klasse. Ter aansluiting hierby bevind Sobal en Stunkard (1989) dat obesiteit sewe maal meer voorkom onder die laer sosio-

ekonomiese groepe as by die hoër ekonomiese groepe.

Die rede vir hierdie verskynsel word gegrond op die feit dat die meer welgestelde gesinne dit kan bekostig om die meer gesonde en duurder voedselsoorte, noodsaaklik vir 'n slanke figuur, te koop. In die geval van die laer klasse vorm goedkoper, styselryker voedsel die stapelvoedsel en is daar 'n gebrek aan kennis van gebalanseerde voeding (Cook et al. 1973; Jacoby, Altman, Cook, Holland & Eliot, 1975). Power en Maynihan (1988) wys ook daarop dat vir die laer sosio-ekonomiese groepe, oorgewig 'n laer gesondheidsprioriteit is. Voorts is die voorkoms van obesiteit so hoog by die laer sosiale groepe dat dit as gewoon en aanvaarbaar aanvoel word. In die professionele groepe is 'n slanke vrou 'n aanwinst vir haar man se beeld as professionele persoon.

Etniese groepering speel skynbaar ook 'n belangrike rol by obesiteit. Vanweë die feit dat rasseverskille dikwels nou verweef is met sosio-ekonomiese klasgroepering is dit moeilik om die presiese invloed van ras te bepaal. In hierdie verband kan egter wel aangetoon word dat meer swartes as blankes in Suid Afrika gewigsprobleme ondervind (Flaks, 1976). In terme van nasionaliteit wys Osankova (1976) daarop dat persone van Italiaanse en Tseggiese afkoms in vergelyking met Britte, 'n groter voorkoms van obesiteit

toon. Binne die Tseggiese tradisie is dit onbeleefd om 'n tweede of selfs derde porsie van die hand te wys.

Verdere faktore wat 'n invloed uitoefen op die ontstaan van obesiteit is die vroulike rol en sosiale druk. 'n Verskeidenheid van elemente inherent aan die vroulike rol, kan as etiologiese faktore vir obesiteit geïdentifiseer word. Die sentrale rol wat voedsel in die tradisionele vroulike rol speel, mag dit vir haar moeilik maak om haar voedselinname te beheer. Die aanname dat die obese persoon neig om te eet in respons op eksterne eerder as interne aanduiders (fisiologiese toestande) hou dus geweldige implikasies vir die vrou in haar tradisionele rol in (Powers, 1982; Rodin, 1976; Schacter, 1971;). Die spanning, frustasies en in talle gevalle ook die verveling wat met die huishouding gepaard gaan, laat baie vroue hul toevlug tot voedsel neem. 'n Verdere uitbouing van die Schacteriaanse teorie is die opvatting dat daar van mans verwag word om meer aktief as vroue te wees. Gevolglik het vroue dikwels minder geleentheid tot oefening en aktiewe sport as mans, sodat daar 'n wanbalans tussen energie-inset en energieverbruik geskep word (Brownell, Stunkard & Albaum, 1980; Cureton, Thompson, Jarvie & Lahey, 1982). Dit is die mening van hierdie navorser dat die veranderde rol van die vrou binne die samelewing in 'n sekere mate die invloed van hierdie faktore behoort te verminder.

Ander sosiale dimensies wat 'n bepalende rol speel, is ouderdom en geslag. Obesiteit kom meer voor onder ouer as onder jonger persone, en meer by vroue as by mans (Enzi, Gasporo, Bondetti, Fiore, Semisa & Zurlo; 1986). As obesiteit as 20% bo die ideale gewig gedefinieer word, is die ratio (vir persone bo 30 jaar) drie obese vroue vir elke twee obese mans (Stuart & Davis, 1972). Afgesien van ouderdom en geslag is die verhoogde klem op intellektuele aktiwiteit en 'n afkeur aan handarbeid 'n verdere faktor. Verkorte werksure het ook meer vrye-tyd tot gevolg wat in 'n mate vir meerdere voedselinname aangewend kan word.

Al hierdie oorweginge in aanmerking geneem, is dit duidelik dat sosiale determinante 'n faktor is waarmee rekening gehou moet word. In sommige gevalle blyk dit 'n kragtiger voorspeller van obesiteit te wees as fisiologiese en sielkundige determinante (Baird & Allan, 1969; Stunkard & Moore, 1980).

2.3.2 KULTURELE HOUDINGS TEENOR VOEDSEL EN OBESITEIT

Die rol wat voedsel speel binne ons kultuur en gemeenskap is deel van 'n komplekse en uitgebreide sisteem van waardes. Voedsel vorm 'n integrale deel by betekenisvolle gebeurtenisse binne 'n persoon se lewe,

byvoorbeeld by geboortes, verjaarsdae, troues en begrafnisse. Bepaalde voedselsoorte word verbind aan spesifieke kulturele agtergronde, ekonomiese groepe, nasionaliteite en godsdienstige rituele byvoorbeeld kaviaar, sjampanje, kerspoeding, spaghetti, kaas en wyn (Flaks, 1976).

Binne baie primitiewe gemeenskappe waar voedsel verband hou met sosiale prestige, word obesiteit aanvaar en beny - om vet te wees is die norm. In Afrika byvoorbeeld word slegs vet persone as leier van 'n Ovambo-stam gekies. Binne hierdie gemeenskappe is oorgewig 'n doel om na te streef (Cairella, 1987). Onder die swartes van Noord-Afrika vorm obesiteit die sine qua non van skoonheid (Wied, 1979). In die geval van die Hima-vroue en Banyankoie, 'n godsdienst-groep van Oos-Afrika, dien gedwonge oormatige voedsel-inname en beperkte fisieke aktiwiteit as voorbereiding vir die huwelik (Tiffiny, 1982). Ook by die Boesman is vetsug 'n teken van skoonheid en begeerlikheid. Mans binne hierdie kultuur word gewoonlik vergelyk met 'n sekelmaan, terwyl daar van die ronde, nuwe maan as 'n vrou gepraat word. In hedendaagse Westerse gemeenskappe is daar egter 'n totale afkeur van obesiteit. Uiterste klem word deur die media geplaas op slankheid as sou dit vroulikheid suggereer. Obesiteit word geassosieer met 'n wye reeks negatiewe persoonlikheidstrekke (Pine,

1983). In samehang met hierdie negatiewe kulturele houding teenoor obesiteit is 'n sosiale afkeur wat verdere psigopatologie en sosiale isolasie in die hand werk. 'n Patologiese kringloop waardeur die persoon se obesiteit vererger word, word gevolglik geskep.

Nie slegs verskil kulture onderling in terme van hul houdings teenoor obesiteit nie, maar ook binne bepaalde kulture is daar duidelike veranderinge. In teenstelling met die vorige eeu is die term imposant met sy konnotasie van molligheid hedendaags pejoratief. Selfs die sewentiende- en agtiende-eeuse kunswerke van vroue sal, aan vandag se standarde gemeet, as vetsugtig beskou word.

2.4 GEVOLGTREKKING

By 'n finale beoordeling van die etiologie van obesiteit is dit duidelik dat 'n waterdigte isolering van veroorsakende faktore nie moontlik is nie. Uit die literatuur blyk dit dat obesiteit 'n verskynsel met 'n veelvoudige etiologie is wat 'n kombinasie van sielkundige, fisiologiese en sosiokulturele faktore insluit. Wat belangrik is by hierdie multi-faktoriale aard van obesiteit is dat die graad van die invloed van elke faktor varieer en dat daar 'n differensiasie moet wees tussen oorsake en gevolge van obesiteit.

HOOFSTUK 3

3. DIE BEHANDELING VAN OBESITEIT

Die behandeling van obesiteit word deur Oberholzer (1984) as enersyds 'n eenvoudige, maar andersyds as 'n baie komplekse proses beskryf. Die rede vir hierdie beskouing is volgens Altschul (1987) geleë in die multi-faktoriale aard van die verskynsel. Behandeling word verder bemoeilik deurdat die ingryping nie 'n eenmalige gebeurtenis is nie, maar konstante dieetkontrole vereis.

Die belangrikste behandelingsmetodes wat aangewend word, is dieetterapie, fisieke aktiwiteit, vas, farmakoterapie, chirurgiese ingrepe en sielkundige behandeling. Vir doeleindes van hierdie navorsing word 'n breedvoerige bespreking van die sielkundige benadering aangebied, aangesien dit die belangrikste fokus van die navorsing vorm. Die ander behandelingsbenaderings word slegs oorsigtelik aangebied.

3.1 DIEETTERAPIE

As behandelingstegniek vir obesiteit is dieetterapie die benadering wat die meeste aanhang geniet. 'n Beraamde 16% van die Amerikaanse bevolking is op 'n gegewe tydstip besig met 'n dieet om gewig te verloor (Munro, 1987). Te oordeel aan bestaande literatuur, advertensies, gimnasiums,

gesondheidswinkels, ensovoorts, is dieetterapie 'n bedryf waarby miljoene rande betrokke is. As terapeutiese tegniek berus dieetterapie op vier basiese faktore, naamlik:

- i. Die keuse van die graad van kaloriebeperking in verhouding tot die persoon se totale kaloriebehoefte
- ii. Die verspreiding van hierdie kalorieë tussen koolhidrate, proteïene en vette;
- iii. Frekwensie van maaltye; en
- iv. Omstandighede waartydens voedsel ingeneem word.

(Conn, De Felice & Kuo, 1983)

Hierdie faktore sal vervolgens bespreek word:

3.1.1 Berekening van 'n kaloriebeperking

Die berekening van kaloriebehoefte geskied volgens Conn et al. (1983) op drie maniere. Die eenvoudigste manier is om deur middel van die persoon se ouderdom te bepaal wat sy kaloriebehoefte is. Hierdie waarde word verkry vanaf voorafbepaalde kalorietabelle sodat die taak van die terapeut slegs is om die kalorie-inname onder daardie spesifieke vlak te laat hou. 'n Meer betroubare metode is die aanwending van 'n nomogram waar lengte, gewig, ouderdom en die geskatte vlak van fisieke aktiwiteit in berekening gebring word. 'n Derde manier van berekening is deur gebruik te maak van wenslike liggaamsgewig. Om kaloriebehoefte te bepaal word wenslike gewig vir mans vermenigvuldig met 33 kilokalorieë per kilogram liggaamsgewig en vir vroue met 30 kilokalorieë per kilogram.

Nadat die kaloriebehoefte bepaal is, word 'n redelike kaloriegebrek bereken. Hierdie kaloriegebrek is die verskil tussen die kalorieë benodig vir behoud van gewig en die aantal kalorieë in die dieet. Oor die algemeen behoort kalorie-inname tot tussen 500-1200 per dag beperk te word (Wied, 1979).

3.1.2 Dieetsamestelling

Die aspek van dieetterapie waaroor daar die meeste teenstrydighede bestaan, is die samestelling van die dieet. Die kernaspek by die samestelling van 'n ideale dieet is of 'n dieetwanbalans in een van die hoof-voedingsgroepe doeltreffender sal wees in terme van gewigsverlies as 'n dieet wat 'n balans tussen al die komponente handhaaf. In antwoord op hierdie aspek, stel Groothof (1977) en Wied (1979) 'n dieetbenadering met 'n balans tussen koolhidrate, proteïene en vette voor. In plaas van 'n wanbalans tussen die hoof-voedingsgroepe beweeg die meeste klinici veel eerder in die rigting van kaloriebeperking (Wadden & Stunkard, 1986). In terme hiervan word 'n onderskeid tussen twee benaderings getref, naamlik die lae en baie lae kalorie-dieet.

3.1.2.1 Die lae kalorie-dieet-benadering

Lae kalorie-diëte voorsien meer as 800 kalorieë per dag. Die doel met hierdie benadering is om kalorieë te beperk tot die punt waar oortollige kalorieë nie as vetweefsel geberg sal word nie. Die liggaam word gevolglik gedwing om van sy gebergde vetweefsel te onttrek om in sy energiebehoefte te voorsien. Stunkard en Steller (1987) stel hierdie dieet vir

matige obesiteit voor. 'n Kernelement by die lae kalorie-dieet is 'n kaloriebeperkingsprogram. Die eerste stap van hierdie program is 'n daaglikse kalorietelling. Vir hierdie doel gebruik klinici sogenaamde kaloriekaarte waarop die oorgewig-persoon sy daaglikse inname (die tipe voedsel en hoeveelheid) aanbring. Vir berekening van die kalorieë word elke persoon van 'n kaloriekaart voorsien waarop die aantal kalorieë wat spesifieke voedselsoorte bevat, aangebring word (Wadden & Stunkard, 1986).

Conn et al. (1983) tref 'n onderskeid tussen die gebalanseerde en ongebalanseerde lae-kalorie dieet. Die ongebalanseerde dieet, waar spesifieke voedselsoorte domineer en ander weggelaat word, word as gevolg van eentonigheid deur 'n hoë terugvalkoers gekenmerk. Krause en Mahan (1979) beklemtoon die nadelige fisiologiese effek van hierdie dieet waar 'n lae koolhidratevlak van minder as 300 gram per dag gehandhaaf word. By 'n ontleding van die lae koolhidraat dieet stipuleer Botha (1980) spesifieke negatiewe gevolge van hierdie tipe dieet, te wete:

- moegheid as gevolg van 'n tekort aan koolhidrate;
- posturale hipertensie;
- verhoogde vetinhoud van voedsel wat tot arteriosklerose lei.

'n Lae kalorie-dieet waar daar 'n balans is tussen koolhidratte, vette en proteïene blyk die aangewese te wees.

3.1.2.2 Die baie lae kalorie-dieet-benadering

Aangesien die lae kalorie-dieet 'n te stadige gewigsverlies tot gevolg het vir die oormatige, obese persoon, beveel Stunkard en

Steller (1987) die baie lae kalorie-dieet vir hierdie groep aan. Hierdie dieet wat in formule-vorm of natuurlike voedsel beskikbaar is, word gekenmerk deur 'n daaglikse inname van 240 - 700 kalorieë. Volgens Conn et al. (1983) word tussen 30 en 100% van die persoon se energiebehoefte deur proteïene voorsien. Daar is dus 'n gebrek met betrekking tot die ander voedingsgroepe soos koolhidrate en vette.

Omdat hierdie dieet uitsluitlik op proteïene berus, word dit as 'n fisiologiese risiko beskou. Een van die belangrikste negatiewe gevolge is dat nie slegs vetweefsel nie, maar dat ook spierweefsel afgebreek word (Blackburn & Pavlou, 1984). Massaverlies wat plaasvind, is ook hoofsaaklik toe te skryf aan die groot hoeveelhede waterverlies van die liggaam. Die insluiting van kollageen in hierdie dieet is verantwoordelik vir 'n hoë mortaliteitsyfer. Alhoewel bevindinge van 'n hele aantal navorsers (Blackburn et al., 1984; Botha, 1980; Groothof, 1977; Schemmel, 1980) daarop dui dat die baie lae kalorie-dieet 'n risikobehandeling is, is die bevindinge in direkte teenstelling met die hipoteses van Stunkard en Steller (1987). Hierdie navorsers hipotetiseer dat hierdie behandeling, onderworpe aan streng mediese supervisie, veilig is.

3.1.3 Maaltydfrekwensie

Alhoewel daar heelwat kontroversie bestaan, is daar aanduidinge dat die verspreiding van maaltye 'n rol mag speel by gewigbeheer.

As 'n reaksie op die proefdierstudies van Hollifield en Parson (1965) ontleed Fabre en Fabre (1970) die verband tussen maaltydfrekwensie en persentasie oorgewig by Tseggiese mans. In hul studie het mans wat vyf of meer maaltye genuttig het, minder gewig aangesit as die met drie maaltye of minder. Conn et al. (1983) wys eksplisiet daarop dat die tempo waarteen gewigsverlies plaasvind, nie deur die maaltydfrekwensie beïnvloed word nie. Veel eerder oefen maaltydfrekwensie 'n direkte invloed uit op koolhidraat-toleransie en bloedkolesterolvlakke. Krause & Mahan (1979) voeg hierby 'n verlaagde lipogenese van die liggaam.

Navorsing deur Leon (1976), Baird en Allen (1969) en Finkelstein en Freyer (1971) dui op geen verskil tussen twee, drie of meer as vier maaltye nie. Alhoewel Conn et al. (1983) tot die gevolgtrekking kom dat maaltydfrekwensie 'n onbeduidende rol speel, blyk dit uit die literatuur dat dit nog te vroeg is om 'n definitiewe uitspraak in dié verband te lewer.

3.1.4 Omstandighede waartydens voedsel ingeneem word.

Die aspek van dieetterapie wat die minste aandag in navorsing oor dieetterapie geniet is die invloed van die voedselomgewing. Brownell en Kramer (1989) tref 'n onderskeid tussen faktore wat deel vorm van die voedselomgewing en faktore wat die gevolg is van die persoon se emosionele toestand.

Ten opsigte van die voedselomgewing verwys Brownell en Kramer

(1989) en Davis en Roncari (1978) na aspekte soos die geur en beskikbaarheid van voedsel, asook na die area waar die oorgewig-persoon sy maaltye nuttig. Van uiterste belang is die aanname dat die oorgewig-persoon ekstra responsief is ten opsigte van eksterne voedselaanduiders (Wadden, Stunkard & Liebschutz, 1988). Die oorgewig persoon eet dus nie omdat hy honger is nie, maar bloot omdat hy voedsel sien of hom in 'n voedselarea soos die kombuis bevind. Dit is dus vanselfsprekend dat die teenwoordigheid van eksterne voedselaanduiders die persoon se motivering om 'n dieetprogram vol te hou, negatief mag beïnvloed. Die beheer van sodanige aanduiders word by dieetprogramme gedek deur middel van die hou van 'n voedseldagboek wat die hoeveelheid voedsel en die omstandighede waaronder dit ingeneem was bepaal (Wadden et al., 1988). Die persoon word dus in die meeste gevalle gesensitiseer ten opsigte van die invloed van eksterne aanduiders.



Die tweede groep faktore waarvan Kelly en Brown (1989) melding maak, word by die meeste dieetprogramme totaal verontagsaam. Lowe en Fisher (1983) verwys na hierdie faktore as emosionele reaktiwiteit en emosionele eetgewoontes. Dit is die bevinding van hierdie navorsers dat emosionele toestande soos angs, depressie, woede en frustrasie tot verhoogde voedselinname mag lei. Baie persone wat 'n spesifieke dieetprogram volg, is onbewus van die invloed van hierdie emosionele faktore. Die oorgewig-persoon word dikwels as deel van die dieetprogram ook nie ten opsigte van die invloed van hierdie faktore gesensitiseer nie (Kelly en Brown, 1989; Wadden et al., 1988). Dit is

gevolglik soveel moeiliker vir die persoon om die dieetvoorskrifte te gehoorsaam.

Die feit dat die invloed van faktore uit die voedselomgewing en emosionele reaktiwiteit sterk ooreenkomste toon met gedragsterapeutiese beginsels blyk duidelik by 'n bestudering van behavioristiese behandelingsprogramme. Die insluiting van gedragsterapeutiese beginsels in 'n dieetprogram behoort 'n verlaagde uitsakkoers tot gevolg te hê. In hierdie verband is die navorsing van Popplewell en Burton (1987) en Wadden et al. (1988) 'n sprekende voorbeeld. In hierdie vergelykende studie dui die gekombineerde gedrags-dieetterapie op 'n beduidend hoër gewigsverlies in vergelyking met slegs dieetterapie. Hierdie beduidende hoër gewigsverlies word herhaal by 'n opvolgstudie een jaar na behandeling. Die resultate van hierdie navorsing beklemtoon weer eens die waarde van 'n gekombineerde behandeling vir 'n multi-faktoriale versteuring soos obesiteit.

3.1.5 Evaluering van Dieetterapie

Inligting rakende die sukses van dieetterapie wissel van kliniek tot kliniek en individu tot individu. Die grootste probleem met dieetterapie is die sogenaamde klintol-effek. Die oorgewigpersoon verlaat baie dikwels na 'n kort rukkie die terapieprogram en keer terug na sy vorige vlak van voedselinname. In hierdie verband wys Stunkard en Steller (1984) op die addisionele fisieke stres wat as gevolg hiervan op die liggaam geplaas word. Die rede vir die hoë uitsakkoers is volgens Spira(1982) geleë in die

feit dat dieetterapie nie opvoeding in terme van eetgewoontes behels nie. Ook word daar by dieetterapie van die veronderstelling uitgegaan dat die oorgewig-persoon gemotiveerd is vir gewigsverlies, wat nie altyd die geval is nie. Gebaseer op data verkry van Stunkard en Mclare-Hume bevind Conn et al. (1983) dat slegs 1% van persone wat dieetklinieke bywoon, gewig verloor, en 25% hul vorige vlak van gewig herwin. Die res toon geen betekenisvolle gewigsverlies nie. By 'n vergelyking tussen dieetterapie en groepsterapie as behandelingsbenaderings vir oorgewig-adolesente haal Hammer, Campbell en Woolley (1971) die volgende syfers aan: alhoewel 44.6% van die groep 'n mate van gewigsverlies tydens die behandelingsprogram getoon het, was 70% steeds oorgewig by opvolgessies. Bykomstig hierby het 17% weer hul oorspronklike gewig herwin. Hierdie syfers dui daarop dat dieetterapie nie so geslaagd is ten opsigte van langtermyn-doeltreffendheid nie.

UNIVERSITY of the
WESTERN CAPE

Uit hierdie kontrasterende data is dit dus duidelik dat dieetterapie nie afgemaak kan word as terapeuties waardeloos nie. Deur dieetterapie met ander benaderings soos fisieke aktiwiteit en gedragsterapie te kombineer kan die doeltreffendheid daarvan verhoog word. As strategie om behoud van verlies aan gewig te verseker behoort kognitiewe, sosiale- en omgewingsfaktore ook in berekening gebring te word.

3.2 FISIEKE AKTIWITEIT AS BEHANDELINGSMETODE BY OBESITEIT

In noue samehang met, of as alternatief vir dieetterapie word fisieke aktiwiteit as terapeutiese maaatreël by die

behandeling van oorgewig deur sommige terapeute voorgestel. Alhoewel daar algemeen aanvaar word dat oorgewig die gevolg is van 'n wanbalans tussen energie-inset en energie-uitset, is die klem by vorige navorsing slegs op die vermindering van energie-inname (dieetterapie) geplaas. In hul literatuuroorsig van fisieke aktiwiteite by obesiteit wys Cureton, Thompson, Jarvie en Lahey (1982) daarop dat die aktiwiteitvlak slegs by drie studies gemanipuleer is. Eers met die toenemende kritiek teen dieetterapie en die negatiewe fisiologiese gevolge van voedselontbering is fisieke aktiwiteit as alternatief erken.

3.2.1 Energiekoste-ontleding van aktiwiteit

Energieverbruik as benadering tot gewigsverlies by oorgewig bestaan uit drie komponente, naamlik: basale metabolisme, hitteverlies as gevolg van die termiese effek van voedsel en die energiebehoefte benodig vir fisieke aktiwiteit (Conn et al., 1983). Aangesien dit byna onmoontlik is om hitteverlies en basale metabolisme te manipuleer, word fisieke aktiwiteit die metode van gewigsverlies by hierdie benadering.

Wat betref 'n energiekoste-ontleding van fisieke aktiwiteit, wys verskeie navorsers (Dahlkoeter, Callahan & Linton, 1979; Epstein, Wing & Thompson, 1978) daarop dat die kalorieverbruik teweeggebring deur verhoogde aktiwiteit (oefening), geweldig laag is. Op 'n praktiese vlak sou dit beteken dat om 'n halwe kilogram vetweefsel te verloor, sou van die persoon verwag word

om 70 kilometer binne twaalf uur af te lê of om 'n marathon van 45 kilometer binne drie ure te voltooi. In teenstelling hiermee is die aanname van Penick en Quigley (1977) dat die energieverbruik vir 'n aktiwiteit dieselfde bly ongeag of daardie oefening oor 'n kort of langer tydperk versprei is. Waarop dit dus in wese neerkom, is dat gereelde fisieke oefening akkumuleer tot betekenisvolle kalorieverliese. Die praktiese implikasie hiervan vir die oorgewig-persoon is dat 'n halfuur se fisieke oefening elke dag, vir 'n spesifieke tydperk dieselfde effek het as oefening vir 'n paar uur op een oomblik.

By 'n verdere ontleding van die kaloriekoste van fisiese aktiwiteit wys Allen en Quigley (1977) op die kalorieverbruik in verhouding tot liggaamsgewig. Die oorgewig-individu verbruik dubbel die aantal kalorieë tydens oefening as 'n persoon die helfte van sy gewig. In hierdie verband is dit duidelik dat passiewe oefening (deur middel van elektriese stimulasie en massering) en stasionêre (stilstaande) oefening minder effektief is as oefening wat beweging van die hele liggaam insluit.

'n Interessante bevinding is dié van Thompson et al. (1982) wat daarop dui dat die verhoogde metaboliese tempo hoër as normaal bly selfs nadat die aktiwiteit gestaak is. 'n Verhoging van 10% bo die basale metaboliese tempo vir so lank as 48 uur na ligte aktiwiteit en 25% vir intensiewe, strawwe oefening word deur Allen en Quigley (1977) vermeld. Strawwe oefening kan gevolglik 'n verlies van 'n addisionele 550 kalorieë twee dae na die oefening tot gevolg hê.

3.2.2 Fisieke aktiwiteit as aptytdepressant

Die wanopvatting dat verhoogde fisiese aktiwiteit noodwendig 'n verhoging in voedselinname tot gevolg het, word deur talle skrywers (Allen & Quigley, 1977; Dahlkoeter, 1979; Epstein, Masek & Marshall, 1978; Thompson et al., 1982) weerlê. Veel eerder is daar sprake van 'n onderdrukking van aptyt.

Vroeëre proefdierstudies (Conn et al., 1983) dui daarop dat hierdie aptytonderdrukking verband hou met die graad en duur van die oefening. Die navorsing van Katch, Martin en Martin (1979) ondersteun hierdie beginsel met hul bevinding dat rotte besig met hoë intensiteit, kort tydsduur-oefeninge, 'n veel laer voedselinname het as die rotte wat onderworpe gemaak is aan lae intensiteit, langdurige oefeninge. Die essensie van hierdie navorsing bly egter dat daar 'n nie-lineêre verband tussen oefeningvlak en kalorie-inname bestaan. 'n Verdere ondersteuning van hierdie nie-lineêre verband word weerspieël in die navorsing van Epstein, Masek en Marshall (1978) met oorgewig skoolkinders. Hul bevinding is dat oefening voor etenstyd (pouses) tot 'n willekeurige afname in voedselinname lei. Hierdie nie-lineêre verband weerlê dus die aanname dat verhoogde aktiwiteit verhoogde voedselinname tot gevolg het.

'n Lineêre verband tussen voedsel-inname en energieverbruik blyk egter uit die bevinding van Epstein, Wing en Thompson (1978). In 'n studie met vroulike kollegestudente van normale

gewig toon hierdie navorsers aan dat 'n toename in die intensiteit van die aktiwiteit tot 'n verhoogde voedsel-inname lei. Die gevolgtrekking is dus dat oefening wel klein veranderinge in voedsel-inname teweeg bring. Volgens Epstein et al. (1978) blyk dit dus dat oefening van 'n hoë intensiteit tot verhoogde voedsel-inname kan lei. Die veralgemeenbaarheid van hierdie bevindinge na 'n oorgewig populasie word egter bemoeilik, aangesien persone van normale gewig in die studie gebruik is.

Die spesifieke meganisme waarvolgens aptytonderdrukking geskied, word deur teoretici as volg gepostuleer:

- i. Tydelike verhoging in liggaamstemperatuur wat die gevolg is van die oefening, inhibeer die hongersensasie.
- ii. Harvey in Allen & Quigley (1977) staan 'n lipostatiese terugvoerings-meganisme voor. Hiervolgens word voedselinname geïnhibeer wanneer daar genoeg energie verkry word uit surplusvette.
- iii. Baile, Zim en McLaughlin (1970) staan 'n hipofagiese effek voor. Hierdie hipofagiese effek kan toegeskryf word aan die invloed van bloedlaktaat op glukose-metabolisme.

Ongeag wat die spesifieke meganisme is waarvolgens aptytonderdrukking plaasvind, is dit belangrik dat verhoogde aktiwiteit 'n definitiewe bydrae te lewer het in terme van gewigsverlies. Uit die bestudeerde literatuur blyk dit egter dat fisieke aktiwiteit as terapeutiese hulpmiddel slegs as byvoeging tot dieetterapie en chemoterapie 'n rol te speel het.

As 'n enkele terapeutiese tegniek is sukses wisselend en neem dit ongeveer drie maande voordat enige verandering in liggaamsgewig sigbaar is (Keeseey & Powley, 1986). Gebrek aan motivering en uithouvermoë is dan ook een van die vernaamste struikelblokke by die doeltreffende aanwending van oefening. Ten einde uitsakking uit die oefenprogram te voorkom, beveel Epstein en Wing (1980) die gebruik van spesifieke gedragsterapeutiese tegnieke soos kontraktering en doelstellingsprosedures aan.

3.3 VAS OF ALGEHELE VOEDSELWEERHOUDING

As behandelingstegniek vir oorgewig is vas-terapie reeds vanaf 1915 bekend (Drenick & Johnson, 1978). Dit het die uitgangspunt dat 'n weerhouding van alle voedselinname die gewoonte van oormatige voedselinname sal verander. Vas is dus uiteraard een van die vinnigste maniere om gewig te verloor. In hierdie verband beveel Thiele (1980) vasterapie aan vir oorgewig-persone wat vinnig, voor chirurgiese behandeling, gewig moet verloor. Die vernaamste beweegredes vir vas is volgens Oberholzer (1984):

- talle oorgewig persone is onsuksesvol met gewone dieetprogramme vir gewigsverlies;
- dramatiese massavermindering binne 'n kort tydperk is moontlik;
- dit is 'n manier om aan die persoon te wys dat gewigsverlies wel moontlik is;
- dieetterapie is meer spanningsvol as vas, aangesien

voedselinname die persoon stimuleer, maar nie sy
honger bevredig nie.

Tydens die hele vas-prosedure is slegs water, vitamieene en minerale die dieet. Die eerste reaksie van die liggaam, die ekskresie van water, tree in as gevolg van die gebrek aan koolhidrate in die dieet. Tot 30% van die ekstrasellulêre vloeistof gaan verlore (Thiele, 1980). Aangesien koolhidraat-inname ver onderkant die basale metaboliese tempo is, word 90% van die liggaam se kaloriebehoefte verkry uit die afgebreekte surplusvete. Die aanwesigheid van water in die dieet help met die hidrolisering van vette na vetsure. Hierdie vetsure is die basis vir die vorming van ketone, 'n belangrike skakel binne die voedselontberingsketting. Hierdie verhoogde ketone-vlak het 'n anoreksiese effek op die liggaam (Baird & Allen, 1969) Volgens Leon (1979) word hierdie afwesigheid van die hongersensasie vir twee tot vier dae vanaf die aanvang van voedselontbering gemanifesteer.

Die mening van die meeste klinici is dat 'n vastydperk van twee maande voldoende is om 'n beduidende gewigsverlies te bewerkstellig. Navorsing deur Drenick en Johnson (1978) dui op 'n positiewe korrelasie tussen gewigsverlies en die vastydperk.

Hul mening is dat 'n tydperk van langer as twee maande nie 'n hoër gewigsverliessyfer tot gevolg het nie. By 'n ontleding van die effektiwiteit van vas-terapie wys Thiele (1980) op 'n gemiddelde gewigsverliessyfer van 0,45 kilogram per dag vir die eerste twee maande. In aansluiting hierby plaas Conn et al.

(1983) hierdie syfer op 0,5 kilogram per dag vir die eerste tot derde week na die aanvang van vas-terapie.

In teenstelling met hierdie bevindinge wat daarop dui dat vas-terapie wel tot geweldige gewigsverlies kan lei, is die risiko daaraan verbonde kommerwekkend. Van die wye omvang van komplikasies (insluitend die dood) wat met hierdie behandelingsbenadering geassosieer word, is die volgende van die belangrikste:

- dehidrasie
- naarheid en floutes
- verlies aan minerale en proteiene
- afbreek van spierweefsel
- renale disfunksie en hipotensie
- elektrolietversteurings

(Schemmel, 1980)

Ten opsigte van die sielkundige effek van langdurige vas kom Leon (1976) tot die gevolgtrekking dat die graad van persoonlikheidsdeteriorasie afhang van die persoon se funksionering voor vas-terapie. Alhoewel daar heelwat teenstrydighede bestaan, wys Swanson en Dinello (1970) op die voorkoms van die volgende stoor-nisse: verhoogde afhanklikheid, spanning, geïrriteerdheid en psigotiese neigings.

Die grootste nadeel van hierdie behandelingsbenadering is die swak langtermynresultate. Baie van die persone herwin weer hul verlore gewig en keer terug na hul vorige gewigsvlak. Die gevolgtrekking is dus dat vas 'n minder doeltreffende benadering

is met geweldige risiko's daaraan verbonde.

3.4 FARMAKOTERAPIE

As die meer konvensionele metodes van gewigsverlies (dieetterapie en fisieke oefening) onsuksesvol was, is die neiging by oorgewig-persone om hulle tot farmakoterapie te wend. Die spesifieke maniere waarop die meeste farmakologiese middels werk, is volgens Conn et al. (1983) drieërlei van aard, naamlik: 'n onderdrukking van die hongersensasie, 'n verhoging in die metaboliese tempo en 'n groter gemotiveerdheid om voort te gaan met dieetterapie. Die onmiddellike resultate in terme van gewigsverlies wat met farmakoterapie gepaard gaan, dien vir die oorgewig-persoon as sterk motivering. Kontra-indikasies van verskeie farmakologiese middels wat by die behandeling van oorgewig gebruik word, is koronêre hartsiektes, hipertensie, hipertiroïdisme, die oogsiekte gloukoom en 'n geskiedenis van dwelmmisbruik (Cairella, 1987).

In terme van die spesifieke tipes middels wat aangewend kan word, wys Blackburn en Pavlou (1984) daarop dat die meeste daarvan anoreksogenies is en bestaan uit amfetamiene of 'n derivaat daarvan. Hierdie groep middels lewer 'n bydrae tot gewigsverlies deur hul effek op die gemoedstoestand en fisieke aktiwiteit. Veral fenfluramien, 'n gewilde middel binne hierdie klas het 'n sterk kalmerende werking (Conn et al., 1983). Die middels valium en librium word in 'n mindere mate deur klinici gebruik om pasiënte se angs te verminder en sodoende hul voedselinname te beperk. Ander anoreksiese middels wat redelik populêr is,

is fentermien, dietielpropien en mazindol.

Bykomstig tot die anoreksiese middels maak klinici ook van 'n tweede groep middels soos metiellsellulose en hidroksielmetiel gebruik (Blackburn & Pavlou, 1984). Aangesien hierdie groep middels koolhidrate is, verlaag dit voedselinname, deurdat dit 'n gevoel van versadiging bewerkstellig. Hierdie vroeë versadigingspunt word verkry deurdat metiellsellulose die neiging het om in die ingewande uit te swel.

'n Derde groep middels is die hormoongroep, en meer spesifiek progesteron, die groeihormoon tiroïed en Menslike Chorioniese Gonadotropien (M.C.G.) (Thiele, 1980). Van hierdie hormoongroep is groeihormoon verantwoordelik vir die afbreek van vet en verhoogde energieverbruik. Rondom MCG, verkry van die uriene van swanger vroue, heers daar tans nog heelwat kontroversie ten opsigte van die presiese werking daarvan. Voorstanders van hierdie middel skryf funksies soos reduksie in hongersimptome, euforie en 'n herverspreiding van vetweefsel aan die werking van die middel toe (Blackburn & Pavlou, 1984). Die gebruik van tiroïed berus op die wanopvatting dat die oorgewig-persoon hipometabolies is of 'n wanfunksionering het ten opsigte van die tiroïedklier. Volgens Leon (1976) het slegs 1% van die oorgewig-pasiënte 'n abnormale tiroïedfunksionering.

3.4.1 Terapeutiese doeltreffendheid en newe-effekte

Die huidige farmakologiese benaderings vir die behandeling van oorgewig is grootliks onbevredigend (Brownel & Stunkard, 1981;

Leon, 1976; Rivlin, 1975). 'n Vergelykende studie tussen gedragsterapie en farmakoterapie (Stunkard, Craighead & O'Brien, 1980) toon 'n sterk voordeel ten gunste van gedragsterapie. Hierdie voordeel word verder ondersteun deur die bevinding van Brownell en Stunkard (1981). In 'n vergelykende studie tussen farmakoterapie, gedragsterapie en ondersteuning deur die huweliksmaat dui die bevindinge op 'n 20% toename in gewig by die farmakoterapie-groep. Hul gevolgtrekking is dat farmakoterapie slegs effektief is vir korttermyn-behandeling van obesiteit.

Die spesifieke newe-effekte wat na die aanwending van farmakoterapie voorkom, is insomnie, disforie, geagiteerdheid, hoofpyne, impotensie, hallusinasies, verwarring, paniektoestande en hipertensie (Blackburn & Pavlou, 1984; Conn et al., 1983; Oberholzer, 1984; Thiele, 1980). Die gebruik van fenfluramien word gekenmerk deur slaperigheid en diarree. Die belangrikste beswaar teen die gebruik van anoreksiese middels, veral amfetamiene, bly egter die faktor van verslawing (Cairella, 1987).

Dit wil dus blyk asof farmakoterapie slegs 'n klein bydrae lewer ten opsigte van die behandeling van oorgewig. Groothof (1977) postuleer dat die ideale verslankingsmiddel die middels is wat hongerte en aptyt onderdruk en versadiging verhoog. Tot op hede bestaans daar nie sodanige farmakologiese middel nie en is farmakoterapie vir talle klinici slegs 'n toevoeging tot ander benaderings soos dieetterapie, vas, fisiese aktiwiteit en pre- chirurgie.

3.5 CHIRURGIESE BEHANDELING VAN OBESITEIT

Oor die afgelope twintig jaar het chirurgiese behandeling vir uiterste gevalle van oorgewig tot 'n doeltreffende tegniek ontwikkel. Die voordele van hierdie tegniek/benadering word deur Schemmel (1980) as volg gestipuleer:

- i. die tydsfaktor by gewigverlies word geweldig verkort;
- ii. daar is nie sprake van self-deprivasie of opoffering met betrekking tot voedselinname nie;
- iii. gewigverlies met hierdie benadering is onmiddellik;
- iv. hierdie metode is van 'n passiewe aard; die individu hoef nie bepaalde gedragshandelinge uit te voer om gewig te verloor nie.

Alhoewel hierdie chirurgiese ingryping al hierdie voordele inhou, word dit nie op alle oorgewig-persone toegepas nie. Pasiënte vir chirurgiese behandeling moet aan die volgende vereistes voldoen (Stunkard et al., 1986):

- (i) slegs uiterste gevalle van vetsug word behandel - persone wat meer as 45 kilogram gewig moet verloor of tweekeer swaarder as die ideale gewig is, word aan die chirurgiese prosedure onderwerp (Malt & Guggenheim, 1976).
- (ii) tussen die ouderdom 18 - 50 jaar wees;
- (iii) onsuksesvolle pogings met ander benaderings tot gewigsverlies;
- (iv) afwesigheid van hartsiektes, renale disfunksie of

- siektes van die spysverteringskanaal;
- (v) die pasiënt moet gemotiveerd wees.

Spesifieke chirurgiese prosedures wat aangewend word as behandelingstegnieke by obesiteit is plastiese-/kosmetiese snykunde, kaakbedrading, jejunuale- en gastriese omleiding (Conn et al., 1983; Ludbrook & Jamieson, 1987; Malt & Guggenheim, 1976; Schemmel, 1980).

3.5.1 PLASTIESE-/KOSMETIESE SNYKUNDE

Hierdie is een van die mees direkte metodes en behels die verwydering van vetneerslae vanaf die abdomen, heupe en dye.



3.5.2 KAAKBEDRADING

Een van die eenvoudigste metodes om die inname en absorpsie van voedsel te beperk, is om met behulp van chirurgiese, vlekvrystaaldraad die pasiënt se kake so na moontlik op mekaar vas te bind. Die hoofdoel is om dit vir die persoon so vermoeiend moontlik te maak om te kou. Die persoon se vermoë om groot maaltye te nuttig word gevolglik beïnvloed. Die pasiënt se dieet bestaan gedurende hierdie tyd hoofsaaklik uit vloeistowwe. Garrow (1987) beveel 'n melkdieet met vitamien en ysteraanvulling aan. Sy aanbeveling grond hy op die navorsing van Dore, Hesp, Wilkins en Garrow (1987) wat 'n gemiddelde gewigsverliesyfer van 30,8 kilogram getoon het. Ten spyte hiervan wys Malt en Guggenheim (1976) daarop dat dit vir talle pasiënte slegs 'n tydelike

aanpassing by 'n nuwe dieet is. Sodra die draad verwyder word, gaan die persoon weer terug na sy vorige eetgewoontes met gevolglike gewigstoename (Munro, 1979). Alhoewel kaakbedrading as 'n hoë-risiko benadering beskou word, is die enigste werklike risikofaktor met hierdie prosedure beskadiging van die tandkas (Gastineau, 1984).

3.5.3 JEJUNUALE OMLEIDINGSOPERASIE

Payne en De Wind (1969) ontwikkel in 1957 die jejunuale omleidingsoperasie as verbetering op die jejunokoliese omleiding. Laasgenoemde tegniek word gekenmerk deur 'n buis tussen die jejunum en kolon. Alhoewel gewigsverlies met laasgenoemde tegniek hoog is, is moontlike gevolge van die operasie diarree, abdominale ongemak en lewerversaking. Met sy oorsprong in die jejunokoliese omleiding, is die doel van die jejunuale omleidingsoperasie die verkorting van die dermkanaal om deur middel van verminderde intestinale absorpsie, gewigsverlies teweeg te bring. Die basiese prosedure behels die chirurgiese verwydering van 'n groot deel van die dunderm (Stout, 1982).

Sedert die ontstaan van die jejuanale omleidingsoperasie het daar talle veranderinge aan hierdie chirurgiese prosedure plaasgevind. Tans word 'n onderskeid tussen 'n end-tot-kant omleiding en 'n end-tot-end omleiding getref. 'n Bespreking van hierdie twee prosedures word vervolgens onderneem.

3.5.4 END-TOT-KANT OMLEIDING

Hierdie chirurgiese prosedure behels die chirurgiese isolasie van 'n groot gedeelte van die dunderm sodat voedsel slegs deur ongeveer 35 sentimeter van die dunderm en ongeveer 10 sentimeter van die ileum geabsorbeer word. By hierdie chirurgiese tegniek sluit die dunderm teen die kant van die ileum aan. Die distale gedeelte van die jejunum word afgesluit om intussisepsie (instulping) te voorkom (Conn et al., 1983; Schemmel, 1980; Stout, 1982).

Die funksie van die relatief kort ileum is die handhawing van 'n elektrolietbalans en Vitamien B12 absorpsie-funksies wat nie deur die dunderm verrig kan word nie. Die insluiting van die ileum is dan ook die kritiese faktor by die hele chirurgiese prosedure en is die hoofverbetering op die jejunokoliese omleiding (Schemmel, 1980). Alhoewel hierdie benadering 'n groot verbetering op die jejunokoliese omleiding is, is dit nie sonder newe-effekte nie. Van die algemeenste is bakteriële groei, voedingsgebreke en vetneerslae om die lewer.

3.5.5 END-TOT-END OMLEIDING

As oplossing vir die newe-effek van die end-tot-kant omleiding, wat die gevolg is van terugvloeiing van intestinale inhoud in die uitgeslote/defunksionele dunderm, ontwikkel Sherman (1965) die end-tot-end omleiding. Anders as met 'n end-tot-kant

anastomosis word die jejunum direk aan 'n gedeelte van die ileum geheg. Die intestinale gedeelte wat in onbruik is, word vir dreinerings aan die mid-transverse kolon geheg. Op hierdie manier word 'n verkorte absorpsieoppervlakte verkry sonder die moontlikheid van terugvloeiing.

As in aanmerking geneem word dat die gemiddelde volwassene se dunderm ongeveer 3,5 meter lank is, is dit duidelik dat 'n verkorte dunderm van 45 sentimeter aansienlike gevolge kan inhouden opsigte van voedselabsorpsie. Volgens Bleicher, Gegielski en Saparta (1974) beteken dit 'n vermindering van 90% in die absorpsieoppervlakte. By beide tegnieke (end-tot-kant en end-tot-end omleidings) was met verskeie jejunum en ileum-lengtes geëksperimenteer. Op grond van die navorsing van Scott, Brill en Price (1975) blyk dit duidelik dat daar 'n verband tussen gewigsverlies en jejunum-lengte bestaan; hoe korter die jejunum, hoe hoër die gewigsverlies. Tog wys Schemmel (1980) daarop dat 'n kort jejunum (minder as 30 sentimeter) 'n te groot gewigsverlies tot gevolg kan hê wat komplikasies mag veroorsaak. Sy aanbeveling, in lyn met die van Conn et al. (1983), is 'n minimum lengte van dertig sentimeter vir die jejunum en tien sentimeter vir die ileum.

EVALUERING VAN DIE TEGNIEK

Die intestinale omleidingsoperasie skep 'n beheerde, verkorte absorpsie-sindroom met 'n definitiewe aanpassingstydperk en post-operatiewe komplikasies. Alhoewel hierdie post-operatiewe

tydperk gekenmerk word deur relatief vinnige gewigsverlies is die pasiënt egter, vanweë 'n verkorte dunderm, aan verskeie kliniese komplikasies onderworpe.

Bleicher et al. (1974) en Conn et al. (1983) skryf die meeste gevalle van mortaliteit aan die volgende komplikasies toe: wanabsorpsie en diarree, elektrolietwanbalans, wanvoeding, gastro-intestinale bloeding, wanabsorpsie van Vitamien B12 en Vitamien A, D, en K. Die hooforsaak van mortaliteit by jejunale omleidingspasiënte bly egter lewerskade. Lewerskade is een van die langtermyn- komplikasies van die chirurgiese prosedure en affekteer ongeveer 14% van die pasiënte (Conn et al, 1983).

Ten spyte van hierdie hoë risikofaktore beklemtoon Bray en Benfield (1977) en Schemmel (1980) die waarde van die omleidingsprosedure. Die belangrikste positiewe aspek van hierdie prosedure is vinnige gewigsverlies wat gewoonlik van 'n permanente aard is (Andersen, Juhl & Quaade, 1980; Bray & Benfield, 1977; Saltzstein & Gutmann, 1980; Schemmel, 1980). Die grootste voordeel van hierdie benadering uit die oogpunt van die pasiënt, is daarin geleë dat die gewigsverlies binne die eerste maand of twee sigbaar is. In 'n studie van Saltzstein en Gutmann (1980) varieer die gewigsverlies van 16,2 tot 67,5 kilogram met 'n gemiddelde gewigsverlies van 5,58 kilogram per maand. Ongeveer 35 (Andersen et al., 1980) tot 43 kilogram (Schemmel, 1980) word as die aanvaarde syfer na 'n tydperk van ses maande post-operatief beskou. Eers na twaalf maande post-operatief begin die

gewigsverlies afplat.

In 'n vergelykende studie tussen jejunale omleiding en 'n tradisionele dieet en oefenprogram bevind Schemmel (1980) dat die chirurgiese prosedure 'n veel vinniger en meer permanente gewigsverlies tot gevolg het. In teenstelling hiermee bevind Drenick, Simons en Murphy (1970) dat vas 'n vinniger gewigsverlies tot gevolg het. Dit is duidelik dat daar heelwat teenstrydighede binne die literatuur bestaan ten opsigte van die doeltreffendheid van die chirurgiese prosedure.

Verdere voordele van dié chirurgiese prosedure word deur Bray (1978) soos volg gestipuleer:

- verbetering in psigososiale funksionering, soos verhoogde sosiale aktiwiteit, verbeterde interpersoonlike verhoudinge, self-konsep en moraal;
- vermindering in risikofaktore soos bloeddrukprobleme en 'n afname in insulienvereistes van die liggaam; en
- verbetering in sielkundige funksionering.

3.5.6 GASTRIESE OMLEIDING

Die gastriese omleidingsoperasie soos oorspronklik uitgevoer deur Mason en Ito in 1969 (Conn et al., 1983) het as primêre doelstelling die verkleining van die voedselreservoir (die maag). Die gevolg is dan dat die versadigingspunt vroeër bereik word. Deur 'n hoofgedeelte van die maag af te sluit, word die reservoïrfunksie van die maag met tot 90% (van die normale)

ingekort (Ludbrook et al., 1978).

By die oorspronklike chirurgiese prosedure was 'n werklike dwarsnit deur die maag uitgevoer om sekere maaggedeeltes af te sluit. Die kontemporêre benadering is egter om die distale van die proksimale te skei deur middel van 'n chirurgiese kramhegter sodat slegs 10% van die maag funksioneer (Alden, 1977).

Danksy die verkleinde maaginhoud word voedselinname outomaties beperk. Indien die persoon egter wel sy versadigingspunt oorskry, wat baie gouer bereik word, vind braking plaas. Die voordeel van hierdie tegniek bo die jejunuale omleiding lê daarin dat die absorpsie-oppervlakte behoue bly en daar is geen metaboliese of dieetkundige versteurings nie (Shearman & Baddeley, 1986). Die belangrikste voordeel bly egter die veel laer mortaliteitskoers. Schemmel (1980) stel die mortaliteitsyfer van gastriese omleiding op 37%, met wondinfeksie as die algemeenste komplikasie en oorsaak van post-operatiewe dood.

Vergeleke met jejunuale omleiding kan die gevolgtrekking gemaak word dat die gastriese omleiding 'n tegniek is met veel minder kliniese komplikasies en dat die gevolg 'n relatief hoë gewigsverlieskoers is. By 'n ontleding van die komplikasies wat gepaard gaan met gastriese omleiding, bereken Buckwalter (1980) dat ongeveer 18% van die pasiënte post-operatiewe komplikasies ontwikkel. Vergelykende studies tussen gastriese omleiding en jejunuale omleiding dui daarop dat die meeste klinici gastriese omleiding as chirurgiese prosedure verkies

(Alden, 1977; Buckwalter, 1980; Griffen, Young & Stevenson, 1977). Nie slegs toon die gastriese omleidingsprosedure 'n laer voorkomsyfer ten opsigte van post-operatiewe komplikasies nie, maar ook hoër gewigsverlies wat die doel van die prosedure is.

SLOTBESKOUIING MET BETREKKING TOT CHIRURGIESE BEHANDELING

'n Finale beoordeling van die waarde van chirurgiese behandeling van oorgewig toon aan dat hierdie metode 'n rol te speel het vir die behandeling van die persoon met ernstige gewigsprobleme. Daar bestaan egter heelwat teenstrydige opinies soos blyk uit die literatuur. Dit is vir talle klinici ook 'n belangrike oorweging dat die risiko in talle gevalle nie die gewigsverlies werd is nie.

UNIVERSITY of the
WESTERN CAPE

3.6 SIELKUNDIGE BEHANDELING VAN OBESITEIT

Sielkundige faktore is nie slegs belangrik by die etiologie van oorgewig nie, maar ook by die behandeling daarvan. Die volhou van dieetinstruksies is 'n belangrike element by behandeling, en een van die kernaspekte by sielkundige behandeling is dan ook die verhoging van motivering. Die verskillende verklaringsmodelle plaas die klem op oorsaaklike faktore soos angsvormindering, emosionaliteit, depressie, ensovoorts.

3.6.1 DIE ROL VAN PSIGOTERAPIE BY DIE BEHANDELING VAN OBESITEIT

Psigoterapeutiese behandeling van persone met gewigsprobleme het as doelstellings die verbetering van insig, die motivering van die kliënt, en om die kliënt te help om 'n realistiese houding te ontwikkel. Dit handel in hoofsaak om die identifisering van die rede waarom die kliënt te veel eet, en wat sy houding ten opsigte van eet is (Nel, 1976). Ook gaan dit om 'n blootlegging van onderdrukte gevoelens tydens die proses van terapie. Eers nadat hierdie konflikte opgelos is, die klient homself aanvaar het en dus sy werklike identiteit en individualiteit gevestig het, begin die terapeut met 'n differensiasie tussen hongersensasies en ander gevoelens. Vir talle klinici (Baird et al., 1969; Thiele, 1980) is die doel van psigoterapie ook om 'n positiewe selfbeeld by die oorgewig persoon tot stand te bring.

Dit is ook die funksie van die terapeut om te bepaal wanneer die kliënt gereed is vir gewigsverlies. Indien dit nodig mag wees behoort behandeling uitgestel te word totdat dit vir die kliënt geskik is. Die ontwikkeling van 'n positiewe liggaamsbeeld is vir Bruch (1981) een van die kernelemente van die psigoterapeutiese proses.

Daar bestaan 'n verskeidenheid sielkundige benaderings vir die behandeling van oorgewig. Die drie algemeenste behandelingswyses is groepterapie, psigo-analise en gedragsterapie.

3.6.1 DIE ROL VAN PSIGOTERAPIE BY DIE BEHANDELING VAN OBESITEIT

Psigoterapeutiese behandeling van persone met gewigsprobleme het as doelstellings die verbetering van insig, die motivering van die kliënt, en om die kliënt te help om 'n realistiese houding te ontwikkel. Dit handel in hoofsaak om die identifisering van die rede waarom die kliënt te veel eet, en wat sy houding ten opsigte van eet is (Nel, 1976). Ook gaan dit om 'n blootlegging van onderdrukte gevoelens tydens die proses van terapie. Eers nadat hierdie konflikte opgelos is, die klient homself aanvaar het en dus sy werklike identiteit en individualiteit gevestig het, begin die terapeut met 'n differensiasie tussen hongersensasies en ander gevoelens. Vir talle klinici (Baird et al., 1969; Thiele, 1980) is die doel van psigoterapie ook om 'n positiewe selfbeeld by die oorgewig persoon tot stand te bring.



Dit is ook die funksie van die terapeut om te bepaal wanneer die kliënt gereed is vir gewigsverlies. Indien dit nodig mag wees behoort behandeling uitgestel te word totdat dit vir die kliënt geskik is. Die ontwikkeling van 'n positiewe liggaamsbeeld is vir Bruch (1981) een van die kernelemente van die psigoterapeutiese proses.

Daar bestaan 'n verskeidenheid sielkundige benaderings vir die behandeling van oorgewig. Die drie algemeenste behandelingswyses is groepterapie, psigo-analise en gedragsterapie.

van die program word deur Conn et al. (1983) gemeld.

3.6.3 PSIGO-ANALISE

Die psigo-analitiese behandeling van oorgewig gaan van die veronderstelling uit dat oorgewig-persone probleme het om hul liggaamsensasies, spesifiek honger en versadiging, korrek te identifiseer (Ingram, 1976). In noue aansluiting hierby word oorgewig ook gesien as die simptoom van onderliggende neurotiese konflikte. Hierdie persone weet nie wanneer hulle honger of versadig is nie. Om hierdie problematiese fisiologiese funksionering te verminder, stel Buchanan (Ingram, 1976) 'n diepte-eksplorاسie in plaas van 'n interpreterende benadering voor. Hiervolgens word die klient in kontak gebring met sy ware liggaamsensasies soos honger en versadiging, sy fiksasies en betekenisvolle verliese .

Sukses met hierdie benadering is nie slegs wisselend nie, maar die gebruik daarvan is beperk tot persone met matig tot hoë intellektuele vermoëns. Rand en Stunkard (1983) beklemtoon die hoë koste verbonde aan hierdie benadering. 'n Ontleding van data van 'n opvolgstudie deur hierdie navorsers (vier jaar na die aanvang van psigo-analise) dui op 'n gemiddelde terapietydperk van 38 maande met die verspreiding tussen 29 en 65 maande. Dit is dus duidelik dat hierdie terapeutiese benadering, soos Ingram (1976) opmerk, nie effektief aangewend kan word by die gemiddelde oorgewig-persoon nie. In terme van terapeutiese winste rapporteer Rand en Stunkard (1983) 'n vermindering in die algemene vlak

van spanningsdruk en 'n verbeterde liggaamsbeeld.

3.6.4 GEDRAGSTERAPIE

'n Nuwe era in die behandeling van obesiteit het in 1967 begin met 'n navorsingspublikasie, Behavioral Control of Overeating, deur Richard Stuart (Stuart, 1967). Stuart, 'n maatskaplike werker, se proefpersone toon die hoogste gewigsverliesyfer in vergelyking met ander gewigsverliesprogramme van daardie tyd. Die basis van hierdie tegniek, gedragsmodifikasie, het sy oorsprong in die werk van Charles Fester, 'n student van B.F. Skinner. Aangesien hierdie beginsels van Fester egter nie volledig ontwikkel was nie, met gevolglike swak resultate, het Stuart dit oorgeneem, verfyn en groot sukses daarmee behaal. Hierdie hoë sukseskoers dien as impetus vir verdere navorsing deur Harris, Wollersheim en Haggis (Bray & Buthune, 1974). Tot op hede bestaan daar dan ook meer as 150 gepubliseerde kliniese verslae betreffende die aanwending van gedragsterapie by obesiteit.

4.6.4.1 DOEL EN KENMERKE VAN GEDRAGSTERAPIE BY GEWIGSVERLIES

Gedragsterapie as terapeutiese tegniek vir die behandeling van oorgewig is gefundeer op die beginsel dat verkeerde eetgewoontes en 'n gebrek aan oefening aangeleer is en dat dit gevolglik afgeleer kan word (Brownell & Kramer, 1989). In aansluiting hierby sien Golden (1976) die doelwitte van gedragsterapie as

die uitskakeling van voedsel as primêre bron van bevrediging en om die aktiwiteitspeil van die persoon te verhoog. Conn et al. (1983) het 'n aantal kenmerke van gedragsterapie, soos toegepas binne 'n gewigsverliesprogram uitgelig.

Die eerste en kernkenmerk van gedragsterapie is die fokus op waarneembare gedrag en waarneembare gedragsverandering. Die kern is dus die gedrag wat die probleem konstitueer en die spesifieke gedrag wat verhoog, verminder, uitgeskakel of uitgevoer moet word ten einde die probleem op te los (Bergin & Garfield, 1971). Hierdie klem op waarneembare gedrag lei dus tot die aanname dat obesiteit die gevolg is van gewoontes van oormatige kalorie-inname eerder as 'n simptoom van 'n onderliggende psigologiese stoornis. In hierdie opsig, verskil gedragsterapie dus kenmerkend van die ander sielkundige sisteme.

'n Tweede kenmerk van gedragsterapie is die presiese meting van teikengedrag ten einde die graad van verandering wat plaasgevind het, te bepaal. Gedurende die terapeutiese program word gepoog om te bepaal of gewigsverlies die gevolg is van 'n verandering in eetgewoontes of blote voedselontbering (vas) (Wilson & Brownell, 1980).

'n Besondere kenmerk van gedragsterapie is die inkorporering van doeltreffende kliniese tegnieke, verkry van algemene sielkundige beginsels en spesifiek van die sosiale leerteorie, by die terapeutiese proses. By die oorgewig-persoon wat besig is om gewig te verloor, is die leerbeginsel genaamd "gedragsvorming"

'n kernbegrip (Le Bow, 1981). As die oormatige inname van 'n spesifieke hoë kalorievoedsel 'n belangrike gewoonteprobleem is, sal die finale doelstelling ('n laer vlak van inname) geleidelik benader word by wyse van 'n reeks diskrete stappe.

'n Laaste kenmerk van gedragsterapie word deur Straw en Terre (1983) en Walker et al. (1981) omskryf as die individualisering van behandeling. Hiervolgens word wegbeweeg van die standaard behandelingspakket na 'n benadering wat ingestel is op die idiosinkratiese behoeftes van die individuele klient. In noue aansluiting hiermee word die doelstellings van terapie deur onderhandeling tussen klient en terapeut bepaal. Gedurige hersiening en herdefiniëring van doelstellings vind plaas na oorlegpleging met die klient. Die terapeut se hoofrol is om die klient op te lei om sy eie gedragspatrone te analiseer en toepaslike tegnieke vir die verandering van disfunksionele gedrag te help ontwikkel (Bergin & Garfield, 1971).

UNIVERSITY of the

WESTERN CAPE

4.6.4.2 GEDRAGSTERAPEUTIESE TEGNIEKE BY OBESITEIT

'n Wye reeks van gedragsterapeutiese tegnieke word aangewend as behandelingstrategieë vir oorgewig. Gedragsterapeute (Brownell et al., 1989; Foreyt, 1987, Le Bow, 1981 Stunkard, 1987) maak van die volgende tegnieke gebruik: aversiewe kondisionering, kovert sensitisasie, kovariante kondisionering, terapeut versterkings- en selfbeheertegnieke. 'n Bespreking van hierdie tegnieke word vervolgens aangebied.

AVERSIEWE KONDISIONERING

Alhoewel elemente van operante kondisionering 'n rol mag speel, beskou LeBow (1981) klassieke kondisionering as die grondslag van aversiewe tegnieke vir die behandeling van oorgewig. Deur die gekondisioneerde stimulus (voedsel of voedselbeeld) en aversiewe ongekondisioneerde stimulus aanhoudend af te paar, word 'n aversie of dan ten minste 'n verlaagde voorkeur vir kalorieryke voedsel ontwikkel. Die essensie van aversiewe terapie is om 'n aversiewe (onaangename) stimulus tesame met 'n ongewenste emosionele respons toe te pas, met die doel om laasgenoemde te inhibeer (Wolpe, 1982).

Skynbaar was Moss (Foreyt, 1977) die eerste om oormatige voedselinname met klassieke aversiewe metodes te behandel. Deur gebruik te maak van ouditiwe aversie het Moss daarin geslaag om sy enkele subjek 'n afkeur vir vrugtesappe te laat ontwikkel. Alhoewel daar oor die algemeen, soos wat dit die geval is met hierdie navorsing, gebruik gemaak word van 'n werklike gekondisioneerde of ongekondisioneerde stimulus, is die neiging om van stimuli in die verbeelding gebruik te maak (Wolpe, 1982). Foreyt en Kennedy (1971) het selfs daarin geslaag om voedselgeure as stimuli aan te wend.

Met betrekking tot die waarde van aversiewe kondisionering meen Foreyt en Kennedy (1971) dat dit bloot as 'n byvoegsel tot ander prosedures binne 'n gewigsverliesprogram hanteer behoort te word. Aanvullend hierby is dit nodig om in aanmerking te neem dat

aversiewe terapie baie keer nie slegs moeilik en tydrowend is om toe te pas nie, maar ook in talle gevalle pynlik of vreesaanjaend vir die subjek mag wees. Om aversiewe tegnieke as waardeloos af te maak sou op hierdie stadium prematuur wees. Die rede is dat daar 'n gebrek aan wetenskaplik-gefundeerde data bestaan (Abrahamson, 1977; Le Bow, 1981).

KOVERTE SENSITISASIE

Kovert sensitisasie verteenwoordig die kognitiewe element in behaviorisme. In teenstelling met aversiewe kondisionering waar die werklike aversiewe stimulus aangewend word, is die aversiewe elemente (stimulus, respons en gevolge) in die verbeelding van die kliënt aanwesig. Die rasonaal van kovert sensitisasie is 'n ontvlugtings- vermydingsparadigma met sy oorsprong in aversiewe kondisionering. Deur 'n hoogs aversiewe gebeurtenis (byvoorbeeld naarheid) met 'n stimulus (kalorieryke voedsel) wat vroeër 'n toenaderingsrespons uitgelok het, af te paar, sal die stimulus eienskappe aanneem wat ongemak by die subjek veroorsaak. Die subjek sal gevolglik leer om die stimulus (kalorieryke voedsel) te vermy (Le Bow, 1981). Die ontlokkende stimulus, die respons en die aversiewe gevolge word in die verbeelding aangebied. Volgens Walker, Hedberg, Clement en Wright (1981) bestaan die hele proses uit vyf basiese komponente. Hierdie elemente is as volg: Stimulussituasie, toenaderingsgedrag, aversiewe stimulus, ontvlugtings - vermydingsrespons en ervaring van verligting.

By die aanwending van koverte sensitisasie is dit nodig dat die presiese gedrag wat verander moet word (element 2) van kritiese antesedente stimulustoestande (element 1) onderskei moet word. By die identifisering van die antesedente stimulustoestande word onder andere gelet op waar die gedrag voorkom, wanneer dit voorkom, watter gemoedstemming dominant is op daardie oomblik, wie in die teenwoordigheid van die persoon is en die reeks van faktore wat met obesiteit geassosieer word. As derde stap word gesoek na 'n reeks van stimuli wat die kliënt afstootlik of weersinswekkend vind (element 3). By die gewigsverliesprogram is dit moontlik naardie, 'n gevoel van vomering, afstootlike geure en smake, bloed en ander aversiewe, visuele beelde in die verbeelding van die kliënt. By die meeste behandelingsprogramme stel die terapeut die lys van aversiewe stimuli in samewerking met die kliënt saam. Die kliënt word direk gevra watter dinge hy afstootlik en walglik vind. By die identifisering van verligtingstimuli word dieselfde prosedure as by aversiewe stimuli gevolg. Dit sluit toestande soos kalmte, ontspanning, vreedzaamheid en lomerigheid in. Selfs by die samestelling van ontvlugtings- of vermydingsresponse dra die kliënt aktief by. Verskeie respons-alternatiewe word met die kliënt bespreek ten einde een te kies wat realisties is. Binne die terapeutiese program word al hierdie aspekte geïntegreer.

Tydens die behandelingsprogram word 'n toneel op 'n dramatiese wyse aan die kliënt voorgedra. Die kliënt visualiseer elke toneel duidelik en sien hom/haar as 't ware betrokke by elke aspek van die toneel. Leon (1976) beveel die gebruik van tien tot twintig

tonele per sessie aan met 'n terugvoeringsperiode tussen elke toneel. Alhoewel die tydsduur van tonele varieer, is die gemiddelde duur van 'n toneel ongeveer een minuut. By talle terapeute is dit die gebruik om 'n selfbeheer-komponent (by wyse van tuiswerk) by die behandelingsprogram in te sluit (Le Bow, 1981). 'n Deel van die kontrak van die terapeut met die kliënt is dat die kliënt sensitiseringsstonele tussen die terapiessessies oefen.

'n Evaluering van koverte sensitisasie toon dat die kliënt oor 'n goeie verbeelding moet beskik. As oplossing vir hierdie probleem beveel Walker et al. (1981) verbeeldingsopleiding voor behandeling aan. Dit is gewoonlik vir die terapeut nodig om van visuele tegnieke gebruik te maak of aan die kliënt die toneel te verbaliseer terwyl hy dit visualiseer. Ten gunste van koverte sensitisasie wys Foreyt (1977) en Le Bow (1981) daarop dat daar nie sprake is van veralgemening na ander aanvaarbare eetgewoontes en voedselsoorte nie. Koverte sensitisasie kan dus suksesvol aangewend word om die inname van baie spesifieke voedselsoorte te verminder of voedselinname in sekere situasies te verminder. Vir Walker et al. (1981) is hierdie beperkte veralgemeningseffek 'n nadeel van koverte sensitisasie. Ten einde veralgemeenbaarheid te verseker is dit nodig dat alle dimensies en tipes van stimuli tydens die koverte sensitisasietoneel gedek moet word. Om hierdie rede behoort nie slegs die teiken-gedrag nie, maar ook ander soortgelyke gedragsresponse wat onder die stimulussituasie mag voorkom, aandag te geniet. As voorbeeld, die aversiewe stimulus behoort nie slegs met eet geassosieer te

word nie, maar ook met die drang om te eet en enige antisipasiegedrag wat tot voedselinname lei. Dan sal veralgemening na ander voedsel behalwe die teikenvoedsel voorkom.

Die waarde van kovert sensitisasie behoort aan die hand van konsumpsie van die teikenvoedsel eerder as gewigsverlies bepaal te word. Hierdie aspek blyk duidelik uit die navorsing van Lick en Bootzin (Abrahamson, 1977). Alhoewel die proefpersone hul inname van die teikenvoedsel verlaag het, het hul gewig, as gevolg van die inname van ander voedselsoorte, steeds nie afgeneem nie. Hierdie bevinding strook met dié van Elliot en Denney (1975) en Foreyt en Hagen (1973). Op grond van hul eie resultate en dié van Elliot en Denney (1975) kom Diamant en Wilson (1975) tot die slotsom dat 'n houdingsverandering ('n disposisie om spesifieke voedselsoorte te eet) gepaard moet gaan met overte gedragsverandering.

Afgesien van bogenoemde bevindinge dui navorsing deur onder ander Janda en Rimm (1972) en Manno en Marston (1972) op die waarde van kovert sensitisasie. Mann (1972) tref 'n onderskeid tussen vyf kovert behandelingsmetodes, insluitend twee sonder aversiewe tonele. Sy bevinding dui daarop dat kovert sensitisasie 'n afname in die inname van teikenvoedsel tot gevolg kan hê. 'n Verdere bevinding van hierdie studie is die groter effektiwiteit van nie-aversiewe behandelingsmetodes. Op grond van hul navorsing met twee oorgewig vroue kom Tondo, Lane en Gill (1975) tot die slotsom dat kovert sensitisasie wel suksesvol binne 'n gewigsverliesprogram aangewend kan word.

Om egter op grond van bestaande resultate meer as tentatiewe afleidings te maak, sou op hierdie stadium prematuur wees. Dat kovert sensitisasie wel 'n plek in die toerusting van die obesiteitsterapeut behoort in te neem blyk egter duidelik uit die bestudeerde literatuur. Opsommend sou die volgende uitspraak van Le Bow (1981) die mees aanvaarbare wees.

"I do believe as several others that covert sensitization's major service is as an accompaniment to different behavioral strategies." (Le Bow, 1981, p101).

KOVARIANTE KONDISIONERING

Kovariante kondisionering het as grondslag die Premack-beginsel. Hiervolgens tree 'n handeling met 'n hoë voorkomswaarskynlikheid as 'n versterker vir 'n handeling met 'n lae waarskynlikheid van voorkoms op (Leitenberg, 1976; Leon, 1976). Binne die terapeutiese program word behandelingstoestande so gemanipuleer dat die hoogs waarskynlike gedrag gekoppel word aan gedrag met 'n lae voorkomswaarskynlikheid.

Foreyt(1977) en Le Bow (1981) beskryf die strategie van kovariante beheer in drie opeenvolgende stappe:

Stap een is die daarstelling van 'n lys van aversiewe gedagtes wat verband hou met die kliënt se oorgewigsprobleem.

Stap twee behels die samestelling van 'n lys aangename gedagtes wat geassosieer word met 'n slanke liggaam. Die klem verskuif dus vanaf anti-vet na pro-slank.

Die derde stap behels die identifisering van sogenaamde hoë

waarskynlikheidsgedrag wat etlike kere per dag sal voorkom. Voorbeelde van handeling(e) is beantwoording van die telefoon, gaan sit of opstaan vanaf 'n sitplek en besoeke aan die toilet. Van die kliënt word verwag om voordat hy of sy die hoogs waarskynlike handeling(e) uitvoer, eers te dink aan een van sy of haar aversiewe gedagtes en dan aan een van sy of haar aangename gedagtes. Eers dan kan die hoogs waarskynlike handeling uitgevoer word.

Indien hierdie anti-oorgewig gedagtes sterk aversiewe gevolge van obesiteit onder die aandag kan bring met gepaardgaande versterkende pro-slanke gedagtes word oormatige voedselinname verlaag. 'n Doeltreffende vlak behels meer as agt kovariante koppelings per dag, aldus Le Bow (1981). Die invloed van kovariante kondisionering op disfunksionele, wanaangepaste eetgewoontes word verklaar aan die hand van kognitiewe dissonansie, wederkerige inhibisie en onmiddellike straf en beloning. Navorsing deur Horan, Baker, Hoffman en Shute (1975) dui daarop dat die aanwending van positiewe kovariante in die afwesigheid van aversiewe gedagtes meer suksesvol is. In die lig hiervan is die funksie van pro-slanke kognisies slegs 'n metode om die aversiewe waarde van anti-obesiteits-kognisies te versterk en te behou.

By 'n finale evaluering van die tegniek van kovariante kondisionering is die meeste klinici (Abrahamson, 1977; Horan et al., 1975; Le Bow, 1981; Mahoney, 1974; Todd, 1972) dit eens oor die kliniese bruikbaarheid daarvan binne 'n gewigsverliesprogram.

Vir Horan et al. (1975) gaan dit egter sentraal om die feit dat:

"Coverant control ought to be considered as a highly reactive, albeit short-range, treatment component of a comprehensive program" (Horan et al. 1975. p71).

Aanvullend tot kovariante kondisionering is stimuluskontrole en dieetskundige inligting dus nodig.

TERAPEUT-VERSTERKINGSTEGNIEKE

Oor die algemeen word terapeut-versterkingstegniese hoofsaaklik binne 'n geïnstitutionaliseerde milieu toegepas. Binne sodanige milieu is dit vir die terapeut makliker om programme vir die manipulasie van versterkers en die skepping van gebeurlikhede (kontingensies) daar te stel. Buite hierdie kliniese opset is dit byna onmoontlik om beheer oor veranderlikes uit te oefen (Walker et al., 1981). Tegnieke wat algemeen deur klinici aangewend word, is gedragskontraktering en tekenekonomie-programme. Aangesien die tekenekonomie-stelsel slegs doeltreffend is by geïnstitutionaliseerde persone, sal die klem in hierdie gedeelte op gedragskontraktering val. Dat tekenekonomie-programme wel doeltreffend binne 'n gestruktureerde en gekontroleerde milieu toegepas kan word, blyk duidelik uit die navorsing van onder andere Foreyt (1977) en Jeffrey, Gerber, Rosenthal en Lindquist (1983).

GEDRAGSKONTRAKTERING

Hierdie behavioristiese tegniek verwys na 'n ooreenkoms wat aan-

gegaan word en lei tot die daarstelling van 'n kontrak wat spesifieke handeling, beloning, negatiewe versterking en straf spesifiseer (Stunkard et al., 1987). By kontraktering gaan dit dus wesenlik om die spesifisering van 'n aantal gedragshandeling waarvan die voorkoms spesifieke gevolge behoort te hê. Hierdie gevolge word beheer deur 'n tweede persoon, gewoonlik die terapeut, 'n ouer of huweliksmaat (De Risi & Butz, 1980).

Die waarde van gedragskontraktering soos toegepas by die behandeling van obesiteit is tweeledig van aard (Walker et al., 1981):

(i) 'n Verband word geskep tussen die verlangde gedrag en die beloning daarvoor. Die kliënt weet dat oormatige voedselinname lei tot oorgewig en dit op sy beurt tot 'n bepaalde vorm van straf. Deur die verband tussen die gedrag en die gevolge daar te stel, word die verwagtinge van die oorgewig-persone verander. Die waarskynlikheid dat die gedrag sal verander, word soveel groter. Laasgenoemde aspek is dan ook geweldig belangrik met 'n refraktoriese verskynsel soos obesiteit.

(ii) Volgens Walker et al. (1981) is 'n belangrike kenmerk van gedragskontraktering die unieke manier wat dit aan die persoon verskaf om sy omgewing te manipuleer ten einde bepaalde doelstellings te bereik.

Die doeltreffendheid van hierdie tegniek word duidelik weerspieël in die navorsing van Dinoff, Rickard en Colwick (1972). In 'n seweweek-periode het die enkele proefpersoon, met behulp van 'n gedragskontrakteringsprosedure, 14 kilogram gewigsverlies getoon. 'n Hoogs aanvaarde praktyk by gedragskontraktering is die

insameling van geldelike deposito's met die aanvang van die gewigsverliesprogram (Brownell et al., 1989). Binne die kontrak is dit duidelik dat gedeeltelike terugbetalings van die deposito's afhanklik is van die hoeveelheid gewig verloor (Jeffrey, Christensen & Pappas, 1972; Mann, 1972).

'n Toepassing van hierdie tegniek is die studie van Brownell, Heckerman, Westlake, Hayes en Monti (1978). Hulle het die huweliksmaats van die persone betrokke by die gewigsverliesprogram betrek. Hierdie navorsers kom tot die gevolgtrekking dat die betrokkenheid van die huweliksmaat 'n sterk, fasiliterende faktor by gewigsverlies kan wees.

Soortgelyk aan hierdie studie is die van Aragona, Cassady en Drabman (1975) waar die ouers van oorgewig dogters by die kontrakteringsprosedure betrek was. In hierdie geval moes ouers optree as ondersteunings- en versterkingsagente ten einde te verseker dat hulle nie die deposito's wat met die aanvang van die program gemaak is, verbeur nie. Alhoewel die navorsers redelik sukses met hierdie prosedure behaal het, was gewigsverlies deur 'n hoë terugvalkoers gekenmerk.

Hierdie hoë terugvalkoers is egter nie uniek aan die navorsing van Aragon et al. (1975) nie, maar is 'n algemene verskynsel by terapeut-versterkingstegnieke toegepas binne 'n gewigsverliesprogram (Abrahamson, 1977; Foreyt, 1977; Le Bow, 1981). In 'n opvolging van sy vorige navorsing bevind Mann (1973) dat sommige van sy proefpersone reeds met die terminering

van behandeling, gewig herwin het. Ook Jeffrey et al. (1975) rapporteer soortgelyke resultate. In 'n studie waar vier proefpersone betrek is, het een proefpersoon na sy oorspronklike gewig terug gekeer, terwyl 'n tweede 'n groot deel van die gewig wat hy verloor het, weer herwin het.

Die rede vir hierdie hoë terugvalkoers behoort volgens Abrahamson (1977) gesoek te word in die feit dat die teiken gewigsverlies is, in plaas van korrekte eetgewoontes. Aangesien daar slegs gelet word op hoeveel gewig die subjek verloor, maak proefpersone van voedselontbering (vas), purgasie- en urineermiddels gebruik om vinnige gewigsverlies te bewerkstellig. Aangesien hierdie tegnieke met aversiewe waarde is, staak kliënte dit met terminering van behandeling. 'n Moontlike oplossing vir die probleem van 'n hoë terugvalkoers word deur Mann (1973) verskaf. Volgens hom het dit waarde om die kontrak te verleng. Die klient gaan dan voort met terapie.

SELFBEHEER AS BEHANDELINGSTEGNIEK BY OBESITEIT

Gedurende die 1970's vind daar 'n klemverskuiwing in die behavioristiese navorsingsliteratuur plaas. Die klem verskuif vanaf die terapeut-kliënt (eksterne kontrole) paradigma na selfbeheertegnieke (Phillips, 1977; Walker et al., 1981). Selfbeheer-ingryping word die primêre behandelingsmetode en die terapeut se regstreekse insette word sekondêr. Afgesien van die feit dat die kliënt self vir sy eie behandeling verantwoordelik is, is dit ook vir die persoon moontlik om sy gedragsverandering

langer te behou in die afwesigheid van terapeut-invloede (Hall, Hanson & Borden, 1974). Selfbeheer-strategieë as terapeutiese tegniek by die behandeling van obesiteit kan terug gevoer word na twee hoofbronne: Eerstens die Schachteriaanse eksternaliteits-hipotese (met die klem op onmiddellike, eksterne voedselaanduiders soos ander persone wat eet of die reuk van voedsel) en tweedens, tegnieke vir die manipulasie van eetgedrag wat voorgestel word deur Ferster, Nurmberger en Levitt (1962). Aangesien hierdie tegnieke van Ferster et al. (1962) noue ooreenkomste met komponente van die eksternaliteits-hipotese toon, val die klem vir doeleindes van hierdie oorsig op die teorie van Fester et al. (1962). Die kern van Ferster et al. (1962) se teorie is die beheer oor voedselinname. Hierdie navorsers teoretiseer dat die handeling van voedselinname onmiddellik versterk word deur 'n verskeidenheid van aangename sensasies, terwyl die aversiewe gevolge van oorinnome (dit wil sê wat tot oorgewig lei) verder in die toekoms voorkom. Die gevolg is dat onmiddellike gratifikasie omdat dit so kragtig is, latere straf totaal oortref. Die doel met selfbeheer is dus om die individu te motiveer om die onmiddellike bevrediging uit te stel en om sodoende die toekomstige (oorgewig) te vermy (Le Bow, 1981). Ten einde hierdie doel te bereik doen Le Bow (1981) vier stappe aan die hand, naamlik:

- (i) die bepaling van veranderlikes wat voedselinname beïnvloed;
- (ii) die manipulering van hierdie veranderlikes;
- (iii) die identifisering van die aversiewe gevolge;
- (iv) die ontwikkeling van die verlangde gedrag deur die proses van gedragsvorming. (Abrahamson, 1977).

Hierdie vier stappe vorm die grondslag van die tegniek van selfbeheer.

SELFBEHEER-STRATEGIEË

Die spesifieke strategieë wat by hierdie benadering aangewend word, word vervolgens bespreek.

I. VERANDERING VAN DIE EETHANDELING

Sentraal met betrekking tot die behavioristiese benadering vir die verandering van eetgewoontes, is die aanname van Ferster en

sy navolgers dat oorgewig-persone te vinnig eet. Dit gaan gevolglik primêr om die verandering van die persoon se eettempo. Navorsing deur onder andere Dodd, Birky en Stalling (1976) en Gaul, Craighead en Mahoney (1975) dui daarop dat oorgewig-persone gouer hul voedsel klaar koe en afsluk, en gewoonlik baie gouer as persone van normale gewig, 'n maaltyd voltooi. Die aanname word gemaak dat daar 'n verskil in eettempo tussen obese en nie-obese persone is. Voortvloeiend uit hulle navorsing beskou Le Bow (1981) en Stuart (1967) die eetproses as 'n ketting van gedrag bestaande uit die handelinge self, versterkers en omstandighede wat die individuele skakels voorafgaan.

Die hele proses van behandeling is by hierdie strategie gerig op 'n vertraging in hierdie ketting (Stunkard et al., 1987). Ten einde die spoed van voedselinname te vertraag word elke skakel verder verwyder van die uiteindelijke kernhandeling (die sluk van die voedsel). Die algemeenste wyses hoe hierdie verlenging in

die ketting plaasvind is:

- * deur die byvoeging van nuwe eenhede (skakels) of uitbreiding van gedragshandelinge binne 'n eenheid byvoorbeeld deur aan te beveel dat die persoon met mes en vurk eet in plaas van slegs met 'n vurk;
- * die voedsel moet van so 'n aard wees dat dit voorbereiding vereis voordat dit geëet kan word;
- * met die eksternaliteitshipotese in gedagte behoort slegs die kombuis 'n voedselentrum te wees.

II. DAARSTELLING VAN KLEINER GEWIGSVERRIESTEIKENS

Nie slegs is vinnige gewigsverlies fisiek nadelig nie, maar ontwrig ook die verwerwing van selfbeheer (Le Bow, 1981). Vinnige gewigsverlies gaan gepaard met voedselvermyding of voedselontbering wat tot gevolg het dat voedsel 'n sterk positiewe versterker word. Aangesien die behoefte aan voedsel so sterk is, lei dit daartoe dat eet kompeteer met selfbeheer en volgens Ferster et al. (Le Bow, 1981) kry eet in die meeste gevalle die oorhand.

III. TEENSTRYDIGE GEDRAG

'n Belangrike komponent by die ontwikkeling van selfbeheer is die ontwikkeling van 'n omvattende repertoire van gedrag wat bo ongeskeduleerde eetgewoontes gestel word (Meyer, 1973). Hierdie reeks van aktiwiteite omvat gedrag wat as plaasvervangers vir eet-episodes kan dien. Le Bow (1981) beklemtoon die feit dat

hierdie aktiwiteite teenstrydig met die eet-episodes behoort te wees.

Nie slegs is hierdie aktiwiteite van 'n plaasvervangende aard nie, maar dit tree ook op as versterkers (Perri et al., 1986). Die uitvoer van die teenstrydige handeling (lees, skryf, na musiek luister, die motor was, ensovoorts) het 'n inherente versterkende waarde deurdat dit aan die individu bevrediging verskaf. Versterking is dus nie onder die beheer van die terapeut nie, maar volg onmiddellik sodra die aktiwiteit uitgevoer of afgehandel is. Die frekwensie van teenstrydige gedrag word ook verhoog wat op sy beurt weer lei tot 'n afname in voedselinname.

IV. TERAPEUTIESE STIMULUSBEHEER

Met die uitgangspunt dat menslike gedrag bestaan uit antesedente, gedrag en gevolg, fokus stimulusbeheer (as selfbeheertegniek) op die antesedente gebeurlikhede. Uit die literatuur van Schachter blyk dit duidelik dat hierdie antesedente bepalers van eetgedrag is. Met hierdie punt in gedagte beskou Le Bow (1981) die doel van stimulusbeheer as die verkryging van positiewe stimulusbeheer en die eliminasië van teenproduktiewe aanduiders.

In sy oorsig van gedragterapie doen Bellack (1975) die volgende spesifieke stimulusbeheer-tegnieke aan die hand:

- * laat voedsel agter op die bord;
- * eet slegs op bepaalde tye op 'n bepaalde plek;

- * eethandeling moet vry wees van ander aktiwiteite soos na die radio luister of koerant lees;
 - * eet tuis voor 'n groot sosiale geleentheid;
 - * gebruik kleiner borde en skottels;
 - * doen inkopies na 'n maaltyd en nooit voor 'n maaltyd nie.
- Hierdie handelingte moet gesien word as antesedente gebeurlikhede wat die eethandeling beïnvloed.

V. BYVOEGING VAN POSITIEWE GEVOLGE TOT TERAPEUTIESE STIMULUSBEHEER

Ten einde die terapeutiese waarde van stimulusbeheer te maksimaliseer, is die bybring van positiewe gevolge noodsaaklik (Brownell et al., 1989). Dit is nodig dat versterking as terapeutiese komponent ingevoer word. Versterking is daardie komponent wat die waarskynlikheid dat die individu stimulusbeheer gedurig sal toepas verhoog. Van die mees algemene gevolge (versterkers) wat deur terapeute aangewend is, is geld, lof en punte (Bellack, 1975; Brownell, 1989; Foreyt, 1977; Rozensky & Bellack, 1976).

VI. MONITERING VAN DIE VOEDSELOMGEWING

In noue verband met versterking is die monitering van die verskeie aspekte van eetgedrag en fisieke aktiwiteit. Kliënte word versoek om die aantal skeppe kos, die tipe, hoeveelhede, die voorbereiding en kalorie-inhoude van voedsel wat hul gedurende die dag inneem, sorgvuldig te monitor. Net soos in

die geval van voedselinname vind rekordhouding van fisieke aktiwiteite ook plaas, sodat die individu aan die einde van die week 'n duidelike beeld het van sy kalorie-inname en kilojoule besteding (Brownell & Kramer, 1989; Stuart & Davis, 1979).

Die waarde van selfmonitering lê daarin dat dit self -evaluasië inisieër wat selfversterking of -straf tot gevolg het. Die individu evalueer sy gedrag teen selfgestelde norme of toepaslike handeling. Deur middel van hierdie proses van selfversterking of -straf verander die individu sy/haar omgewing om die frekwensie van sy eetepisodes te verminder. Monitering staan dus in direkte verband tot korrekte eetgewoontes.

4.6.4.3 INSTANDHOUDINGSTRATEGIEË

Aangesien verslawingsstoornisse deur 'n hoë terugvalkoers gekenmerk word, is instandhoudingstrategieë 'n noodsaaklikheid by die gedragsterapeutiese behandeling van 'n refraktoriese stoornis soos obesiteit (Kreitler et al., 1987). Ook by die evaluering van behandelingstegnieke is die rol van instandhoudingstrategieë 'n faktor wat in berekening gebring behoort te word. Oor die algemeen word gedragsterapeutiese behandeling gekenmerk deur 'n hoë sukseskoers in terme van gewigsverlies, maar die langtermynhandhawing is gebrekkig (Perri et al., 1988; Wardle & Beales, 1988). Baie min kliënte behou hul teikengewig na behandeling (Graham, Taylor, Hovell & Siegel, 1983; Kreitler et al., 1987; Stunkard & Penick, 1979).

Ondanks die feit dat instandhoudingstrategieë van kardinale belang is by die optimalisering van behandelingswinste is dit betreklik min aangewend. In 'n oorsig van gedragsterapeutiese behandelings tussen die tydperk 1974 tot 1979 (gebaseer op 71 studies) het slegs tien studies van instandhoudingstrategieë gebruik gemaak (Wilson & Brownell, 1980). Hierdie outeurs onderskei drie strategieë wat deur gedragsterapeute aangewend word, te wete: versterkingsessies, sosiale ondersteuningstelsels en kognitiewe beheer.

I. VERSTERKINGSESSIES

Nie slegs is versterkingsessies die gewildste strategie vir die optimalisering van behandelingswinste by obesiteit nie, maar dit geld ook vir vir ander behandelingsgebiede van gedragsterapie (Kingsly & Wilson, 1977 ; Perri et al., 1987).

Oor die algemeen is die resultate verkry van navorsing oor na-behandelingversterkingsessies nie konsekwent nie. Klinici is dit eens dat versterkingsessies wat vooraf bepaal word om teen 'n vaste tydsinterval aangewend te word, ontoereikend is (Ashby & Wilson, 1977, Wilson & Brownell, 1980). Volgens die sosiale leerteorie behoort kliënte die probleem te monitor en self-korrektiewe prosedures daar te stel wanner die eerste tekens van terugval voorkom. Die probleem met vooraf bepaalde versterkersessies is dat dit te laat aangewend mag word of te swak mag wees om selfregulerende vermoëns te herwin (Wilson & Brownell, 1980). Vir die meeste kliënte is 'n spesifieke gewigsvlak die aanduiding dat selfreguleringsstrategieë aangewend

moet word.

II. SOSIALE ONDERSTEUNINGSTELSELS

'n Primêre bron van sosiale ondersteuning is die obese persoon se onmiddellike gesin. Die navorsing oor die rol van die huweliksmaat by die ondersteuning van gewigsverliespogings dui gewoonlik op positiewe resultate. Brownell et al. (1978) en Dubbert en Wilson (1984) se navorsing waar huweliksmaats by die behandelingsprogram betrek is, toon 'n hoër sukseskoers as programme waarby huweliksmaats nie betrek was nie. By die behandelingsprogram van Brownell et al. (1978) was die funksie van die huweliksmaat om die obese maat se gedrag te monitor, voorgeskrewe eetgewoontes te modelleer en die huweliksmaat te help om deel te hê aan aktiwiteite wat onversoenbaar is met eet of voedselinname.

UNIVERSITY of the
WESTERN CAPE

Nie al die studies dui egter op die positiewe invloed van die teenwoordigheid van die huweliksmaat by die behandelingsprogram nie. By 'n herhaling van die studie van Brownell et al. (1978) kon Brownell en Stunkard (1981) nie bewys lewer van die positiewe waarde van huweliksmaat-betrokkenheid nie. In 'n onafhanklike studie bevind Dubbert en Wilson (1984) dat die insluiting van die huweliksmaat by die behandelingsprogram nie tot groter gewigsverlies aanleiding gee nie. Hierdie navorsers kom tot die gevolgtrekking dat in die studies waar huweliksmaat-ondersteuning wel verband hou met gewigsverlies die huweliksmaat-interaksie slegs verantwoordelik vir 'n klein variansie van suksesvolle

gewigsverlies is.

Ander sosiale ondersteuningstelsels wat aangewend word, is die arbeidsituasie en die gemeenskap in die breë (Brownell & Kramer, 1989). In laasgenoemde geval kan die media betekenisvol aangewend word om dieetkundige beginsels met die oog op gewigsverlies te propageer. In hierdie verband is die Stanford Three Community Studie vir die vermindering van kardiovaskulêre risikofaktore 'n sprekende voorbeeld (Farquhar et al., 1977). In hierdie program is die hele gemeenskap deur middel van die media betrek om hartsiektes te bekamp. Brownell en Kramer (1989) beskou sosiale ondersteuning as een van die benaderings wat meer positiewe resultate lewer. Die kombinasie daarvan met ander benaderings kan volgens hierdie outeurs die langtermyn-doeltreffendheid verder verhoog.

III. KOGNITIEWE BEHEER EN -HERSTRUKTURERING

Kognitief-behavioristiese strategieë lewer 'n waardevolle bydra tot die voorkoming en verklaring van die verskynsel van terapeutiese terugval (Brownell, Marlatt, Lichtenstein & Wilson, 1986; Kreidler et al., 1987). Die rol wat hierdie strategieë speel blyk duidelik uit 'n kognitiewe interpretasie van die gedrag van die obese persoon wat afwyk van terapeutiese voorskrifte. In sodanige geval bepaal die kliënt se interpretasie van die gewigsprobleem of die kliënt sal terugval op vroeëre oormatige voedselinname (en gebrek aan oefening), terug sal keer na die terapeutiese voorskrifte of terug sal kom

vir opvolgssessies (Brownell & Kramer, 1989). Dit gaan dus nie soseer om die verbreking van behandelingsvoorskrifte as sodanig nie, maar die klem val eerder op die betekenis wat die kliënt aan die voorskrifte heg. Oor die algemeen beskou kliënte dit as onvermoë van hulle kant om gewig te verloor (Wilson & Brownell, 1980). Talle kliënte voel dat hulle die riglyne verbreek het sodra hulle afwyk van behandelingsvoorskrifte en keer glad nie terug na die behandelingsprogram nie.

Die mate waartoe die kliënt hierdie negatiewe kognitiewe reaksies van onvermoë tot gewigsverlies sal kan weerstaan berus op verwagtinge van self-doeltreffendheid en self-werksaamheid wat deur behandeling teweeggebring is. Self-werksaamheid is volgens Bandura (1977) die oortuiging wat die persoon het dat hy 'n gegewe situasie suksesvol kan hanteer. Die kliënt met sterk self-werksaamheidsverwagtinge sal dus meer geneig wees om die potensieël destruktiewe gevolge van na-behandelingstransgressie te bowe te kom.

Vanuit hierdie agtergrond ontstaan spesifieke strategieë teen terapeutiese terugval. Die belangrikste hiervan is om moontlike terugslae gedurende behandeling te antisipeer en die kliënt toe te rus met kognitiewe en behavioristiese hanteringstrategieë (Kreitler et al., 1988). Vir die aanleer van hierdie strategieë word rollespel en repetisie (in die verbeelding) van hoë risiko situasies aangewend. Voorts word die kliënt se selfspraak, self-evaluerings en etiketiserings van die situasie noukeurig gemonitor (Altschul, 1987).

Alhoewel daar heelwat teenstrydighede bestaan oor die doeltreffendheid van kognitiewe herstruktuering soos blyk uit die navorsing van onder andere Rosenthal, Marx en Chambliss (1978) is dit egter duidelik dat hierdie tegniek wel doeltreffend binne 'n gewigsverlies -program aangewend kan word.

'n Finale evaluering van literatuur rakende die aanwending van instandhoudingstrategieë by gedragsterapeutiese behandeling toon duidelik dat dit 'n noodsaaklike deel van die behandelingsprogram behoort te wees. Verdere navorsing is egter nodig om te bepaal watter van die bestaande metodes die doeltreffendste is. Perri

et al. (1989) huldig die mening dat geen enkele korttermyn-tegniek die probleem van terugval ten volle kan oplos nie. Hul aanbeveling is 'n omvattende program van 'n jaar of meer.



SLOTBESKOUING TEN OPSIGTE VAN DIE BEHANDELING VAN OBESITEIT

Uit die bestudeerde literatuur kom dit duidelik na vore dat die behandeling van obesiteit 'n geweldig komplekse proses is. Dat daar nie sprake van 'n enkele, ideale tegniek is nie kom ook duidelik na vore. Die soeke na 'n tegniek met 'n hoë motiveringskrag en 'n hoë gewigsverliesindeks duur dus nog voort. In hierdie soeke is dit in baie gevalle die oorgewig persoon wat finansieël en emosioneel aan die kortste end trek.

HOOFSTUK 4

LITERATUUROORSIG : HIPNOTERAPIE

4.1 INLEIDING EN HISTORIESE OORSIG

Die toepassing van hipnose in psigoterapie was, ondanks sy groot bruikbaarheid, aanvanklik met verwerping en vyandigheid bejeën. Vir baie was dit te onwetenskaplik om binne die eksakte wetenskap van die psigiatrie en sielkunde te pas. Ten spyte van hierdie twyfelagtige verlede het hipnoterapie egter gegroei tot 'n dinamiese rigting binne die velde psigoterapie en die psigiatrie. Hedendaags vereis hipnoterapie 'n diepgaande studie in algemene psigopatologie, psigiatrie, en psigosomatiese afwykings van sy beoefenaars. Lank reeds is hipnose nie 'n tegniek wat slegs tot die verhoogkunstenaar of navorsingslaboratorium beperk is nie.

UNIVERSITY of the
WESTERN CAPE

Historiese oorsig

Wanneer ons die geskiedenis van hipnose nagaan, gaan ons gewoonlik terug tot by die werk van Franz Anton Mesmer (1734 - 1815), 'n Weense geneesheer uit die agtiende eeu. Dit kan egter wees dat die gebruik van hipnose onder ander benaminge so oud soos die mens se vroegste pogings tot genesing is.

Aangesien die era voor Mesmer in misterie en onsekerheid gewikkel is, word mesmerisme as die oorsprong van moderne hipnoterapie beskou. Deur die toepassing van beginsels van die astrologie en fisiese magnetisme het Mesmer geglo dat 'n mag gelykstaande aan elektrisiteit of magnetisme die heelal deurdring. Hierdie magnetiese mag word deur die hipnotis gegenerer en op die subjek oorgedra. Hierdie proses waartydens hy die kliënt se liggaamsvloeistowwe op 'n genesende manier herversprei, noem Mesmer diere-magnetisme. Die afwesigheid van verbale opdragte was kenmerkend van hierdie terapeutiese proses. Ten spyte van dramatiese resultate met sy hipnotiese tegniek verwerp die Franse Akademie Mesmer se tegniek op grond van die feit dat die invloed van die hipnotiseur die gevolg van die verbeelding van die pasiënt is.

Die volgende groot hoogtepunt kom met die werk van James Braid (1795 - 1860), 'n Engelse medikus. Braid verwerp die magnetiese teorie totaal en skeep die term hipnose. In die plek van magnetisme beklemtoon hy suggestie. Vir Hilgard en Hilgard (1983) is die werk van Braid die grondslag van hipnose soos ons dit vandag ken. Braid se bydrae kan gesien word in terme van sy pogings om die verskynsel van hipnoterapie binne die raamwerk van die neurofisiologie en (op daardie stadium) swak gedefinieerde sielkunde te plaas. In hierdie tyd kry Braid

sterk ondersteuning van sy tydgenote John Elliotson (1791 - 1868) en James Esdaile (1808 - 1859). Veral Esdaile plaas hipnose sterk op die voorgrond deurdat hy met behulp van hipnose, chirurgie beoefen.

Met die fondament gelê, is die hieropvolgende geskiedenis van hipnoterapie grootliks 'n poging van verskeie individue om hipnose in psigoterapie te gebruik en 'n sistematiese psigopatologie waarbinne dit kan funksioneer, te formuleer. Kort na Braid vind ons twee teenstrydige denkskole, te wete die Salpetriere-denkskool van Jean Martin Charcot (1835 - 1893) en die Nancy-skool van Auguste Ambrose Liebeault (1823 - 1904) en Hippolyte Bernheim (1840 - 1919). Die dispuut tussen Charcot en Bernheim loop uit op die "First International Congress for Experimental and Therapeutic Hypnotism" in 1889 te Parys.

Dit is ook om en by dieselfde tyd dat Sigmund Freud tesame met Joseph Breuer 'n belangstelling in hipnose begin toon. Die suksesvolle aanwending van hipnose in psigoterapie deur Freud gee aanleiding tot die alombekende *Über Hysterie* (1895). Hierdie ondersteuning deur Freud is egter van korte duur omdat hy die tegniek van vrye assosiasie daarvoor verruil. Freud se verwerping van hipnose sou egter nie die laaste woord vanuit die psigo-analitiese skool wees nie. By die Psigoanalitiese kongres

van 1918 wys Freud op die belangrikheid van direkte suggesties en hipnotiese invloede by psigoanalise, idees wat uiteindelik lei tot sy Group Psychology and the Analysis of the Ego (Wester & Smith, 1984). Na Freud se dood in 1939 ontwikkel Hadfield, hipnoanalise (die gebruik van hipnose by psigoanalise). Dit sou die eerste erkende gebruik van hierdie twee modaliteite in kombinasie wees (Heap, 1988).

'n Groter aanvaarding van hipnoterapie begin teen die einde van die Eerste Wêreldoorlog met die behandeling van soldate met bomskok. Die eerste eksperimentele werk Hypnosis and Suggestibility onder leiding van Clark Hull verskyn in 1933. Na die Tweede Wêreldoorlog kry hipnose sy wetenskaplike beslag. In 1959 kom die Vereniging vir Kliniese en Eksperimentele Hipnose in die V.S.A. tot stand. Hierna volg die Amerikaanse Vereniging van Kliniese Hipnose. Beide die Amerikaanse en Britse Mediese Verenigings keer opleiding in hipnose deur mediese skole goed.

Vandag, twee eeue na sy episodiese populariteit en sikliese geskiedenis, is Wolberg (1949) se beskouing van hipnose as 'n standaardprosedure tydens psigoterapie, mediese - en tandheelkundige behandeling, moontlik 'n ware weerspieëling van die status van hipnose.

4.2 TEORETIESE GRONDSLAG VAN HIPNOTERAPIE

4.2.1 BEGRIPSOMSKRYWING

Volgens Louw, Gouws, Meyer en Plug (1979) is hipnoterapie die toepassing van hipnose binne 'n terapeutiese raamwerk. Omdat dit dan tydens hipnoterapie gaan om hipnose as sodanig, is 'n omskrywing van die begrip hipnose belangrik. Vanweë die ryke omvang aan teorieë oor hipnose is die definiering van die begrip egter 'n geweldige omstrede kwessie.

Vanuit 'n semanties-entomologiese oogpunt beskou, is die woord hipnose afkomstig van die Griekse woord "Hypnos" wat ekwivalent is aan die Afrikaanse term "slaap". Om hipnose as slaap te klassifiseer sou egter geheel en al verkeerd wees soos blyk uit dié stelling van Spiegel (Freedman & Kaplan, 1980):

" Hypnosis is a structured form of aroused concentration"

(p1229)

Vir Kline (1964) is hipnose 'n toestand waarin stimulus-funksionering radikaal mag verander en realiteitsregulerings-meganismes meer buigsaam raak. Die omvattendste definisie word deur Louw et al. (1979) verskaf. Laasgenoemde se beskouing van hipnose is dat dit 'n gewysigde bewussynstoestand is wat veral,

ten spyte van subjektiewe gewaarwordinge en psigologiese funksionering, wesenlik van die wakkertoestand verskil deurdat die gehipnotiseerde persoon:

- vinnig 'n innige rapport met en verhoogde suggestievatbaarheid vir die hipnotiseur ontwikkel;
- se persepsie selektief en onderhewig aan die eise van die terapeut (hipnotiseur) word;
- intens verbeeldingryk meeleeft in fantasie;
- die inisiatief verloor om onafhanklik te handel;
- se emosionele en fisiologiese respons op pyn sodanig kan verminder dat dit benut kan word by verloskunde chirurgie, ensovoorts;
- amnesie kan ontwikkel.

4.2.2 TEORETIESE GRONDSLAG VAN HIPNOSE

Die pogings wat aangewend word om 'n verklaring te bied vir hipnose en die waargenome verskynsels daarvan is veelvuldig en uiteenlopend van aard. Basies word daar 'n onderskeid getref tussen twee hoofgedagtestrome, te wete: die fisiologiese en sielkundige.

4.2.2.1 FISILOGIESE TEORIEë

(i) Hipnose as slaap

Crasilneck en Hall (1975) beskou hipnose (as gevolg van die behoue rapport) as 'n gewysigde vorm van slaap wat sommige elemente van gewone slaap bevat, maar ook nog bykomende kunsmatige faktore insluit. Die eentonige stimulering van die sintuie en die fiksasie van die aandag op 'n enkele voorwerp verhoed dat enige ander prikkels energie vrystel in die brein. Vir die subjek bly daar dus slegs een afferente kanaal oop en wel dié een wat met die hipnotis in verbinding staan.

Die volgende verskynsels werp sterk twyfel op die geldigheid van hierdie sienswyse:

- (a) Hipnose kan geïnduseer word sonder dat die woord "slaap" ooit gebruik word.
- (b) sekere refleksbewegings, byvoorbeeld die patellarefleks wat gedurende slaap verswak of selfs verdwyn, toon gedurende hipnose 'n groter ooreenkoms met dié in die normale wakker toestand as met die in slaap.
- (c) Verskeie fisiologiese waarnemings soos elektrokardiografiese en respiratoriese lesings en studies met EEG-golfpatrone, velweerstand, ensovoorts toon in die hipnotiese toestand 'n groter ooreenkoms

met die van die wakkertoestand as met die in die slaaptoestand (Crasilneck & Hall, 1975; Gibson, 1979; Wolberg, 1949).

(ii) Hipnose as dissosiasie

Volgens hierdie teorie waarvan Janet en Charcot voorstanders was, word 'n deel van die persoonlikheid geaktiveer sonder die samewerking van die res van die persoonlikheid, sodat 'n splitsing of dissosiasie van die persoonlikheid voorkom. Hiervolgens verloor die hoofpersoonlikheid beheer oor die bewussyn en die handeling en neem 'n klein gedissosieerde gedeelte, wat in kontak met die hipnotis is, beheer oor .

Fourie (1976) reken egter dat dissosiasie nie gesien moet word as 'n primêre verklaring vir hipnose nie, maar wel 'n sekondêre eienskap daarvan is. Hy wys daarop dat wat in diep hipnose plaasvind, word soms spontaan in die wakkertoestand onthou. Dit toon dat die bewussyn nie gedurende diep hipnose verdring is nie.

(iii) Hipnose as inhibisie

Volgens Pavlov en Labinovich (Fourie 1976) veroorsaak die fiksering van die oë gedurende die hipnotiese induksie uitputting in die gebied van die optiese area en korteks en raak

die area uiteindelik geïnhibeer. Dieselfde gebeur met die akoestiese area as gevolg van eentonige stimulasie. Inhibisie van een so 'n area kan deur middel van bykomstige tegnieke verder oor die korteks versprei en so 'n hipnotiese toestand veroorsaak. 'n Verdere aanhanger van hierdie teorie is Volgyesi (Fourie, 1976) wat dit die Vasomotories omkeerbare deserebreasie teorie noem.

4.2.2.2 SIELKUNDIGE TEORIEË

(i) Hipnose as -rolspel

Die basis van hierdie teorie is dat daar nie so iets soos 'n hipnotiese toestand bestaan nie, maar dat dit slegs 'n verlengstuk is van die normale wakkerheid. Hipnose is dus 'n rolspel waar die kwaliteit van hipnose afhang van sekere sosiaal- sielkundige veranderlikes waaronder die geldigheid van die subjek se rolverwagtinge, die akkuraatheid van sy rolpersepsie, relevante vaardighede en ander veranderlikes val.

(ii) Die ideomotoriese teorie van hipnose

Volgens Heap (1988) neig enige idee wat sterk in die bewussyn posgevat het, om outomaties in gedrag oor te gaan, behalwe as dit geïnhibeer word. Wanneer 'n betekenisvolle prikkel op 'n persoon inwerk, word 'n hoeveelheid konatiewe energie vrygestel

wat deur middel van die sentrale en outonadiese sensustelsel neig om in gedrag oor te gaan. Die prikkel hoef nie van eksterne oorsprong te wees nie - neem as voorbeeld dat bloot die gedagte aan 'n geveg die vuiste kan laat bal.

(iii) Myers se teorie van die subliminale bewussyn.

F.W.H. Meyers se sienswyse postuleer dat die bewussynsstroom waarin die persoon verkeer nie sy enigste vorm van bewussyn is nie (Heap, 1988). Dit het geen voorkeur nie, maar blyk die beste te wees om die gewone lewe aan te durf. Daardie deel van die self wat onder die drumpel van die gewone bewussyn lê, word die subliminale self genoem en verskil van Freud se onbewuste grotendeels daarin dat dit nie net onaanvaarbare inhoude nie, maar ook goeie aanvaarbare inhoude bevat. In teenstelling met die bewuste self, wat beperk is in sy omvang as gevolg van konsentrasie op die eksterne wêreld, beskik die subliminale self oor 'n wyer verskeidenheid van fisieke en psigiese aktiwiteite. Dit is hierdie subliminale gedeelte wat gedurende hipnose bereik word.

Ander omstrede sielkundige teorieë sluit in:

- (a) die teorie van hipnose as atavistiese regressie
- (b) die suggestieteorie

- (c) die teorie van hipnose as oordrag
- (d) Esta Brooks se emosie-teorie, en
- (e) die regressie-teorie.

(iv) Die Psigoanalitiese teorie

Vanweë die bydrae van Freud tot die ontstaan van hipnose is dit noodsaaklik om die psigo-analitiese teorie van hipnose te bespreek. Binne die psigo-analise word hipnose primêr gesien as 'n regressiewe verskynsel waar die subjek reageer teenoor die terapeut soos hy sou reageer teenoor 'n betekenisvolle figuur uit sy verlede. Freud (Barrow, 1986) beskryf hipnose teen hierdie agtergrond as 'n onbewuste fiksasie van die subjek se libido op die persoon van die hipnotiseur. Hierdie fiksasie het sy oorsprong in die masochistiese komponent van die seksuele instink.

UNIVERSITY of the
WESTERN CAPE

Die mees omvattende psigo-analitiese teorie van hipnose is dié van Gill en Brenman (Barrow, 1986). Hierdie teorie sentreer rondom die ego-funksionering van die individu. Gedurende hipnose vind daar 'n verandering in normale ego-aktiwiteite plaas. 'n Nuwe sub sisteem, in diens van die ego, met beheer oor sekere egofunksies, word geskep. Hierdie nuwe substelsel word aan die tydelike kontrole van die hipnotiseur geleen,

terwyl die res van ego realiteitsgebonde bly.

Die psigo-analitiese teorie stel dus dat daar sprake is van 'n splitsing van die persoonlikheid. Wester en Smith (1984) verwys hierna as die dubbel-ego.

4.2.2.3 ERICKSONIAANSE TEORIE VAN HIPNOSE

'n Beweging weg van die tradisionele benaderings in hipnoterapie kom met die werk van Milton H. Erickson. Vir Erickson is alle hipnotiese verskynsels 'n verlenging van normale, alledaagse gedrag soos blyk uit die volgende omskrywing:

Hypnotism and hypnosis are the terms applied to a unique complex form of unusual, but normal behavior which can probably be induced in every normal person and also in persons suffering from many types of abnormality" (Erickson, 1980, p21).

In stryd met die algemene aanname postuleer die Ericksoniaanse beskouing van hipnose dat hipnose bloot 'n instrument is wat aangewend word om aangeleerde beperkinge wat aktualisering van bestaande moontlikhede blokkeer, te oorkom. In hierdie sin is

die terapeut (hipnotiseur) dus daar om die persoon te help om sy potensialiteite te ontdek of te ontplooi. Dit gaan dus nie om die beklemtoning van tegniek nie. Die onderliggende beginsel is om die persoonlikheidsbehoefte van elke individuele klient te bevredig (Immelman, 1984). Die ongestandaardiseerde, natuurlike aard van Erikson se strategieë vorm die kern van sy teorie.

Dit blyk dus dat geen teorie 'n ideale verklaring vir die verskynsel van hipnose bied nie.

4.3 HIPNOTIESE TRANS-INDUKSIE

4.3.1 RAPPORT AS VOORVEREISTE VIR INDUKSIE

Reeds met die werk van Mesmer is rapport binne die hipnotiese verhouding beklemtoon. Mesmer se beskouing van rapport was 'n fisieke handeling uitgevoer op een persoon deur 'n ander. Die waarde van rapport word deur Chértok (1981) soos volg omskryf: Hoe meer die subjek die hipnotiseur as 'n beskermende figuur ervaar, hoe groter die bereidwilligheid om hipnose te aanvaar. As die hipnotiseur angsveroorsakende konflikte by die subjek laat ontstaan, mag die subjek op 'n bewuste of onbewuste vlak hipnose weier.

Nie slegs het rapport 'n invloed op die proses van induksie nie, maar ook op die uitvoering van hipnotiese suggesties. Volgens Gilligan (1983) word rapport gefasiliteer deur die verkryging van die kliënt se aandag en die behoud daarvan.

Van die hoofdeterminante van rapport is:

- Persoonlikheidsrapport wat berus op persoonlikheidsinteraksie. 'n Hipnotiseur wat dominant en outoritêr voorkom, sal weerstand by 'n dominante, aggressiewe persoon (subjek) teweegbring.
- 'n Begrip van die kliënt se opvatting en houdings van hipnose. Enige wanopvattinge behoort vooraf deurgewerk te word. Veral vrees vir verlies van beheer oor sy eie liggaam behoort uit die weg geruim te word.
- 'n Persoonlike belangstelling deur die hipnotiseur. Volgens Miller (1979) is dit noodsaaklik dat die persoon voel dat dit die doel van die hipnotiseur is om die kliënt se wense te bevredig.
- Rapport word grootliks tot stand gebring deur die diens aan vorige kliënte waarvan 'n besondere kliënt kennis dra.
- Rapport is ook gesetel in die professionaliteit van die hipnotiseur.

Nie slegs is rapport 'n voorvereiste nie, maar ook 'n unieke

kenmerk van die hipnoterapeutiese verhouding. Binne die transtoestand reageer die subjek slegs op die opdragte van die hipnotiseur.

4.3.2 HIPNOTIESE SUGGESTIEVATBAARHEID

Dit is algemeen bekend dat persone verskil ten opsigte van hul suggestievatbaarheid vir hipnose. Hilgard et al. (1983) beskou die verspreiding van suggestievatbaarheid soos volg. Tien persent van die algemene bevolking bestaan uit die refraktoriese groep, dit wil sê daardie gedeelte van die bevolking wat nie vatbaar is vir hipnose nie. Vir 30% van die bevolking is 'n ligte transtoestand moontlik. Hierdie groep mag selfs in staat wees tot ligte anestese (gevoelloosheid). 'n Verdere 30% is in staat om 'n matige transtoestand met anestese en katalepse (verstywing van willekeurige spiere) te bereik. Die somnambulitiese trans, waartydens posthipnotiese suggesties, katalepse en hipnotiese amnesie moontlik is, word deur 30% van die bevolking bereik.

In teenstelling met Hilgard et al. (1983) se opvatting is die aanname van Erickson dat elke normale persoon potensieël hipnotiseerbaar is. Op eksperimentele vlak was 'n verskeidenheid van hipnotiese suggestievatbaarheidstoetse geskep. Die

Stanford Hypnotic Susceptibility Scale (SHSS) en die Children's Hypnotic Scale is van die eerste skale wat op eksperimentele vlak aangewend is (Wester & Smith, 1984). Op kliniese vlak is daar die Hypnotic Induction Profile ontwerp deur Spiegel om die seleksie van toepaslike psigoterapeutiese tegnieke moontlik te maak. 'n Verbetering op die SHSS is die Stanford Hypnotic Clinical Scale (SHCS) wat deur Hilgard et al. (1983) ontwikkel is. Die Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, ontwikkel deur Shor is van groot waarde by die keuring van groot groepe om die geskikste hipnotiese kandidate vir eksperimentele navorsing te verkry (Heap, 1988).

Aangesien klinici die waarde van bogenoemde gestandaardiseerde skale in twyfel getrek het, is pogings aangewend om hipnotiese vatbaarheid met ander parameters te korreleer. Die eerste en belangrikste was om te bepaal of die verskil in vatbaarheid die gevolg is van spesifieke persoonlikheidsstrekke. Die navorsing van Hilgard en Bentler (1983) was 'n eerste poging in hierdie rigting. Resultate verkry van 'n wye reeks van psigometriese toetse (MMPI, TAT en Rorschach) dui egter op geen verband tussen hipnotiese suggestievatbaarheid en persoonlikheid nie (Hilgard, 1970). Hilgard (1979) kon daarin slaag om 'n verband tussen suggestievatbaarheid en verbeeldingsbetrokkenheid vas te stel. Die persoon wat intens betrokke kan raak, kan buite die

realiteit beweeg en totaal geabsorbeer in die verbeeldingservaring raak. Hierdie absorpsie maak dit vir die persoon maklik om minder realiteitsgebonde te wees.

Vir die meeste klinici bly die beste voorspeller van hipnotiese suggestievatbaarheid 'n algehele induksie en is die aanwending van hipnotiese suggestievatbaarheidstoetse van geen terapeutiese waarde nie.

4.3.3 INDUKSIE-TEGNIÛKE

Tegnieke van hipnotiese transinduksie varieer van hipnotiseur tot hipnotiseur. In essensie is dit egter 'n relatief eenvoudige prosedure. Edelstein (1981) beskryf die eenvoudigste induksiemetode as 'n blote bevel van SLAAP! aan die subjek. 'n Goeie hipnotiseur wissel die tegnieke af om by die individuele kliënt te pas.

Alhoewel daar geen rigiede, standaardmetode bestaan nie, toon die meeste tegnieke ooreenkomste deurdat hulle van die volgende basiese elemente gebruik maak:

- die beperking van sensoriese inname en motoriese lewering
- die fiksasie van aandag
- herhaling van eentonige stimuli

- die induksie van ontspanning
- die skepping van 'n terapeutiese verhouding met die hipnotiseur (rapport).

Die drie induksiemetodes waaraan daar spesifieke aandag geskenk sal word is die Braid - Liebealt-, Miller-Endogeniese metodes en Ericksoniaanse Induksie.

4.3.3.1 BRAID-LIEBEALT-METODE

Fiksasie is die basis van hierdie prosedure. Aan die kliënt (subjek) word opdrag gegee om op 'n spesifieke objek in die vertrek te fikseer (fokus). Om fiksasie te vergemaklik word oorhoofse beligting verdof. Nadat oogfiksasie verkry is, stel die hipnotiseur hom ten doel om oogsluiting te bewerkstellig. Tesame met oogsluiting word suggesties van ontspanning gegee. Sodra oogsluiting verkry was, word die persoon deur middel van direkte suggesties die transtoestand ingelei.

4.3.3.2 DIE MILLER-ENDOGENIESE METODE

Miller (1979) beskou die Braid-Liebealt tegniek, vanweë die gebruik van optiese fiksasie, as minder doeltreffend. Omdat hierdie metode die aandag van ontspanning aftrek en boonop

tydrowend is, stel Miller (1979) die endogeniese metode voor.

Hierdie prosedure kry sy benaming vanweë sy klem op die interne respiratoriese serebrale refleks. Anders as met die ander tegnieke van eksterne fiksasie, gaan dit hier om konsentrasie op die subjek se respiratoriese ritme. Die spesifieke proses van induksie word in vyf onderskeibare fases ingedeel:

Fase Een - Hierdie fase konsentreer hoofsaaklik op die asemhaling van die subjek. Die hoofdoel is om asemhaling in die borsgedeelte na maagasemhaling ("belly-breathing") te verander. Sodoende word 'n meer ontspanne asemhalingsritme ontwikkel.

Fase Twee - Sodra 'n merkbare verandering in asemhalingsritme ontwikkel het, verskuif die fokus na progressiewe ontspanning by die subjek. Suggesties van euforia, lomerigheid en ontspanning word geïnduseer.

Fase Drie - Deur middel van 'n aftellingsprosedure word die subjek na 'n dieper vlak in die trans geneem. Gewoonlik gebruik Miller (1979) 'n telling van dertig na een met suggesties van diep slaap (trans) aan die syfer een gekoppel. Aan die einde van hierdie fase behoort die subjek reeds in 'n diep trans te wees.

Fase Vier - Miller (1979) beskryf hierdie as die toetsfase vir transdiepte.

Fase Vyf - Handlevitasie word aangewend om verdieping van die transtoestand te bewerkstellig.

ERICKSONIAANSE INDUKSIE

Uniek aan die Ericksoniaanse prosedure is die twee definitiewe stadia. Fase een behels die voorbereiding van die subjek en dien as basis vir transinduksie in die tweede gedeelte (stadium).

FASE EEN - VOORBEREIDING

Immelman (1984) onderskei hier tussen dissosiatiewe en assosiatiewe strategieë. In wese behoort dit egter nie as twee opponerende benaderings beskou te word nie. Veel eerder behoort dit beskou te word as twee strategieë wat twee verskillende roetes verteenwoordig om by dieselfde bestemming naamlik die hipnotiese toestand uit te kom (Immelman, 1984).

Dissosiatiewe strategieë is die ontwrigting en verswakking van die kliënt se bewuste prosesse. Gilligan (Immelman, 1984) onderskei tussen drie tipes dissosiatiewe strategieë. Hierdie

strategieë verteenwoordig elemente wat na willekeur by die proses van induksie toegepas kan word.

- afleiding van aandag wat behels die toewysing van irrelevante take en die stel van vrae wat nie beantwoord kan word nie.
- verwarringstegnieke
- identifisering en beklemtoning van die gewone, voorspelbare gedragspatroon gevolg deur doelbewuste ontwrigting of versteuring van die ordelike patroon om onsekerheid te skep.
- kognitiewe oorlading
- dra feite oor wat ruimtelike of temporale disoriëntasie veroorsaak. .

Tegnieke van verveling

Die mededeling van vervelige feite of stories wat veroorsaak dat die subjek ontvlugting soek in die trans.

Asosiatiewe tegnieke

Sodra rapport verkry is kan onbewuste prosesse ontwikkel word deur die stel van algemene of spesifieke vrae. Hierna word die hipnotiese ervaring geïnisieer. Dit word gedoen deur algemene vrae te stel of spesifieke vrae as bepaalde verskynsels uitgelok moet word. As voorbeeld noem Immelman (1984) vrae rondom die kliënt se kinderjare. Nie slegs word hy vasgevang in die

herroeping van herinneringe/ervarings uit sy kinderjare nie, maar tegelykertyd word die grondslag vir ouderdomsregressie gelê.

FASE TWEE - INDUKSIE

Hierdie fase neem 'n aanvang sodra die kliënt se bewuste gedisoriënteerd word of as hy vasgevang geraak het in die herroeping van vorige ervarings . Enige van die tradisionele tegnieke word nou aangewend om die hipnotiese induksie te voltooi.

4.4 SUGGESTIOLOGIE

4.4.1 HIPNOTIESE SUGGESTIES

Suggesties is een van die kernelemente van hipnoterapie. Nie slegs is dit die basis van die induksieproses nie, maar dit vorm ook 'n integrale deel van die tegnieke van die hipnotiseur.

Immelman (1984) tref 'n onderskeid tussen direkte en indirekte suggesties wat direk verband hou met die oorskakeling tussen konvensionele en Ericksoniaanse hipnose.

4.1.1.1 Direkte suggesties

Edelstein (1981) beskou direkte suggesties as die oudste van alle hipnotiese tegnieke. Die eenvoudigste vorm van 'n direkte suggestie is die suggestie waar die hipnotiseur 'n duidelike, direkte versoek om 'n spesifieke respons aan die subjek rig. Erickson (1980) beskryf hierdie tipe suggesties as volg:

"Direct suggestion is based primarily, if unwittingly, upon the assumption that whatever develops in hypnosis derives from the suggestion given. It implies that the therapist has the miraculous power of effecting therapeutic changes in the patient; and disregards the fact that therapy results from an inner resynthesis of the patients behavior, achieved by the patient himself". (p38)

Dat dit by direkte suggesties hoofsaaklik gaan om die outoriteit van die hipnotiseur, word in hierdie omskrywing beklemtoon. Immelman (1984) wys op die feit dat hierdie mag van die terapeut 'n bedreiging vir die kliënt inhou deurdat die terapeut die kliënt manipuleer.

4.1.1.2. Indirekte suggesties

Volgens Rossi (1980) is die indirekte benadering ontwikkel om die aangeleerde beperkinge van die kliënt te oorkom en om

sodoende die funksionering van onbewuste prosesse te vergemaklik. Erickson (1980) se beskouing van indirekte suggesties beklemtoon die rol van die individu (subjek) by suggesties :

" Indirect suggestions was recognized as being a function of the subject's individuality..." (p 452)

Die groter effektiwiteit van indirekte suggesties kan volgens Erickson (1980) aan die volgende basiese kenmerke toegeskryf word:

1. Indirekte suggesties omseil bewuste kritiek van die subjek.
2. Hierdie tipe suggesties het ten gevolg dat die subjek se vorige lewenservaringe en unieke potensiaal gemanifesteer word.
3. Die psigodinamika van leer met prosesse soos assosiasie, ooreenkomste, kontraste, ensovoorts is betrokke op 'n onbewuste vlak.

In plaas van 'n outoritêre figuur is die rol van die hipnotiseur bloot dié van fasiliteerder wat sekere moontlikhede aan die kliënt suggereer (Immelman, 1984).

4.4.2 DIE AARD VAN HIPNOTIESE SUGGESTIES

Die beste beskrywing van die aard van hipnotiese suggesties word deur Erickson (1980) verskaf:

"... hypnotic suggestions is actually the process of evoking and utilizing a patient's own mental processes in ways that are outside of his usual range of intentional and voluntary control." (p14)

'n Deeglike begrip van die aard van hipnotiese suggesties is onmoontlik sonder 'n studie van post-hipnotiese suggesties.

4.4.3 POST-HIPNOTIESE SUGGESTIES

'n Post-hipnotiese suggestie tree in werking wanneer die hipnotiseur 'n instruksie gee wat na die hipnotiese sessie uitgevoer moet word (Barrow 1986).

'n Meer omvattende definisie word deur Erickson (1980) verskaf. 'n Posthipnotiese handeling word deur die subjek uitgevoer na ontwaking uit die hipnotiese trans in respons op suggesties wat gedurende die transtoestand aangebied was. Die subjek toon egter geen bewustheid van die onderliggende oorsaak of motief vir die uitvoer van die handeling nie.

Die instruksies is ten alle tye baie spesifiek en daar word ook 'n teken gegee wat as aanduiding dien vir die uitvoering van die handeling.

Die aard van posthipnotiese suggesties

Die uitvoer van die post-hipnotiese suggesties is obsessioneel van aard: die subjek voel homself verplig om dit uit te voer al is dit ook hoe onlogies. In hierdie verband wys Erickson (1980) daarop dat dit nie deel vorm van die bewuste stroom van aktiwiteite nie en gevolglik is dit nie 'n integrale deel van die gedrag van die totale situasie nie. Die persoon mag egter sy post-hipnotiese gedrag rasionaliseer en daar is weinig sprake van introspeksie ten opsigte van motiewe vir die gedrag.

Die belangrikste kenmerk van die post-hipnotiese suggestie is dat dit nie 'n eenvoudige respons op 'n opdrag wat gedurende hipnose gegee was, is nie. Die posthipnotiese suggestie hou direk verband met die transtoestand in die sin dat elemente van 'n hipnotiese trans weer na vore tree:

"... we have observed repeatedly under varying circumstances and in a great variety of situations that the hypnotized subject instructed to execute some act posthypnotically invariably develops spontaneously a hypnotic trance" (Erickson 1980, p388).

Hierdie spontane trans is van korte duur (dit is enkelvoudig) en staan in direkte verband met die uitvoering van die posthipnotiese handeling. Dit is belangrik dat hierdie trans al die kenmerke van die transtoestand waaronder die posthipnotiese suggestie gegee was, besit. Hierdie spontane posthipnotiese trans is dus in wese 'n verlengstuk van die vorige, gewone transtoestand. Afgesien van 'n enkelvoudige post-hipnotiese transtoestand onderskei Erickson (1980) ook 'n meervoudige trans, wat bestaan uit 'n kort opeenvolging van 'n aantal kort, spontane transe.

Spesifieke manifestasies van hierdie spontane trans word deur Erickson (1980) as volg beskryf:

- die ontwikkeling van 'n trans in direkte verhouding tot die spesifieke sneller (aanduider) vir die posthipnotiese handeling;
- 'n duidelike verlies aan kontak met die algemene omgewing en geen respons op enige eksterne stimuli;
- die beëindiging van die transtoestand of 'n voltooiing van die posthipnotiese handeling word gekenmerk deur 'n oomblik van verwarring en disoriëntasie.

Wat betref die verband tussen tydsverloop en die sterkte van 'n post-hipnotiese suggestie wys Smalberger (1985) op die gebrek aan navorsing. Tog word dit algemeen aanvaar dat die sterkte

van die suggestie met verloop van tyd afneem. Aan die anderkant vermeld Erickson (1980) 'n tydperk van so lank as drie jaar en in een geval selfs vyftien jaar nadat die suggestie gegee was. Beide Immelman (1984) en Smalberger (1985) is dit eens dat die transdiepte van kardinale belang is by die langtermyn-uitwerking van post-hipnotiese suggesties. 'n Tweede veranderlike wat 'n rol speel, is die kompleksiteit van die spesifieke suggestie. 'n Eenvoudige suggestie wat onder diep transtoestand gesuggereer word, sal 'n veel langer uitwerking hê. Immelman (1984) kom tot die gevolgtrekking dat die doeltreffende duur van posthipnotiese suggesties onbepaalbaar is.

4.4.4 HIPNOTERAPEUTIESE BEHANDELING VAN OBESITEIT

Die literatuur rakende gewigsverlies met behulp van hipnose word gedomineer deur anekdotiese verslae met weinig aandag aan aspekte soos die identifisering van behandelingskomponente of die verband tussen karaktertrekke van die kliënt en sy of haar gewigsverlies. Daar word ook weinig aandag geskenk aan opvolg na terminering.

'n Aspek wat tans baie aandag geniet is die verband tussen gewigsverlies en suggereerbaarheid. Die basiese aanname by die meeste klinici is dat hoogs suggereerbare persone meer baat sal

vind by hipnoterapeutiese behandeling. Hierdie aanname word ondersteun deur 'n positiewe korrelasie tussen hipnotiseerbaarheid en die gevolg (uitslag) van hipnoterapeutiese behandeling by verskynsels soos asmaverligting, pynbeheer en sekere dermatologiese probleme. Navorsing deur Deyoub en Wilkie (1980) dui op 'n positiewe korrelasie tussen gewigsverlies en suggereerbaarheid (soos gemeet deur die Barber Suggestibility Scale) (Heap, 1988). Deur gebruik te maak van die Stanford Hypnotic Susceptibility Scale bevind Andersen (1985) dat die vlak van suggereerbaarheid die gewigsverliessyfer kan beïnvloed.

Deyoub (1980) verbreed die perspektief met die volgende gedagte:

"It may be that the relevance of suggestibility is determined by the context of each particular treatment situation".

(p 338)

Dat die verband tussen hipnotiseerbaarheid en gewigsverlies indirek mag wees is dus nie heeltemal uitgesluit nie. Andersen (1985) se bydrae in dié verband is dat suggereerbaarheid 'n kleiner rol speel by verskynsels wat selfgeïnisiëerde gedrag is, as by verskynsels wat ontstaan vry van die persoon se wilskrag. In teenstelling met bogenoemde data wat 'n positiewe verband aandui, is daar bewyse dat hipnotiese vatbaarheid nie sonder uitsondering in direkte verhouding tot gewigsverlies staan nie

(Andersen, 1985; Deyoub, 1979). Om egter op hierdie tydstip tot 'n finale besluit te kom sal prematuur wees.

4.4.5 TERAPEUTIESE EFFEKTIWITEIT

'n Beoordeling van die hipnoterapeutiese obesiteitsliteratuur toon aan dat die meeste studies in werklikheid groeps-gedragsmodifikasieparadigmas is wat binne 'n hipnotiese raamwerk toegepas word.

'n Duidelike voorbeeld is Kroger (1970) se Comprehensive Management of Obesity. Sy benadering berus hoofsaaklik op visualisering van tonele en suggesties wat onder hipnose gegee word. Sekerlik die mees algemene tegniek wat sy wortels in gedragsterapie het, is hipnoaversie. Op grond van data verkry van 100 obese proefpersone kom Miller (1976) tot die gevolgtrekking dat hipnoaversie veral effektief is, nadat ander metodes misluk het. Deur suggesties van naarheid en vomering in verband te bring met hoë kalorievoedsel behou 59% van die populasie hul ideale gewig.

Een van die mees omstrede aspekte by die hipnoterapeutiese behandeling van obesiteit, is die groep- versus individuele benadering. Die siening van Wadden en Flaxman (1981) is dat in-

dividuele behandelingsessies dit vir die terapeut moontlik maak om maksimaal responsief teenoor die kliënt se behoeftes te wees. In teenstelling hiermee is Deyoub (1979) se bevinding dat proefpersone in groep-hipnoseprogramme 'n hoër gewigsverliessyfer toon as persone in 'n individuele behandelingsgroep. Binne die individuele benadering is interaksie beperk tot die kliënt en terapeut in teenstelling met die stut wat deur groepsondersteuning en groepsdruk verskaf word.

'n Beoordeling van hipnoterapeutiese obesiteitsliteratuur vir die tydperk 1975 - 1980 bring Wadden en Anderton (1982) tot die gevolgtrekking (alhoewel nie 'n finale gevolgtrekking nie) dat as hipnose suksesvol is by die behandeling van obesiteit kan die doeltreffendheid aan nie-hipnotiese faktore toegeskryf word. Spesifieke faktore wat hierdie navorsers in hierdie verband vermeld is beperkte dieëtvorligting, 'n positiewe behandelingsverwagting by die kliënt en aanmoediging vir gewigsverlies. Dit is egter die mening van hierdie outeur dat hierdie gevolgtrekking berus op 'n beperkte getal studies (agt in totaal) en gevolglik nie as afdoende getuienis aanvaar kan word nie.

Wat die rol van ander modaliteite soos gedragsterapie en dieetterapie betref, lê die waarde van hipnose juis daarin dat dit die doeltreffendheid van daardie modaliteite verhoog hetsy

dit gedrags- of dieëtterapie is. Die hoofdoel van elke terapeut behoort die integrasie van daardie modaliteite wat die kliënt se behoeftes die beste pas te wees. Dit mag soms selfs nodig wees om hipnose tydelik te verplaas met gedragsterapie of hipnose aan te wend vir angsvermindering in plaas van gewigsverlies.



UNIVERSITY *of the*
WESTERN CAPE

5.1 DOELSTELLING VAN DIE STUDIE

Omdat dit uit die literatuuroorsig geblyk het dat daar geen Suid-Afrikaanse navorsing rakende die aanwending van hipnoterapie by obesiteit bestaan nie, is besluit om die terapeutiese doeltreffendheid daarvan op 'n steekproef uit 'n populasie van oorgewigpersone te toets. Dit vorm dan ook die hoofdoelstelling van die studie. 'n Newegesikte doelstelling is die vergelyking van die doeltreffendheid van hipnoterapie, as behandelingsbenadering by obesiteit met die van gedragsmodifikasie-tegnieke.

5.2 PROEFPERSONE

Die proefpersone het bestaan uit 46 studente wat gedurende 1987 aan die Universiteit van Wes-Kaapland gestudeer het. Die steekproef verteenwoordig studente uit alle fakulteite, behalwe die Tandheelkunde Fakulteit. Proefpersone is deur middel van biljette (Bylae 2) gewerf en aanmelding was op 'n vrywillige basis. Die inhoud van die biljette het gefokus op hulpverlening aan persone met gewigsprobleme. Geen inligting rakende die behandelingsprogramme is op die biljette verstrek nie. 'n Aanvanklike totaal van 103 proefpersone is op hierdie wyse gewerf. Van hierdie aanvanklike totaal het 46 proefpersone vir die eerste oriënteringsessie van die gedragsmodifikasie, hipnoterapie met

direkte hipnotiese suggesties en hipnoaversiegroepe aangemeld. 'n Beskrywing van die indeling van die proefpersone in behandelingsbenaderings word in tabel 5.1 aangedui. Al hierdie persone het aan die insluitingskriterium, 'n liggaamsmassa-indeks van tussen 25-30, voldoen. Liggaamsmassa-indeks verwys in hierdie geval na die verhouding tussen gewig en lengte. Soos reeds beskryf in Hoofstuk 1 sou bogenoemde indeks verwys na oorgewig, eerder as obesiteit. Die ouderdomme van proefpersone het gewissel van 18 tot 26 jaar, met 'n gemiddelde ouderdom van 20 jaar. Die gemiddelde gewigsyfer was 77 kilogram met 'n verspreiding van tussen 70 kilogram en 125 kilogram. In hierdie steekproef was 3 proefpersone manlik en die res vroulik.

Tabel 5.1 Beskrywing van die indeling van proefpersone in behandelingsbenaderings.

Groepe	Behandelingsbenadering	Totale
Groep 1	Gedragmodifikasie	14
Groep 2	Hipnoaversie	7
Groep 3	Direkte hipnotiese suggesties	11
Groep 4	Uitgestelde behandeling/ kontrole	13

N =45

5.3 PROSEDURE

Proefpersone in die behandelingsgroepe het 'n totaal van ses kontakssessies (insluitend die opvolgmeting) binne groepsverband gehad. Die nie-behandelingsgroep, wat 'n uitgestelde behandelingsgroep was, het slegs twee keer ontmoet, tydens die oriënterings- en

evalueringssessies. 'n Gedetailleerde bespreking van die prosedure word by die onderskeie behandelingsprosedures aangebied.

5.3.1 BEHANDELINGSPROSEDURES

'n Bespreking van die onderskeie behandelingsprosedures word vervolgens aangebied. 'n Beskrywing van die programinhoud word in Bylae 3 aangebied.

5.3.1.1 ORIËNTERINGSSESSIE

Die doel van hierdie sessie was om proefpersone te oriënteer ten opsigte van die behandelingsprogram. Proefpersone is meegedeel dat die behandelingsprogram gratis was en dat bywoning vrywillig was. Die belangrikheid van bywoning is egter sterk beklemtoon. Tydens die oriënteringssessie was, afgesien van die gewigsmeting ook 'n angsmeting met behulp van die STAI verkry (Bylae 1.1 en 1.2). Alle proefpersone in die behandelingsgroepe is gevra om 'n eetgewoontesvraelys te voltooi. (Bylae 1.3 en 1.4). Persone in die hipnoterapiegroepe (hipnoaversie en direkte hipnotiese suggesties) was ook georiënteer ten opsigte van hipnoterapie. (Sien Bylae 3.1)

5.3.1.2 GEDRAGSMODIFIKASIE

'n Hoogs gestruktureerde selfmodifikasieprogram, gebaseer op 'n aangepaste weergawe van Watson en Tharp (1981) se Self-directed Behavior, is aangebied. (Sien Bylae 4). Proefpersone moes 'n

totaal van vyf sessies bywoon om aan alle vereistes vir dié betrokke program te kon voldoen. Die inhoud van die onderskeie sessies is vervat in 'n werkboek, en is aan elke proefpersoon voorsien. Dit het bestaan uit:

- Sessie Een: Oriëntering met betrekking tot die beginsels van self-modifikasie en die formulering van doelstellings met betrekking tot gewigverlies en toepaslike gedrag. Gedragskontraktering was die fokus van hierdie sessie. Na hierdie sessie was van proefpersone verwag om vir 'n tydperk van tien dae 'n voedseldagboek te hou ten einde grondkoersdata vir eetgewoontes te kon verkry.
- Sessie Twee: Gedurende hierdie sessie is die grondkoersdata vir eetgewoontes ontleed aan die hand van stimuluskontrole, versterking van ongewenste eetgewoontes en selfspraak.
- Sessie Drie: Binne hierdie sessie is op antesedente gedrag, nuwe gedragsvorme en vorme van versterking vir nuwe gedrag gefokus. Met betrekking tot antesedente is probleemgedrag aan die hand van die gestruktureerde voedseldagboek geïdentifiseer. Klem is gelê op die verskillende skakels in die ketting van gebeure. Die bespreking van nuwe gedragsvorme in die plek van probleemgedrag het rondom gedragsvorming, modellering en die gebruik van teenstrydige gedrag gesentreer.
- Sessie Vier: Formulering van 'n finale plan vir gedragsverandering. Tydens hierdie sessie is elke proefpersoon se finale plan tot in die fynste besonderhede beskryf met inagneming van antesedente, negatiewe gedrag en gevolge. Toepassing van die

- finale plan na Sessie Vier is deur die proefpersone onderneem.
- Sessie Vyf: Evaluering in terme van gewigsverandering. Hierdie nameting het 'n aanduiding verskaf van die sukses van die programme in terme van gewigsverlies.
 - Opvolgmeting - Langtermyn effektiwiteit

'n Tweede evaluering het plaasgevind vier weke na Sessie Vyf (eerste evaluering). Hierdie meting verskaf 'n aanduiding van die behoud van gewigsverlies. Dit is belangrik om daarop te let dat bewustelike verandering van die gewone eetpatroon of eetgewoontes verwag is om eers plaas te vind na die voltooiing van Sessie Vier. Gewigsmeting het by elk van die kontaksessies plaasgevind ten einde 'n betroubare grondkoers te kon verkry.

5.3.1.3 HIPNOTERAPIE

Transinduksie

'n Transtoestand is verkry deur middel van die oogfiksasie-tegniek (Brits, 1987) met elemente van Ericksoniaanse hipnose. Slegs persone wat nie 'n transtoestand tydens groepinduksie kon bereik nie is aan 'n individuele induksie vir 'n enkele sessie onderwerp. Alle ander sessies was binne groepsverband en het plaasgevind in 'n klankdigte seminaarkamer waar daar geen natuurlike beligting was nie. Na die verkryging van 'n trans, was transverdieping bewerkstellig deur middel van die afteltegnieke (Crasilneck et al.,

1979). In ooreenstemming met die bevindinge dat die diepte van 'n trans nie verband hou met terapeutiese winste nie (Hilgard et al. (1983), is geen poging aangewend om te toets vir transdiepte nie.

I. HIPNOAVERSIE

By hierdie program is 'n aangepaste koverte sensitisasietegniek aangewend. Nadat 'n transtoestand bereik is, was daar twee aanbiedinge (in die verbeelding) waar negatiewe of ongewenste eetgedrag (die eet van roomkoek), tot 'n sterk gevoel van naarheid en vomering in die publiek lei. Omdat die groepe relatief groot was, is van gemeenskaplike stimuli gebruik gemaak. Hierdie tonele met averse (weersinwekkende) gevolge is met twee aanbiedinge waar vermyding van die voedselobjek tot 'n onmiddellik kalm- en ontspanne gevoel lei afgewissel. 'n Hoogs aversiewe gebeurtenis (naarheid of vomering) word dus met 'n stimulus wat vroeër 'n toenaderingsrespons ontlok het (roomkoek) afgepaar. Die doel hiervan was dat die subjek kalorige voedsel moet vermy ten einde naarheid en vomering in die realiteit te voorkom. 'n Transkripsie van hierdie weersinwekkende tonele word in Bylae 3.2 aangebied.

II. HIPNOTERAPIE MET DIREKTE HIPNOTIESE SUGGESTIES

Direkte hipnotiese suggesties [met geen averse (weersinwekkende) waarde] wat tydens die transtoestand aangebied is, was gemik op - egoversterking na aanleiding van Hartland (Dengrove, 1976) se

prosedure.

- positiewe eetgewoontes (geen hoë kalorievoedsel)
- geen etery tussen maaltye
- geen ontevredenheid met kleiner maaltye
- aptytonderdrukking
- verhoogde fisieke aktiwiteit.

Nadat 'n transtoestand bereik is, was die suggesties soos uiteengesit in Bylae 3.3 aan die proefpersone voorgelees. Voorts is die voedseldagboek vir beide hipnoterapiegroepe op 'n bewuste vlak deurgewerk. Subjekte is gewys op die belangrikheid van eksterne stimuli by ooreet.

5.3.1.4 UITGESTELDE BEHANDELING

Proefpersone vir hierdie groep is by die eerste sessie meegedeel dat die groepe ongelukkig reeds gevul was en dat hulle in die volgende behandelingsgroep val. Al die nodige inligting (gewigsmeting, angsmeting en eetgewoontes) is verkry en subjekte is gevra om na ses weke aan te meld. By hierdie sessie het die nameting van gewig geskied. Geen opvolgmeting soos in die geval van die behandelingsgroepe, is geneem nie, veral aangesien proefpersone vir hierdie groep nie te vinde was vir 'n opvolgssessie nie. Aangesien hierdie evalueringssessie baie na aan die einde van die akademiese jaar was, was weinig van die proefpersone te vinde vir die bywoning van behandelingsessies. Slegs drie proefpersone van hierdie groep het 'n enkele sessie, waar die rol van

antesedente ('n relatief arbitrêre onderwerp) by oormatige voedselinname bespreek was, bygewoon.

5.4 MEETINSTRUMENTE

5.4.1 EETGEWOONTESVRAELYS

'n Eetgewoontevraelys van 22 items gebaseer op bestaande vraelyste (Flaks, 1976) en teoretiese aannames van die Shacteriaanse en behavioristiese benaderings is saamgestel ten einde 'n oorsig van die subjekte se eetgewoontes te verkry. Hierdie vraelys verskaf inligting rakende

- die verband tussen voedselinname en emosionele toestand
- die invloed van voedselstimuli op die subjek se voedselinname
- motivering vir gewigsverlies.

Van die 22 items was 18 gedwonge keuse en twee van oop formaat. (Sien Bylae 1.)

UNIVERSITY of the
WESTERN CAPE

5.4.2 VOEDSELDAGBOEK

'n Gestruktureerde-formaat voedseldagboek is aan proefpersone in die behandelingsgroepe verskaf. Die volgende gegewens moes vir 'n tydperk van tien dae aangeteken word:

- 1 Dag en tyd van voedselinname.
- 2 Die tipe voedsel wat ingeneem is.
- 3 Die kalorie waarde van voedsel wat ingeneem is. (Vir hierdie

doel is kalorigetabelle verskaf).

- 4 Sosiale element: of die persoon alleen of saam met ander geëet het.
- 5 Plek waar geëet is, byvoorbeeld kamer, kombuis of kafeteria.
- 6 Gemoedstoestand wat die eethandeling voorafgegaan het byvoorbeeld angs, verveling, moegheid, depressie, woede of enige ander emosie.
- 7 Aktiwiteite wat met die eethandeling gepaard gaan.
- 8 Gevoel of ervaring na voltooiing van die maaltyd.

Die data van bogenoemde twee instrumente is nie vir ontleding aangewend nie, maar is slegs as basis vir die beplanning van die behandelingsprogram gebruik. In hierdie opsig kon proefpersone agterkom wat aanleiding gee tot hul eetgewoontes.



UNIVERSITY of the
WESTERN CAPE

5.4.3 GEWIGSMETING

Al die proefpersone is by elke ontmoeting op dieselfde skaal geweeg. Voorafgaande voedselinname is op twee maniere uitgeskakel, naamlik:

- proefpersone is versoek om voedselinname te beperk tot ontbyt, en kon na die sessie weer eet.
- alle groepe het op dieselfde tyd (voor middagete) op verskillende dae ontmoet.

5.4.4 ANGSMETINGSKAAL

DIE STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY (STAI) is aangewend ten einde 'n meting van proefpersone se angsvlak te bekom. Die instrument is slegs tydens die eerste sessie toegepas, aangesien angse 'n veranderlike was by die ewekansige toewysing van groepe. Aangesien die behandelingsprogram nie 'n verlaging in proefpersone se angsvlakke ten doel gehad het nie sou 'n tweede angsmeting onvanpas wees. Die STAI is deur Stanford, Weitzenhoffer en Hilgard (Buros, 1974) ontwikkel as 'n navorsingsinstrument om angse in normale (nie-psigiatriese versteurde) volwassenes te meet. Vir doeleindes van hierdie navorsing was die STAI in Engels aangebied, aangesien al die proefpersone Engels magtig was.

5.4.4.1 BESKRYWING VAN DIE INSTRUMENT

Die STAI bestaan uit twee verskillende self-verslagskaale vir die meting van twee duidelik onderskeibare angskonsepte, te wete TOESTANDANGS (A-toestand) en TREKANGS (A-trek). Die A-toestand-skaal bestaan uit 20 stellings waarop die toetsling moet reageer en aandui hoe hy of sy op 'n gegewe oomblik voel. Die A-Trek skaal bevat 20 stellings waarvolgens die respondent moet aandui hoe hy of sy oor die algemeen voel. Die STAI is 'n papier-en-potloodtoets. Van die toetsling word verwag om op elke item te reageer in terme van 'n vier-punt beoordelingskaal.

TOESTANDANGS (A-Toestand) word gekonsepsualiseer as 'n kortstondige, veranderlike emosionele toestand wat gekenmerk word

deur subjektiewe, bewustelike waarneembare gevoelens van spanning en vrees en verhoogde aktiwiteit van die outonومiese senustelsel. Dit word algemeen aanvaar dat A-toestand in intensiteit met verloop van tyd mag varieer en fluktueer.

TREKANGS (A-trek) verwys na relatief stabiele individuele verskille ten opsigte van angsgeneigdheid.

5.4.4.2 BETROUBAARHEID VAN DIE STAI

Spielberger et al. (1970) rapporteer dat toets-hertoets betroubaarheid strek van 0,73 tot 0,86 vir A-trek tellings. A-toestandtellings se indekse was laer en het gewissel van 0,16 tot 0,86 na 'n tydperk van 1 uur. Hierdie syfer is egter aansienlik hoër ('n telling van 54 vir mans en 27 vir vroue) na 'n tydperk van 20 dae. Volgens Buros (1974) is alfa-betroubaarheidskoëffisiënte bruikbaar vir die A-toestand skaal. Koëffisiënte wat wissel van 0,83 - 0,92 word in Buros (1974) vermeld.

UNIVERSITY of the
WESTERN CAPE

5.4.4.3 GELDIGHEID VAN DIE INSTRUMENT

Spielberger, Gorsueh en Lushene (1970) verskaf die volgende syfers vir samevallende geldigheid van die A-Trekskaal. Korrelasie met die volgende instrumente het die volgende syfers gelewer.

Taylor Manifest Anxiety Scale = 0,80

Zuckermann Affect Adjective Checklist = 0,52

IPAT Anxiety Scale = 0,75

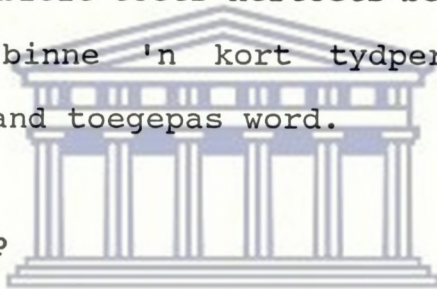
Spielberger et al. (1970) rapporteer 'n verdere geldigheidsyfer

waar die A-toestand skaal onder verskillende eksperimentele toestande vergelyk is. Tellings behaal op die A-toestand skaal was 32,7 in 'n ontspanne situasie, 39,9 vir 'n alledaagse normale situasie, 43,0 gedurende 'n eksamensituasie en 50,0 na die vertoning van 'n spanningsvolle film.

Motivering vir die gebruik van die STAI

1. Die STAI verskaf 'n meting van beide trek- en toestandsangs.
2. By vorige navorsing betreffende obesiteit (Spiegel & Debetz, 1978; Wick, Sigman & Kline, 1971) is die STAI suksesvol as deel van die toetsprogram aangewend.
3. Die STAI toon stabiele toets-hertoets betroubaarheidswaardes.
4. Die toets kan binne 'n kort tydperk binne groeps- en individuele verband toegepas word.

5.5 NAVORSINGSONTWERP



UNIVERSITY of the
WESTERN CAPE

In die eksperimentele ontwerp van hierdie studie is gebruik gemaak van drie verskillende behandelingsgroepe (gedragsmodifikasie, hipnoaversie en direkte suggesties) en 'n nie-behandelingsgroep (sien Tabel 5.1). Die nie-behandelingsgroep is ingesluit om die waarskynlikheid te kontroleer of enige verandering wat by die behandelingsgroepe intree die gevolg van die behandelingsprogram is, en of dit nie dalk bloot aan tydsverloop toegeskryf kan word nie. 'n Skematiese voorstelling van die getalle in die onderskeie groepe word in Tabel 5.1 verskaf. Afgesien van onderskeie groepe

maak die navorsingsontwerp ook van 'n voormeting, nameting en opvolgmeting gebruik soos uit Tabel 5.2 blyk. Die voormeting verskaf 'n aanduiding van voorbehandelingsgewig, terwyl die nameting 'n aanduiding verskaf van gewigsverlies direk na behandeling. Die handhawing van gewigsverlies word met die opvolgmeting bepaal en vind plaas vier weke na die nameting. Die toepassing van die onderskeie metings word in Tabel 5.2 aangegee.

Tabel 5.2 Navorsingsontwerp

Groep: 1	Voormeting	Selfmodifikasie	Nameting(Eval 1)	Opvolgmeting(Eval2)
2	Voormeting	Hipno-aversie	Nameting(Eval 1)	Opvolgmeting(Eval2)
3	Voormeting	Direkte suggesties	Nameting(Eval 1)	Opvolgmeting(Eval 2)
4	Voormeting	Uitgestelde behand.	Nameting(Eval 1)	

Sleutel: Eval 1 : evaluering 1 ; Eval 2 : evaluering 2

5.5.1 BEHANDELINGSGROEPE

Van die 103 proefpersone is 77 deur middel van 'n ewekansige prosedure aan elk van die behandelingsgroepe (gedragsmodifikasie, hipnoaversie en direkte suggesties) en kontrole groep toegewys. 'n Beskrywing van die indeling van die proefpersone in behandelingsbenaderings word in tabel 5.1 aangedui. Die res van die groep wat aanvanklik aangemeld het ('n totaal van 26), het nie voldoen aan die liggamsmassa-indeks van tussen 25 en 30 nie. Uit die totaal wat toegewys is, het 64 proefpersone vir die eerste

sessie aangemeld. Uiteindelik het 32 proefpersone in die behandelingsgroepe (uit 'n totaal van 47) die behandelingsprogram voltooi. Redes vir uitsakking het gewissel van 'n druk akademiese program tot geloofsbesware deur Moslemstudente. Van die proefpersone wat vir die eerste evaluering aangemeld het, het slegs een proefpersoon in die hipnoaversie-groep nie vir die tweede (opvolg) evaluering aangemeld nie. In die ander behandelingsgroepe het geen uitsak na die eerste evaluering (nameting) plaasgevind nie.

5.5.2 UITGESTELDE BEHANDELING

'n Totaal van 17 proefpersone is aan hierdie groep toegewys. Van hierdie totaal het 13 vir die tweede gewigsmeting (nameting) aangemeld. Vir hierdie groep het 4 proefpersone dus nie die program voltooi nie. In vergelyking met die behandelingsgroepe verteenwoordig dit 'n hoër uitsakkoers.



UNIVERSITY of the
WESTERN CAPE

5.6 NAVORSINGSHIPOTESES

Die studie word deur die volgende navorsingshipoteses gelei:

Ho 1: Daar is geen beduidende verskil in die gewigstellings van die proefpersone van die onderskeie behandelingsgroepe vóór behandeling nie.

Ho 2: Daar is geen beduidende verskil in die voorbehandelingstellings van die proefpersone vir die

onderskeie behandelingsgroepe met betrekking tot toestandangs nie.

Ho 3: Daar is geen beduidende verskil in die voorbehandelingstellings van die proefpersone vir die onderskeie behandelingsgroepe met betrekking tot trekangs nie.

Bogenoemde drie hipoteses stel die navorser in staat om te toets vir die doeltreffendheid van ewekansige toewysing.

Ho 4 Daar is geen beduidende verskil ten opsigte van gewigsverlies van die proefpersone van die behandelingsgroepe na behandeling nie.

H₁4: Daar is 'n beduidende verskil ten opsigte van gewigsverlies van die proefpersone van die behandelingsgroepe na behandeling.

Ho 5: Daar is geen beduidende verskil ten opsigte van gewigsverlies van die proefpersone van die drie eksperimentele behandelingsgroepe (self-modifikasie, hipnoaversie en direkte hipnotiese suggesties) na behandeling nie.

H₁ 5: Daar is 'n beduidende verskil ten opsigte van gewigsverlies van die proefpersone van die drie behandelingsgroepe (selfmodifikasie, hipnoaversie en direkte hipnotiese suggesties) na behandeling.

Ho 6: Daar is geen beduidende verskil in die gewigsverlies van die proefpersone wat aan hipnoaversie en dié wat aan direkte hipnotiese suggesties as behandelingsbenaderings vir obesiteit onderwerp was nie.

H₁ 6: Daar is 'n beduidende verskil ten opsigte van gewigsverlies tussen groepe wat aan hipnoaversie en dié wat aan direkte hipnotiese suggesties onderwerp was.

Hipoteses 4 - 6 het betrekking op die terapeutiese doeltreffendheid van die onderskeie benaderings t.o.v. gewigsverlies onmiddellik na behandeling. Hierdie hipoteses maak voorsiening vir die bepaling van die doeltreffendheid van die behandelings in vergelyking met die kontrole groep (Hipotese 4), die vergelyking van die drie behandelingsgroepe met mekaar (Hipotese 5) en die vergelyking van die twee vorms van hipnose (Hipotese 6).

Ho 7: Daar is geen beduidende verskil in die handhawing van gewigsverlies van die proefpersone in die drie eksperimentele behandelingsgroepe na behandeling (selfmodifikasie, hipnoaversie en direkte hipnotiese suggesties) nie.

H₁ 7: Daar is 'n beduidende verskil in die handhawing van gewigsverlies van die proefpersone in die drie eksperimentele behandelingsgroepe na behandeling (selfmodifikasie, hipnoaversie en direkte hipnotiese suggesties).

Ho 8: Daar is geen beduidende verskil in die handhawing van gewigsverlies tussen die hipnoaversie en direkte suggesties-groepe nie.

H₁ 8: Daar is 'n beduidende verskil tussen hipnoaversie en direkte hipnotiese suggesties ten opsigte van die handhawing van gewigsverlies.

Hipoteses 7 en 8 het betrekking op die duurte van die invloede van behandeling. Eerstens word die drie behandelingsgroepe vergelyk ten opsigte van die handhawing van gewigsverlies vanaf die eerste (voormeting) tot derde meting (nameting) van gewig (Hipotese 7) en tweedens word die twee hipnoterapeutiese benaderings vergelyk t.o.v. die drie metings (voor- na- en opvolgmeting) (Hipotese 8).

5.7 STATISTIESE ONTLEDINGS:

By die verwerking van die data is van die SPSS (Nie, Hull, Jenkins, Steinbrenner & Bent, 1975) en BMDP (Dixon, 1983) statistiese pakkette van die Rekensentrum van die Universiteit van Wes-Kaapland gebruik gemaak.

Alle statistiese ontledings is voorafgegaan deur 'n ondersoek van die verspreiding van tellings en die drie sentrale waardes. Vir hierdie doel is die sub-program "frequencies" van die SPSS gebruik. Vir die ondersoek van die normaliteit van die verspreiding van tellings is, benewens die vergelyking van die sentrale waardes, ook 'n normale waarskynlikheidsgrafiek gebruik. Ten einde dit te verkry, is die sub-program P5D van die BMDP gebruik. Aangesien hierdie grafieke slegs gebruik is vir die keuse van toepaslike statistiese tegnieke, word dit nie in die resultate hoofstuk gerapporteer nie.

'n Variansie-ontleding (ANOVA) is gebruik ten einde die groepe te vergelyk ten opsigte van voorbehandelingsgewig. Vir hierdie doel is die subprogram "oneway" van die SPSS aangewend. Hierdie ontledings verskaf 'n aanduiding van die suksesvolheid van ewekansige toewysing en verteenwoordig die toetsing van hipoteses 1 tot 3. Aangesien die ANOVA berus op die aanname van homogeniteit van variansie, is die Cochran C-toets by wyse van die subprogram "oneway" van die SPSS bereken. Indien die Cochran C-toets onbeduidend was, sou dit beteken dat die groepe homogeen is ten opsigte van hul variansie en word die F-waarde gebruik as 'n geldige maatstaf van beduidendheid van verskille tussen groepe. Indien die Cochran C-toets beduidend is, sou dit beteken dat die aanname van homogeniteit van variansie geskend word. In hierdie geval word die Kruskal-Wallis H-toets wat die nie-parametriese eweknie van ANOVA is, gebruik. Vir hierdie doel word die subprogram "npar-test" van die SPSS gebruik.

Ten einde die invloed van behandeling te bepaal, is die groepe na behandeling onderling met mekaar vergelyk. 'n Vergelyking van al vier die groepe ten opsigte van gewigsverlies onmiddellik na behandeling is onderneem by wyse van kovariansie-ontleding wat met behulp van die subprogram P1V van die BMDP verkry is. Hierdie subprogram verskaf benewens die F-toets vir die bepaling van verskille tussen gemiddeldes ook t-toets-matryse wat gebruik word vir POST-HOC ontledings van beduidende verskille. 'n F-statistiek wat 'n aanduiding verskaf van die verskil tussen groepe ten opsigte van aangepaste gemiddeldes nadat voorbehandelingsverskille in ag geneem is, word verkry. Waar hierdie F-toets beduidend is, word 'n t-toets-matrys en beduidendheidswaardes vir die t-waardes

verskaf. Hiervolgens kan die aard van die verskille nagegaan word. Hierdeur is Hipoteses 4 - 6 getoets. Daarbenewens verskaf dit ook 'n tweede F-toets om te toets vir die aanname van homogeniteit van regressie-hellings. Hierdie aanname vereis dat die hellings van die regressielyne in die onderskeie groepe gelyk moet wees. Sou hierdie toets beduidendheid toon, beteken dit dat kovariansie nie 'n gepaste toets is nie.

Ten einde die langtermyn-effektiwiteit van die onderskeie behandelings te bepaal, is Herhaalde-metings ANOVA uitgevoer. Vir hierdie doel is die subprogram "reliability" van die SPSS gebruik. Hierdie subprogram verskaf benewens die gemiddeldes en standaardafwykings vir elke groep ook 'n F-toets wat die beduidendheid van die verskille tussen die drie metings van gewig vir elke groep afsonderlik aandui. Dit verteenwoordig 'n toetsing van hipoteses 7 en 8.



HOOFSTUK 6

STATISTIESE ONTLEDINGS EN RESULTATE

6.1 Beskrywende Statistiek

Die drie sentrale waardes van die onderskeie metings word weergegee in Tabel 6.1. Dit dien as aanduiding van die verspreiding van tellings voor behandeling.

Tabel 6.1 Beskrywende statistiek ten opsigte van proefpersone se tellings op veranderlikes (soos aangedui).

Veranderlike	\bar{X}	S	Modus	Mediaan	N
Gewig	77,87	19,39	61,00	72,06	45
Toestandangs	43,97	9,77	40,00	43,00	45
Trekangs	49,77	9,33	47,00	50,25	45
Evaluering 1	77,43	19,23	70,00	72,00	45
Evaluering 2	78,50	22,24	56,00	70,12	31

Gewig = voorbehandelingsgewig; Evaluering 1 = gewigsmeting onmiddelik na behandeling; Evaluering 2 = gewigsmeting by opvolgssessie

6.2 Vergelyking van groepe ten opsigte van voorbehandelingsmetings.

Tabel 6.2 verskaf die gemiddeldes van die vier behandelingsgroepe vir die onderskeie veranderlikes gewig, toestandangs en trekangs wat 'n oorsig van voorbehandelingsstellings bied.

Tabel 6.2 Beskrywende statistiek van die verskillende groepe se gemiddeldes ten opsigte van die veranderlikes gewig, toestandangs en trekangs.

Groep	Gewig	S	Angs 1	S	Angs 2	S	N
Gedrag. mod.	84,57	26,18	40,64	10,27	46,00	8,43	14
Hipn. aversie	68,28	6,38	40,57	10,69	46,14	8,95	7
Direk sugg.	80,70	20,66	45,72	10,09	55,09	11,44	11
Kontrole	73,42	11,18	47,93	7,36	51,30	6,30	13

Sleutel: Gedrag.mod : gedragsmodifikasie; Hipn.aversie: hipnoaversie; Direk.sugg: direkte hipnotiese suggesties.

Uit hierdie voorstelling blyk dit duidelik dat daar op sigwaarde verskille tussen die onderskeie groepe bestaan ten opsigte van die veranderlikes. Hiervolgens het die gedragsmodifikasie-groep die hoogste gemiddelde gewig. Daarteenoor het die kontrole groep die hoogste telling op toestandangs (Angs 1) behaal. Ten opsigte van trekangs (Angs 2) het die direkte hipnotiese suggesties-groep die hoogste tellings behaal en die kontrole-groep die tweede hoogste.

UNIVERSITY of the
WESTERN CAPE

6.2.1 Toets vir ewekansigheid

Ten einde te bepaal of die waargenome verskille beduidend is, is 'n eenrigtingontleding van variansie (ANOVA) gebruik. Hierdie ontleding wat in Tabel 6.3 weerspieël word, verteenwoordig 'n toets van hipotese 1 tot 3.

Tabel 6.3 Resultate van die F-toets vir ewekansigheid van groepe voor behandeling.

Veranderlike	SK	GV	GK	F-waarde	Beduidendheid	Cochran C	Beduidendheid
Gewig	1617,48	3/44	539,16	1,48	-	0,53	p * 0,05
Toestandangs	472,94	3/44	157,64	1,73	-	0,30	
Trekangs	633,24	3/44	211,08	2,71	-	0,41	

Beduidendheid: - : $p > 0,05$; * : $p < 0,05$

Sleutel: SK : som van kwadrate; GV : grade van vryheid; GK : gemiddelde kwadrate.

Op grond van die beduidendheid van die F-waardes blyk dit dat die groepe nie beduidend van mekaar verskil het ten opsigte van voorbehandelingsgewigs- en angstellings nie ($p > 0,05$). Ewekansige toewysing was dus suksesvol vir hierdie twee veranderlikes. Dit impliseer dat Hipotese 2 en Hipotese 3 nie verwerp kan word nie. Na aanleiding van Cochran C is homogeniteit van variansie in die geval van gewig egter geskend ($p < 0,05$). In hierdie geval moet die nie-parametriese eweknie van die ANOVA, naamlik Kruskal-Wallis H gebruik word. Die resultate van hierdie ontleding word aangetoon in Tabel 6.4.

UNIVERSITY of the
WESTERN CAPE

Tabel 6.4 Vergelyking van die eksperimentele groepe ten opsigte van voorbehandelingsgewig met behulp van die Kruskal-Wallis H-toets.

Veranderlike	H	Beduidendheid	N
Gewig	2,33	-	45

Beduidendheid: - $p > 0,05$; * $p < 0,05$

Aangesien die H-statistiek onbeduidend is, word tot die gevolgtrekking gekom dat die groepe nie beduidend van mekaar verskil het ten opsigte van voorbehandelingsgewig nie. Op grond hiervan kan die H_0 met betrekking tot die verskil tussen groepe ten opsigte van Hipotese 1 nie verwerp word nie. Dit dui daarop dat die ewekansige toewysingsprosedure suksesvol was ten opsigte van gewig.

6.3 Verskille in gewig tussen groepe na behandeling

Tabel 6.5 verskaf 'n oorsig van die gemiddeldes van die onderskeie groepe se gewig voor en onmiddellik na blootstelling aan die onderskeie behandelingsbenaderings. Afgesien hiervan verskaf dit ook 'n oorsig van die aangepaste gemiddeldes vir die onderskeie groepe nadat voortoetsverskille in ag geneem is. Hierdie aangepaste gemiddeldes word deur die BMDP subprogram P1V bereken na aanleiding van die volgende formule:

$$\hat{U} = Y_i + \Sigma B (\bar{X}_m - \bar{X}_{mi})$$

Waar \hat{U} = aangepaste gemiddelde

Y_i = nabehandelingsgemiddelde

B_m = regressiekoëffisiënt

\bar{X}_m = gemiddelde van kovariaat vir besondere groep

\bar{X}_{mi} = gesamentlike \bar{X} van kovariaat vir alle groepe

Tabel 6.5 Resultate van die F-toets vir beduidendheid van verskille in gewig tussen groepe na behandeling.

1	2	3	4	5	6	7	8
Groep	X	Aangepaste X	F	Beduidendheid	F-waarde vir hellings	Beduidendheid	GV
Gedragmod. voor	84,57	77,46	8,86	0,00	0,49	-	44
na	84,10						
Hipnoavers. voor	80,70	75,82					
na	78,64						
Direk sugg. voor	68,28	76,65					
na	67,14						
Kontrole voor	73,42	79,18					
na	74,77						

Beduidendheid: - $p > 0,05$; * $p < 0,05$

Sleutel: voor = voorbehandelingsgewig; na = nabehandelingsgewig; Gedragmod. = Gedragsmodifikasie; Hipnoavers. = Hipnoaversie; Direk sugg = Direkte suggesties.

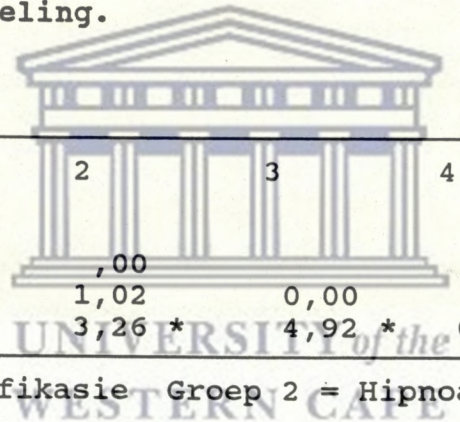
'n Onderzoek van bostaande gemiddeldes toon aan dat alle eksperimentele groepe 'n gewigsverlies na behandeling toon, sou dit vergelyk word met voorbehandelingsstellings. Ten opsigte van die kontrole-groep is daar aanduidings van gewigstoename as die "voorbehandelingsgewig" met die "nabehandelingsgewig" vergelyk word. Ten einde te bepaal of hierdie verskille tussen groepe statisties beduidend is, is kovariansie-ontleding uitgevoer. Die resultate van hierdie ontledings word in kolomme 5 tot 8 van Tabel 6.5 aangedui en verteenwoordig 'n toets vir Hipotese 4.

Uit kolomme 4 en 5 wat die F-toets verteenwoordig, blyk dit dat blootstelling aan die onderskeie behandelingsbenaderings 'n beduidende verskil tussen groepe tot gevolg het ($F = 8,86$; $p < 0,05$). Die betroubaarheid van hierdie afleiding word verhoog

deurdat die regressiehellings van die onderskeie groepe nie beduidend verskil nie. Hierdie resultaat lei tot die verwerping van die nulhipotese in die geval van Hipotese 4 ten gunste van die alternatiewe hipotese H4.

Die aard van hierdie verskil word weerspieël in die t-toetsmatrys (gebaseer op aangepaste gemiddeldes) van Tabel 6.6.

Tabel 6.6 Resultate van Post-hoc t-toetsvergeljing tussen behandelingsgroepe ten opsigte van gewigsverlies voor- en nabehandeling.



	1	2	3	4
Groep 1	,00			
2	-1,01	,00		
3	-2,46 *	1,02	0,00	
4	2,64 *	3,26 *	4,92 *	0,00

Groep 1 = Gedragsmodifikasie Groep 2 = Hipnoaversie

Groep 3 = Direkte hipnotiese suggesties Groep 4 = Kontrole

* $p < 0,05$

Uit hierdie tabel blyk die aard van die verskil tussen groepe soos volg: alle behandelingsgroepe verskil beduidend van die kontrole groep (Groep 4). Voorts is daar 'n verskil tussen Groepe Een (gedragsmodifikasie) en Drie (direkte suggesties) ($p < 0,05$). Dit dui daarop dat die behandelingsgroepe almal beduidend verskil van

die kontrole groep en dat direkte suggesties doeltreffender as gedragsmodifikasie was. Daar is geen verskil in effektiwiteit tussen hipnoaversie en direkte suggesties nie. Die nulhipotese in die geval van hipotese 8 word dus verwerp ten opsigte van die verskil tussen direkte hipnotiese suggesties en gedragsmodifikasie, maar nie ten opsigte van die verskil in gewigsverlies tussen hipnoaversie en gedragsmodifikasie nie. Direkte hipnotiese suggesties is skynbaar doeltreffender as gedragsmodifikasie ten opsigte van gewigsverlies, maar daar is geen verskil tussen hipnoaversie en gedragsmodifikasie nie. Aangesien daar geen verskil tussen hipnoaversie en direkte hipnotiese suggesties is ten opsigte van gewigsverlies nie, kan die nulhipotese in die geval van hipotese 6 nie verwerp word nie. Hipnoaversie is dus nie doeltreffender as direkte hipnotiese suggesties sover dit gewigsverlies betref nie.

6.4 Langtermyn-effektiwiteit van die onderskeie behandelingsbenaderings.

Ten einde die langtermyn-effektiwiteit van die onderskeie benaderings te bepaal, is 'n vergelyking tussen die drie metings van gewig (voorbehandeling, direk na behandeling en 4 weke na behandeling) vir elk van die behandelingsgroepe getref. Dit verteenwoordig 'n toets van Hipoteses 7 en 8. Die gemiddeldes van die onderskeie groepe word aangegee in Tabel 6.7.

Tabel 6.7 Gemiddelde gewigsyfers vir die onderskeie behandelingsgroepe ten tye van voorbehandelingsgewig, nabehandelingsevaluering (Eval 1) en opvolgevaluering (Eval 2).

Behandelingsbenadering	Gewig-voor	S	Eval 1	S	Eval 2	S
Gedrag.mod.	84,57	26,18	84,10	25,89	85,11	26,49
Hipn.aversie	68,28	6,38	67,14	15,90	67,43	5,85
Direk sugg	80,70	20,66	78,64	20,99	77,73	21,83

'n Onderzoek van hierdie gemiddeldes dui aan dat daar 'n toename in gewig oor die twee metings by gedragsmodifikasie en hipnoaversie groepe voorkom. Ten einde te bepaal of hierdie toename statisties beduidend is, is die gemiddeldes aan 'n herhaalde-metings-ANOVA onderwerp. Die resultate hiervan word in Tabel 6.8 aangetoon.

Tabel 6.8 Verskille in gewig tussen behandelingsgroepe ten opsigte van die opvolgevaluering.

UNIVERSITY of the
WESTERN CAPE

Behandelingsbenadering	SK	F	Beduidendheid
Gedragsmodifikasie	80,83	0,96	-
Hipnoaversie	4,95	1,62	-
Direkte suggestie	51,38	16,68	p < 0,01

Sk = Som van Kwadrate

Tabel 6.8 toon aan dat die verskille tussen metings vir direkte hipnotiese suggesties statisties beduidend is. Gedragsmodifikasie,

en hipnoaversie toon nie 'n beduidende gewigstoename nie. Nulhipotese 7 word gevolglik verwerp ten opsigte van die verskil tussen groepe met betrekking tot die handhawing van gewigsverlies. Ten opsigte van die verskil tussen hipnoaversie en direkte suggesties was direkte hipnotiese suggesties doeltreffender as hipnoaversie ten opsigte van die handhawing van gewigsverlies as hipnoaversie. Nulhipotese 8 word dus verwerp ten opsigte van die verskil tussen die twee hipnoterapeutiese benaderings.

Ten einde die aard van die beduidende F-waarde vir die Direkte suggesties groep te bepaal, is Scheffé se Post hoc t-toets gebruik. Die formule vir hierdie statistiese prosedure word in Bylae 6 aangedui. Die resultaat van hierdie prosedure (Bylae 6) word getoon in die t-toetsmatrys van Tabel 6.9.

Tabel 6.9 Resultate van Post hoc t-toetsvergeelyking ten opsigte van gewigshandhawing by Direkte suggesties.

Gewig-voor	Gewig - voor	Evaluering 1	Evaluering 2
	-	-	-
Evaluering 1	3,90 *	-	-
Evaluering 2	5,62 *	1,72	-

Sleutel: Gewig-voor = voorbehandelingsgewig; Evaluering 1 = nabehandelingsgewig;
Evaluering 2 = opvolgevaluering.
(* $p < 0,05$)

Uit hierdie tabel blyk dit dat daar 'n beduidende verskil tussen voorbehandelingsgewig en evaluering 2 (opvolgevaluering) vir die

direkte suggesties-groep was. Daar is egter geen verskil tussen evaluering 1 (nabehandelingsevaluering) en evaluering 2 (opvolgevaluering) van hierdie groep nie. Die gewigsverlies wat plaasgevind het onmiddelik na behandeling is gehandhaaf tot met die opvolgevaluering. Hierdie resultate ondersteun die verwerping van nulhipotese 7 verder.



UNIVERSITY *of the*
WESTERN CAPE

HOOFSTUK 7

7.1 BESPREKING VAN RESULTATE

As vertrekpunt is aangetoon dat die ewekansige toewysing van proefpersone suksesvol was. Die proefpersone is eweredig tussen die vier groepe versprei ten opsigte van gewig, toestandangs en trekangs. In alle gevalle het die navorser hom daarvan vergewis dat die aanname van homogeniteit van variansie nie geskend word nie. In die enkele geval van gewig waar dit wel geskend was, is 'n nie-parametriese tegniek aangewend.

Ten opsigte van die doeltreffendheid van behandeling is deur 'n vergelyking van behandelings- en kontrole groepe met behulp van 'n kovariansie-ontleding aangetoon dat blootstelling aan die onderskeie behandelingsbenaderings tot 'n beduidende verskil tussen groepe gelei het. Post hoc-ontledings het aangedui dat aldrie die behandelingsgroepe beduidend van die kontrole groep verskil. Blootstelling aan die onderskeie benaderings was dus wel doeltreffend in vergelyking met geen behandeling. Voorts het die t-toets-matrys van die post hoc-ontledings op 'n beduidende verskil tussen gedragsmodifikasie en direkte hipnotiese suggesties as behandelingsbenaderings gedui. Hiervolgens was direkte hipnotiese suggesties doeltreffender as gedragsmodifikasie vir die behandeling van obesiteit.

'n Vergelyking tussen hipnoaversie en direkte hipnotiese suggesties direk na behandeling dui daarop dat die doeltreffendheid van hipnoaversie nie beduidend verskil van direkte hipnotiese suggesties nie. Hierdie bevinding strook nie met die bewering van Miller (1976; 1979) dat hipnoaversie oor die algemeen 'n doeltreffender tegniek is nie. As hierdie resultate in ag geneem word kan ons die afleiding maak dat daar min te kies is ten opsigte van doeltreffendheid direk na behandeling tussen die onderskeie behandelingsbenaderings. Direkte hipnotiese suggesties het 'n beduidende hoër gewigsverlies tot gevolg gehad as gedragsmodifikasie. Hierdie bevinding vind sterk aansluiting by die navorsing van Cochrane et al. (1986) en Wadden et al. (1981) wie se navorsing 'n beduidende gewigsverlies met behulp van direkte hipnotiese suggesties aangedui het.

'n Toets van die langtermyn-doeltreffendheid van die benaderings ondersteun die resultate van die verskille wat gevind is onmiddellik na behandeling. Die F-toets vir die verskille tussen gemiddeldes dui aan dat direkte hipnotiese suggesties die enigste enkele tegniek is wat 'n beduidende gewigsafname oor die drie metings (voor- na- en opvolgmetings) gehad het. Die doeltreffendheid van direkte hipnotiese suggesties behoort gesoek te word in die wye omvang wat hierdie benadering het. Ook onderskryf hierdie bevinding die belangrikheid van egoversterking as 'n komponent van die totale behandeling. Dit ondersteun die aanspraak van Wester en Smith (1984) wat die belangrikheid van

egoversterking binne 'n gewigsverliesprogram beklemtoon. In teenstelling hiermee is hipnoaversie nie doeltreffend ten opsigte van behoud van gewigsverlies nie, aangesien dit hoofsaaklik oor die vermindering van voedselinname gaan. Die tegniek sentreer sterk rondom simptoomverwydering (oormatige voedselinname) en spreek gevolglik nie die multifaktoriale etiologie van obesiteit aan nie (Altschul, 1987).

7.2 GEVOLGTREKKINGS

Ten opsigte van die hoofdoelstelling van die studie, naamlik 'n ondersoek na die doeltreffendheid van hipnoterapie soos toegepas in 'n gewigsverliesprogram, is bevind dat direkte hipnotiese suggesties doeltreffender as gedragsmodifikasie en hipnoaversie is ten opsigte van die behoud van gewigsverlies. Hierdie benadering het 'n beduidende gewigsverlies vier weke na behandeling tot gevolg gehad. Ten opsigte hiervan is dit noodsaaklik om daarop te let dat die teenwoordigheid van die navorser as steuringsveranderlike nie 'n rol by die opvolgmeting gespeel het nie, aangesien dit na 'n tydperk van geen kontak geskied het. Hierdie studie dui dus daarop dat hipnoterapie wel doeltreffend by die behandeling van obesiteit aangewend kan word. Wat die inhoud van sodanige hipnoterapie-program behels, is dit duidelik dat direkte hipnotiese suggesties 'n belangrike deel daarvan moet uitmaak.

Die newegesikte doelstellings van die studie het neergekom op

vergelykings van die doeltreffendheid van die onderskeie behandelingsbenaderings ten opsigte van gewigsverlies en die behoud van gewigsverlies. Ten opsigte hiervan het die resultate aangetoon dat direkte hipnotiese suggesties die aangewese behandeling is. Dit het nie slegs 'n beduidende gewigsafname onmiddelik na behandeling tot gevolg gehad nie, maar was ook doeltreffend ten opsigte van die behoud van gewigsverlies vier weke na behandeling. Die belangrikste verklaring hiervoor blyk te wees die veel wyer omvang van hierdie benadering in vergelyking met die ander twee benaderings (hipnoaversie en gedragsmodifikasie). Ook word die insluiting van egoversterking as 'n komponent van die hipnoterapeutiese behandelingsprogram ten opsigte van gewigsverlies beklemtoon. Hierdie navorsing steun gevolglik die belangrikheid van egoversterking in die terapeutiese program. Ten opsigte van hipnoaversie is dit duidelik dat hierdie benadering nie doeltreffend as 'n enkele losstaande tegniek aangewend kan word nie. Veel eerder behoort dit 'n element binne die totale program te wees.

UNIVERSITY of the
WESTERN CAPE

Ten opsigte van die doeltreffendheid van gedragsmodifikasie in die behandeling van gewigverlies, dui hierdie navorsing daarop dat dit beter is as geen behandeling (die kontrole groep). Dat gedragsmodifikasie wel van terapeutiese waarde is, word dus wel deur die onderhawige ondersoek aangetoon. Gegewe hierdie uitgangspunt en die doeltreffendheid van hipnoterapie behoort 'n kombinasie van die twee benaderings die doeltreffendheid van beide

aansienlik te verhoog. Hierdie voorgestelde integrasie van die onderskeie benaderings strook met die nuwe tendens in hipnoterapie, die sogenaamde hipno-gedragsbenadering (Wester et al., 1984)

KRITIEK TEEN DIE HUIDIGE STUDIE

Kritiek teen die metode van hierdie studie is dat die steekproef uit 'n relatief homogene populasie geselekteer is. Universiteitstudiante kan nie as verteenwoordigend van die algemene bevolking beskou word nie omdat hulle in terme van veranderlikes soos intelligensie, motivering en sosio-ekonomiese status nie 'n normale verspreiding verteenwoordig nie. Voorts beskik die steekproef oor 'n hoër vlak van gesofistikeerdheid as die algemene publiek. Ten opsigte hiervan behoort die veralgemeenbaarheid van resultate met groot omsigtigheid benader te word.

'n Tweede belangrike punt van kritiek teen die huidige studie sentreer rondom die uitsluiting van self-hipnose as 'n komponent van die hipnoterapeutiese program. Ousby (1984) beskryf die belangrikste voordeel van self-hipnose as die vermindering van die waarskynlikheid van terugval. Dit behoort teen die agtergrond van die wenslikheid van 'n groter betrokkenheid deur die kliënt by die gewigsverminderingsprogram gesien te word. Voorts word die afhanklikheid van die terapeut daardeur relatief verminder. Die insluiting van self-hipnose sou waarskynlik ook die behoud van gewigsverlies in hierdie studie verhoog het. 'n Punt van kritiek is dus dat daar nie 'n sterk genoeg self-hipnose komponent by die

behandelingsprogram ingesluit was nie.

Die gebruik van 'n voedseldagboek in saam met hipnoterapie het waarskynlik die resultate in 'n mate beïnvloed. In hierdie verband merk Watson en Tharp (1983) op dat die blote rekordhouding van gedrag as stimulus vir verandering kan dien. Gevolglik is dit moeilik om te bepaal of gewigsverlies die resultaat van hipnoterapie alleen, hipnoterapie en voedseldagboek of voedseldagboek alleen is.

'n Laaste kritiekpunt hang saam met die aanbieding van suggesties binne groepsverband. Sodanige aanbieding van suggesties het tot gevolg dat behandeling minder geïndividualiseerd is, aangesien suggesties binne groepsverband uiteraard nie gerig is op die spesifieke behoeftes van individuele kliënte nie. Hierdie gebrek aan geïndividualiseerde behandeling het waarskynlik verminderde responsiwiteit tot gevolg (Andersen, 1983).

UNIVERSITY of the
WESTERN CAPE

AANBEVELINGS

Op grond van verkreeë resultate en moontlike tekortkominge van die studie word die volgende aanbevelings ten opsigte van die behandeling van, en verdere navorsing oor obesiteit gemaak.

- * Vanweë die feit dat daar onduidelikheid bestaan rakende die invloed van die voedseldagboek in samehang met hipnoterapie behoort verdere navorsing te fokus op die differensiële effek

van 'n voedseldagboek alleen en suiwer hipnoterapie. 'n Moontlike navorsingsontwerp in hierdie verband sou wees die gebruik van vergelykbare groepe wat blootgestel word aan hipnoterapie alleen, dagboek alleen of 'n kombinasie van dagboek en hipnoterapie.

- * Ten opsigte van die behoud van gewig behoort die effek van self-hipnose ondersoek te word.

- * 'n Ondersoek na die effektiwiteit van 'n gekombineerde gedragsmodifikasie en hipnoterapie-program sou waardevolle riglyne verskaf vir die behandeling van obesiteit.



UNIVERSITY *of the*
WESTERN CAPE

HOOFSTUK 8

OPSOMMING

Die huidige studie het die meting van die terapeutiese effektiwiteit van hipnoterapie op 'n oorgewig populاسie ten doel gehad. Voorts is hipnoterapie (hipnoaversie en direkte hipnotiese suggesties) as behandelingsbenadering met gedragsmodifikasie gekontrasteer. Hierdie vergelyking tussen die onderskeie behandelingsbenaderings het geskied ten opsigte van gewigsverlies na behandeling asook ten opsigte van die behoud van gewigsverlies.

Vir doeleindes van die studie is 'n hipnoterapeutiese program bestaande uit twee benaderings te wete : hipnoaversie en hipnoterapie met direkte hipnotiese suggesties saamgestel. Die programinhoud van hipnoterapie met direkte hipnotiese suggesties is sterk met egoversterkingstegnieke, soos voorgestel deur Hartland (1976) aangevul. Die gedragsmodifikasie-program was geskoei op die SELF-DIRECTED BEHAVIOUR-program van Watson en Tharp (1983). 'n Ontleding van eetgewoontes is gedoen aan die hand van 'n voedseldagboek wat deur elke proefpersoon gehou was. Hierdie data was aangewend as basis vir die beplanning van die behandelingsprogram.

Ten opsigte van die resultate het die kovariansie-ontleding aangedui dat hipnoterapie met direkte hipnotiese suggesties 'n

beduidend hoër gewigsverlies tot gevolg gehad tydens die opvolgevaluering in vergelyking met die ander benaderings. Ten opsigte van die behoud van gewigsverlies is direkte hipnotiese suggesties dus doeltreffender. Hipnoterapie met direkte hipnotiese suggestie is gevolglik doeltreffender gevind as hipnoaversie en gedragsmodifikasie by die behandeling van persone met gewigsprobleme.

Ten slotte word voorgestel dat die doeltreffendheid van hipnoterapie en gedragsmodifikasie in een program ondersoek word. Hierdie voorstel strook met die nuutste ontwikkelinge op die terrein van hipnoterapie as behandelingswyse vir persone met gewigsprobleme.



UNIVERSITY *of the*
WESTERN CAPE

Abrahamson, E. (1977). Behavioral approaches to weight control.
New York: Springer Publishers.

Abrahamson, E.E. & Wunderlich, R.A. (1972). Anxiety, fear and
eating: a test of the psychosomatic concept of obesity.
Journal of Abnormal Psychology, 78, 317 - 321.

Alden, J.F. (1977). Gastric and jejunoileal bypass. A comparison
in the treatment of morbid obesity. Archives of surgery, 112,
799 - 806.

Alfred, G. (1951). Your weight and your life: a scientific guide
to weight reduction and control. New York : Norton & Company
Incorporation.



UNIVERSITY of the
WESTERN CAPE

Allen, D.W., Quigley, B. (1977). The role of physical activity in
the control of obesity. Medical Journal of Australia, 9, 434 -
439.

Altschul, A.M. (1987). Weight control: a guide for counsellors
and therapists. New York, Preager Press, 1987.

Andersen, M. S. (1985). Hypnotizability as a factor in the hypnotic
treatment of obesity. International Journal of Clinical and

Experimental Hypnosis, 33 (2), 150-159.

- Andersen, T., Juhl, E., & Quaade, F. (1980). Jejunoileal bypass for obesity - what can we learn from a literature study? American Journal of Clinical Nutrition, 33, 440 - 445.
- Aragona, J., Cassady, J., & Drabman, R., (1975). Treating overweight children through parental training and contingency contracting. Journal Applied Behaviour Analysis, 8 (3) 269 - 278.
- Ashby, W. & Wilson, G. (1977). Behavior therapy for obesity: Booster sessions and long-term maintenance of weight loss: Behavioral Research and Therapy, 15, 451 - 463.
- Baile, J.A., Zimm J.F. & McLaughlin L. (1970). Refractory obesity treated by fasting. British Medical Journal, 1, 91 - 97.
- Baird, M. & Allan, H. (1969). Obesity, medical and scientific aspects. Proceedings of the first simposium of the obesity association of Great Britain. Edinburgh: E & L Livingstock.
- Bandura, A. (1977). Social learning theory. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Barrow, E. (1986). A comparative study of two types of hypnotic

induction techniques. Ongepubliseerde magisterverhandeling:
Universiteit van Suid Afrika, Pretoria.

Bellack, A.S. (1975). Behavior therapy for weight reduction.

Addictive Behaviors, 1, 73 - 82.

Bergin, E. & Garfield, R. (1971). Effects of family based
behavioral treatment on obese 5 - 8 year old children.

Behavior Therapy, 16, 205 - 212.

Beutler, L.E. (1987). Eating disorders. Journal of Consulting
and Clinical Psychology, 55, (5), 627.

Biggsby, F, & Muniz, C. (1962). Practical management of the obese
patient. New York: Intercontinental Medical Book Corporation.

Biron, P., Mangeau, J. & Bertrant, D. (1977). Familial resemblance
of body weight and weight height in 374 homes with adopted
children. Journal of Pediatrics. 91 (4), 555 - 558.

Blackburn, G.L. & Pavlou, K. (1984). Fad reducing diets:
separating fads from fact. Modern Medicine of South Africa,
12, 67 - 72.

Bleicher, J., Gegielski, M. & Saparta, J. (1974). Intestinal
bypass operation for massive obesity. Postgraduate Medicine,

55 (4), 65 - 70.

Boakes, S., Popplewell, N. & Burtan, E. (1987). Obesity: the nutritional spooke. American Journal of Public Health, 61, 1491 - 1496.

Börjeson, M. (1976). The aetiology of obesity. Acta Paediatrica Scandanavica, 65, 279 - 287.

Botha, M. (1980). Diet therapy at hand. Johannesburg: Lex Patria Publishers.

Bray, G.A. (1978). The overweight patient. Toronto: W.B. Saunders.

Bray, G.A. (1985). Complications of obesity. Annals of Internal Medicine, 103 (6), 1052 - 1062.

Bray, G.A., Benfield, J. (1977). Intestinal bypass for obesity: a summary and perspective. The American Journal of Clinical Nutrition, 30, 121 - 127.

Bray, G. & Buthune, J. (1974). Treatment and management of obesity. New York : Harper Row.

Brits, R. (1987). 'n Evaluering van die teorie en praktyk van

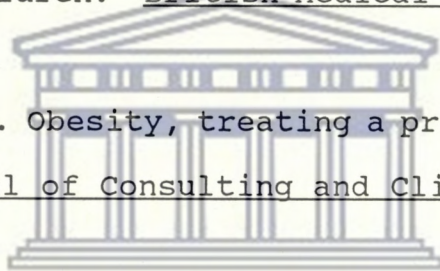
hipnose as terapeutiese tegniek. Ongepubliseerde
magisterverhandeling: Randse Afrikaanse Universiteit.

Britse Mediese Tydskrif (1975). Nature and Nurture in childhood
obesity. British Medical Journal, 2, 706.

Brook, C.G.D. (1977). Genetic aspects of obesity. Postgraduate
Medical Journal, 2, 93-99.

Brook, C.G.D., Huntley R.M.C. & Slack, J. (1975). Influence of
heredity and environment in determination of skinfold
thickness in children. British Medical Journal, 2, 719 - 721.

Brownell, K.D. (1982). Obesity, treating a prevalent and refractory
disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 50,
820 - 830.



UNIVERSITY of the

WESTERN CAPE

Brownell, K.D, Heckerman, C., Westlake, R., Hayes, S. & Monti, P.
(1978). The effect of couples training and partner
co-operativeness in the behavioral treatment of obesity.
Behavior Research and Therapy. 16, 323 - 333.

Brownell, K.D. & Kramer, M. (1989). Behavioral management of
obesity. Medical Clinics of North America, 73 (1), 185 - 201.

Brownell, K.D., Marlatt, G., Lichtenstein, E. & Wilson, G. (1986).

Understanding and preventing relapse. American Psychologist,
19, 765 - 782.

Brownell, K.D. & Stunkard, A. (1981). Couples training,
Pharmacotherapy, and Behaviour therapy in the treatment of
obesity. Archives of General Psychiatry, 38 1224 - 1230.

Brownell, K.D., Stunkard, A.J. & Albaum, J.M. (1980). Evaluation
and modification of exercise patterns in the natural
environment. American Journal of Psychiatry, 137, 1540 - 1545.

Bruch, H. (1981). Developmental considerations of anorexia
nervosa and obesity. Canadian Journal of psychiatry, 26 (47),
212 - 217.

Buckwalter, J. (1980). A prospective comparison of the jejunoileal
and gastric bypass operations for morbid obesity.
World Journal of Surgery, 1, 757 - 768.

Buros, O.K.(Ed). (1974). Tests in print - An index to tests and
test reviews. New Yersey: Crypton Press.

Cairella, M. (1987). Psychological aspects of the drug treatment
of obesity. International Journal of Obesity, 11, 5 - 11.

Cannon, W.B. (1963). Bodily changes in pain, hunger, fear and

rage. New York: Appleton.

Cochrane, G. & Friesen, J. (1986). Hypnotherapy in weight-loss treatment. Journal of consulting and clinical Psychology, 54 (4), 489 - 492.

Chertok, L. (1981). Sense and non-sense in hypnosis. United Kingdom: Pergamon Press.

Coleman, J., Butcher, J. & Carson, R. (1980). Abnormal Psychology and Modern Life. Glenview : Scott, Foresman and Company.

Conn, H.L., De Felice, E. & Kuo, P.T. (eds) (1983). Health and Obesity. New York : Raven Press.

Copeland, E.T. & Copeland, S. (1981). Childhood obesity. A family system's view. American Family Physician, 24 (2), 153 - 157.

Court, J.M. (1977). Obesity in Childhood. Medical Journals of Australia, 1, 888 - 891.

Crasilneck, H. & Hall, J. (1975). Clinical Hypnosis: Principles and applications. New York: Grunne and Straton.

Cureton, C., Thompson, D., Jarvie, F. & Lahey, H. (1982). Exercise and obesity: Etiology, physiology and intervention. Psychological Bulletin, 91, 55 - 79.

Curtis-Prior, P.B. (1975). Prostaglandins and obesity. Lancet, 70, 897 - 900.

Dahlkoeter. K., Callahan, E.J. & Linton, J. (1979). Obesity and the unbalanced energy equation : exercise versus eating habit change. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 47 (5), 898 - 905.

Daniels, J. (1984). The pathogenesis of obesity. Psychiatric Clinics of North America, 7 (2), 335 - 347.

Davis, B. & Roncari, F. The effect of social cues on the eating behavior of obese and normal subjects. Journal of Personality, 48 (2) 259 - 271.

Dengrove, E. (1976). Hypnosis and behavioral therapy. Springfield: Charles C. Thomas Publishers.

De Risi, D. & Butz, S. (1980). The long-term effect of spouse involvement upon weight loss and maintenance. Behavior Therapy, 13, 681 - 693.

De Villiers, M., Albertse, E.C. & McLachlan, M. (1989). The prevalence of obesity and hypertension among Zulu women in a remote rural area. Suid-Afrikaanse Tydskrif vir Wetenskap, 84, 601.

Deyoub, P. (1980). Suggestion with and without hypnotic induction in a weight reduction program. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 28, 233-340.

Deyoub, P.L. (1979). Hypnosis in the treatment of obesity and the relation of suggestibility to outcome. Journal of the American Society of Psychosomatic Dentistry and Medicine, 26 (4) 137-149.

Deyoub, P.L. & Wilkie, R. (1980). Suggestions with and without hypnotic induction in a weight reduction program. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 31, 243 - 255.

Diament, C. & Wilson, G. (1975). An experimental investigation of the effects of covert sensitization in an analogue eating situation. Behavior Therapy, 6, 499 - 509.

Dinoff, B., Richard, A. & Colwick, F. (1972). Maintenance of successful weight loss: effect of financial contracts for

weight maintenance or participation in skills training. Behavior Therapy, 8, 295 - 301.

Dixon, W.J. (1983). BMDP Statistical software. Berkeley: UCLA Press.

Dodd, D., Birky, H. & Stalling, R. (1976). Eating behavior of obese and normal weight females in a natural setting. Addictive Behaviors, 1, 321 - 325.

Dore, E., Hesp, F., Wilkins, D. & Garrow, J.S. (1987). Maintenance of weight loss in obese patients after jaw-wiring. British Medical Journal. 290, 858 - 859.

Drenick, E.J. & Johnson, D. (1978). Weight reduction by fasting and semistarvation in morbid obesity : long-term follow-up. International Journal of obesity, 2, 123 - 132.

Drenick, E., Simons, F. & Murphy, J. (1970). Effect on hepatic morphology of treatment of obesity by fasting, reducing diets and small bowel bypass. New England Journal of Medicine, 282, 829 - 834.

Dubbert, P.M. & Wilson, T. (1984). Goal-setting and spouse involvement in the treatment of Obesity. Behavior Research

and Therapy, 22 (3), 227 - 242.

Edelstein, M.G. (1981). Trance, Trauma and Transformation : A clinical guide to hypnotherapy. New York: Mazel Publishers.

Elliot, F. & Denney, B. (1975). Learning to eat. Behavior modification of weight control. California: Bull Publishing.

Enzi, G., Gasporo, M., Bondetti, R., Fiore, D., Semisa, M. & Zurlo, F. (1986). Subcutaneous and visceral fat distribution according to sex, age and overweight, evaluated by computed tomography. American Journal of Clinical Nutrition, 44, 739 - 746.

Epstein, L. & Wing, R. (1980). Aerobic exercise and weight. Addictive Behaviors, 5, 371 - 388.

Epstein, L.H., Wing, R.R. & Thompson, J.K. (1978). The relationship between exercise intensity, caloric intake and weight. Addictive behaviors, 3, 185 - 190.

Epstein, L., Masek, B.J., & Marshall, W.R. (1978). A nutritionally based school program for control of eating in obese children. Behavior Therapy, 9, 766 - 788.

Epstein, L., Wing, R., Koeske, R. & Valoski, A. (1984). Effects of diet plus exercise on weight change in parents and children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52 (3) 429 - 437.

Erickson, M. (1980). The collected papers of Milton Erickson. New York: Irvington Publishers.

Fabre, G. & Fabre, E. (1970). Beta endorphine is associated with overeating in genetically obese mice and rats. Science, 202, 988 - 991.

Ferster, C., Nurmberger, J., & Levitt, E. (1962). The control of eating. Journal of Mathematics, 1, 87 - 109.

Finkelstein, B. & Freyer, B.A. (1971). Meal frequency and weight reeducation of young women. American Journal of Clinical Nutrition, 24, 465 - 468.

Flaks, H. (1976). A study of the personality of the obese adolescent female. Ongepubliseerde magisterverhandeling. Universiteit van Suid-Afrika, Johannesburg.

Foreyt, J. (1987). Issues in the assessment and treatment of obesity. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55

(5), 677 - 684.

Foreyt, J. & Hagen, R. (1973). Covert sensitization: Conditioning or suggestion? Journal of Abnormal Psychology, 82, 17 - 23.

Foreyt, J.R. & Kennedy, W. (1971). Treatment of overweight by aversion therapy. Behavior Research and Therapy, 9, 24 - 34.

Foreyt, J.P. (eds) (1977). Behavioral treatments of obesity.
New York : Pergamon Press.

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

Fourie, D. (1976). Relationship aspects of hypnosis.
Ongepubliseerde magisterverhandeling, Universiteit van Suid Afrika, Pretoria.

Fox, F.W. (1973). The enigma of obesity. Lancet, 72, 1487 - 1488.

Frawley, T. (1984). Obesity and the endocrine system.
Psychiatric Clinics of North America, 7 (2), 299 - 306.

Freedman, A. & Kaplan, H.I. (1980). Comprehensive textbook of

Psychiatry. Baltimore: Williams and Wilkins Company.

Garrow, J.S. (1981). Treat obesity seriously: a clinical manual.
New York : Churchill Livingstone.

Garrow, J.S. (1987). Morbid obesity : Medical or surgical
treatment? The case for medical treatment. International
Journal of Obesity, 11, 1 - 4.

Gastineau, C. (1984). Obesity, risks, causes and treatment.
Medical Clinics of North America, 56, 1021 - 1028.

Gaul, D., Craighead, E. & Mahoney, M. (1975). Relationship between
eating rates and obesity. Journal of Consulting and Clinical
Psychology, 43, 123 - 125.

Gibson, H.B.(1979). The application of hypnotic techniques to
therapy : some problems of theory and practice. British
Journal of Medical Psychology , 52, 141-145.

Gilligan, S.G. (1983). Generative autonomy - principles of a
Ericksonian Hypnotherapy. In Zeig, J. K. (Ed) Ericksonian
Psychotherapy Vol. 1. New York: Irvington.

Glass,A., Buman, K.,Dahms, W. & Boekm, T. (1981). Endocrine
function in human obesity. Metabolism, 30 (1), 89 - 98.

- Gluckman, J. (1972). Psychogenic obesity in children. Acta Paediatrica, 42, 8 -19.
- Gold, D.D. (1976). Psychological factors associated with Obesity. American Family Physician, 13 (6), 87 - 91.
- Golden, M. (1976). An approach to the management of obesity in childhood. Symposium on Pediatric Endocrinology, Behavioral Therapy, 10, 187 - 197.
- Goldman, R., Jaffa, M. & Schacter, S. (1968). Dormitory food and the eating behavior of obese and normal persons. Journal of Personality and Social Psychology, 10, 117 - 123.
- Graham, L.E., Taylor, C.B., Hovell, M.F. & Siegel, W. (1983). Five year follow-up to a behavioral weight-loss program. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 51, 2, 322 - 323.
- Green, M., & Harry, J. (1981). Nutrition in contemporary nursing practice. New York: John Wiley.
- Griffen, W.O., Young, V. & Stevenson, C.C. (1977). A prospective comparison of gastric and jejunoileal bypass procedures for morbid obesity. Annals of Surgery, 186, 500 - 507.

Groothof, G. (1977). The effect of a high carbohydrate weight reduction diet on obese white males and females. Ongepubliseerde magisterverhandeling, Universiteit Stellenbosch.

Grotepass, C. (1972). Current trends in the psychological treatment of obesity. South African Journal of Science, 84, 600.

Guggerheim, F.G. (1977). Basic considerations in the treatment of obesity. Medical Clinics of North America, 61 (4) 781 - 796.

Hager, A. (1977). Body fat and adipose tissue cellularity in infants. A longitudinal study. Metabolism, 26, 607 - 612.

Hall, S. Hall, R.G., Hanson, R.W. & Borden, B.L. (1974). Permanence of two self-managed treatments of overweight in university and community populations. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42 (6), 781 - 786.

Hammer, S.L., Campbell, V. & Woolley, J. (1971). Treating adolescent obesity: Long range evaluation of previous therapy. Clinical Pediatrics, 10, 46 - 53.

Hartland, J. (1976). Ego strenghtening technique. In Dengrove, E Hypnosis and Behavior Therapy. Springfield:Thomas Publishers.

- Heap, M. (1988). Hypnosis: current clinical, experimental and forensic practices. London: Croom Helm.
- Held, M. & Snow, D.L. (1972). MMPI, internal-external control and problem checklist scores of obese adolescent females. Journal of Clinical Psychology, 28, 523 - 525.
- Hilgard, E. R. & Bentler, P.M. (1983). Predicting hypnotizability from the Maudsley personality Inventory. British Journal of Psychology, 54, 63 - 69
- Hilgard, E.R. & Hilgard, J.R. (1983). Hypnosis in the relief of pain. California: William Kaufmann.
- Hilgard, J. (1970). Personality and Hypnosis: A study of imaginative involvement. Chicago: University of Chicago Press.
- Hilgard, J.R. (1979). Personality and Hypnosis. A study of imaginative involvement. Chicago: University of Chicago Press.
- Hodgson, D. & Miller, F. (1982). The role of insulin and growth hormone in childhood obesity. Nutrition review, 39, 163 - 166.
- Hollifield, G. & Parson, W. (1965). Effects of diet and/or exercise

on obese college women. Journal of the American Dietetic Association, 56, 126 - 129.

Hooker, B.L. & Convisser, H.K. (1963). Estimates of food quantity and calories: errors in self-report among obese patients. American Journal of Clinical Nutrition, 35, 727 - 732.

Horan, J., Baker, S., Hoffman, A. & Shute, R. (1975). Weight-loss through variations in the coverant control paradigm. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 68 - 72.

Howard, A.N. (1981). Editorial: Obesity. Occupational Health Nursing, 15, 314 - 315.

Humphrey, L.L. (1986). Structural analysis of parent-child relationships in eating disorders. Journal Abnormal Psychology, 95 (4), 395 - 402.

Huse, D.M. Branes, L.A. Colligan, R.C., Nelson, R.A. & Palumbo, P.J. (1982). The challenge of Obesity in childhood. Incidence, Prevalence and staging. Mayo Clinics Proceedings. 57, 279 - 284.

Immelman, P.J. (1984). Rapid Induction Analgesia: An investigation into the clinical utility of an Ericksonian Hypnotic procedure

in dental practice. Ongepubliseerde magisterverhandeling,
Universiteit van Port Elizabeth .

Ingram, D. (1976). Psychoanalytic treatment of the obese person.
American Journal of Psychoanalytics, 36, 127 - 138.

Jacoby, A., Altman, D.G., Cook, J., Holland W. & Eliot, (1975).
Influence of social and environmental factors on the nutrient
intake and nutritional status of schoolchildren. British
Journal of Preventative Social Medicine, 29, 116 - 120.

James, W.P., & Trayhurn, P. (1976). An integrated view of the
metabolic and genetic basis for obesity. Lancet, 76 770 - 773.

Janda, L., & Rimm, D. (1972). Covert sensitization in the
treatment of obesity. Journal of Abnormal Psychology, 80, 37
- 42.

UNIVERSITY of the
WESTERN CAPE

Jeffrey, R., Christensen E., & Pappas, J.P. (1972). A case study
report of a behavioral modification weight reduction group:
Treatment and follow-up. In Harris, M., Hallbauer, E.
Behavior Research and therapy, 11, 523 - 529.

Jeffrey, R., Gerber, W.M., Rosenthal, B.S. & Lindquist, L. (1983).
Monetary contracts in weight control. Journal of Consulting

and Clinical Psychology, 51 (2), 242 - 248.

Johnson, W.G. (1974). Effect of cue prominence and subject weight on food directed performance. Journal of Personality and Social Psychology, 29, 843 - 848.

Jooste, P.L., & Steyn, K. (1989). Obesity in white and coloured persons in the Cape. Suid-Afrikaanse Tydskrif vir Wetenskap, 84, 601 - 604.

Kaplan, H.I. (1980). Effects of food deprivation external cues and obesity on consumption and buying intentions. Journal of Personality and Social Psychology, 32: 761 - 766.

Kaplan H.T., Kaplan, H.S. (1957). The psychosomatic concept of obesity. Journal of Nervous and Mental Disease, 125, 181 - 201

UNIVERSITY of the
WESTERN CAPE

Katch, A., Martin, C. & Martin, G. (1979). Effects of exercise intensity on food consumption in the male rat. American Journal of Clinical Nutrition, 32, 1401 - 1407.

Keeseey, R.E. & Powley, T.L. (1986). The regulation of body weight. Annual Review of Psychology, 37, 109 - 133.

Kelly, D. & Brown, C. (1989). Dietary and medical treatment of

obesity. Addictive Behaviors, 10, 3 - 21.

Kingsly, R., Wilson, G. (1977). Behavior therapy for obesity: A comparative investigation of long-term efficacy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 35, 288 - 298.

Kirschner, M.A., Schneider, G. Ertel, N.H. & Gorman, J. (1988). An eight year experience with a very low calorie formula diet for control of major obesity. International Journal of obesity, 12, 69 - 80.

Klasges, R., Beatty, W. & Berry, S.L. (1985). Some behavioural, attitudinal, and perceptual correlates of obesity in a university population. International Journal of Eating Disorders 2, 237 - 245.

Klein, M. (1957). Envy and gratitude. London: Tavistock Publications.

Kline, M.V. (1964). A preface towards a theory of hypnotism. British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis, 5, 14 - 23.

Knittle, J.L. (1972). Obesity in childhood: A problem in adipose tissue cellular development. Journal of Pediatrics, 81 (6)

1048 - 1059.

- Krause, R.B. & Mahan, E.J. (1979). Clinical use of a proteinsparing modified fast. Journal of American Medical Association, 240, 2299 - 2302.
- Kreitler, S., & Chemerinsky, A. (1988). The Cognitive orientation of obesity. International Journal of Obesity, 7, 403 - 416.
- Kroger, W.S. (1970). Comprehensive management of Obesity. American Journal Clinical Hypnosis, 12 (3), 165-176.
- Lankford, T.R., & Jacobs-Steward, P. (1986). Foundations of Normal and therapeutic nutrition. New York : John Wiley and Sons.
- Le Bow, M.D. (1981). Weight Control. The behavioral strategies. New York : John Wiley and Sons.
- Lefley, A.E. (1971). Racial and socioeconomic influences in anorexia nervosa and bulimia. International Journal of Eating Disorders. 4, 479 - 489.
- Leitenberg, H. (1976). Handbook of behavior modification and behavior therapy. New Jersey: Prentice Hall.
- Leon, G. (1979). Current directions in the treatment of obesity.

Psychological Bulletin, 83 (4), 557 - 578.

- Leon, G. & Roth, L. (1977). Obesity : Psychological causes, correlations and speculations. Psychological Bulletin, 84 (1) 117 - 139.
- Louw, D. (Red) (1989). Suid-Afrikaanse Handboek van Abnormale gedrag. Johannesburg: Southern Uitgewers.
- Louw, D., Gouws, L., Meyer, W., Plug, C. (1979). Psigologie-woordeboek. Johannesburg: McGraw Hill.
- Lowe, W, & Fisher, L. (1983). Obesity and eating: Internal and external cues differentially effect the eating behavior of obese and normal subjects. Science, 161, 751 - 760.
- Ludbrook, W.L. & Jamieson, F.L. (1987). Medical and surgical managment and mismanagment of obesity. Southern Medical Journal, 72, 1189 - 1193.
- Mahoney, M. (1974). Self-reward and self-monitoring techniques for weight control. Behavior Therapy, 5, 48 - 57.
- Malt, J., & Guggenheim, F. (1976). Surgery for obesity. New England Journal of Medicine, 295 (1), 43 - 44.

- Mann, G. (1973). The influence of obesity and health. New England Journal of Medicine, 291, 226 - 232.
- Mann, R. (1972). The behavior-therapeutic use of contingency contracting to control an adult behavior problem: Weight control. Journal of Applied Behavior Analysis, 5, 99 - 109.
- Manno, B., & Marston, A. (1972). Weight reduction as a function of negative covert reinforcement versus positive covert reinforcement. Behavior Research and Therapy, 10, 201 - 207.
- Mason, E.E., Ito, B. (1982). Vertical banded gastoplasty for obesity. Archives of Surgery, 117, 107 - 116.
- Mazansky, H. (1975). A Review of obesity and its management in 263 cases. South African Medical Journal, 45, 1955 - 1962.
- McCall, R. (1974). Group therapy with obese women of varying MMPI profiles. Journal of Clinical Psychology, 30, 466 - 470.
- McKenna, R.J. (1972). Some effects of anxiety level and food cues on the eating behavior of obese and normal subjects: a comparison of the Schachterian and psychosomatic conceptions. Journal Personality and Social Psychology 22 (3) 311 - 319.

- McReynolds, W. (1982). Towards a psychology of obesity: Review of research on the role of personality and level of adjustment. Journal of Abnormal Psychology, 5, 207 - 214.
- Meyer, R. (1973). Delay therapy: Two case reports. Behavior Therapy, 4, 709 - 711.
- Millar, W.J. (1987). Weight Classification categories. American Journal of Public Health. 77 (7), 878 - 884.
- Millar, W.J. & Stephens, T. (1986). The prevalence of overweight and obesity in Britain, Canada and United States. American Journal of Public Health, 77 (1), 38 - 41.
- Miller, M. (1976). Hypnoaversion treatment in alcoholism, nicotinism and weight control. Journal National Medical Association, 68 (2), 129-130
- Miller, M. (1979). Therapeutic hypnosis. New York : Human Science Press.
- Mott, T., Roberts, J. (1979). Obesity and hypnosis: A review of the literature. American Journal of Clinical Hypnosis. 22 (1), 1 - 7.

Munro, J. (1987). Drug treatment of obesity : an overview.

International Journal of Obesity, 11, 13 - 15.

Munro, J.F. (1979). The treatment of obesity. Great Britain : MTP Press.

Neiman, B.L. (1977). Some medical aspects of obesity. Medical Journal of Australia, 2, 478 - 480.

Nel, M.C. (1976). 'n Persoonlikheidsbeeld van adolessente meisies wat aan obesiteit ly. Ongepubliseerde magisterverhandeling, Potchefstroomse Universiteit.

Nie, N., Hull, C.H., Jenkins, J., Stenbrenner, & Brent, (1975). Statistical Package for the Social Sciences. New York: McGraw Hill.

Nisbet, R.E. (1968). Determinents of food intake in obesity. Science, 159, 1254 - 1262.

Nisbet, R. (1972). Hunger obesity, and the ventromedial hypothalamus. Psychological Review, 79, 433 - 453.

Nisbet, R.E. & Gurwitz, S.B. (1970). Weight, sex and the eating behavior of humans. Journal of Comparative and Physiological Psychology, 73, 245 - 253.

Oberholzer, H.H. (1984). Vetsugtigheid. Ongepubliseerde magisterverhandeling Universiteit van die Oranje Vrystaat, Bloemfontein.

Olivier, M, & Hekster, B. (1989). Current trends in the psychological treatment of obesity. South African Journal of Science, 84, 597 - 604.

Osankova, K. (1976). Epidemiology of obesity. In Silverstone, J. Obesity: its pathogenesis and management, Acton: Publishing Science Group.

Ousby, E. (1984). The treatment of obesity by individual and group hypnosis. Canadian Psychiatric Association Journal, 24, 136 - 139.

Payne, J. & De Wind, L. (1969). Surgical treatment of obesity. American Journal of Surgery, 118, 141 - 148.

Penick, B. & Quigley, W.F. (1977). Patterns of food intake and physical activity in obesity. Journal of the American Dietetic Association, 49, 406 - 409.

Perri, M.G. Lauer, J.B., Yancey, D.Z., McAdoo, W., McAllister,

D., Jordan, R.C. & Nezu, A.M. (1987). Effects of peer support and therapist contact on long-term weight loss. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, (4), 615 - 617.

Phillips, C. (1977). Individual and couple behavioral contracting for weight reduction and maintenance. Journal Applied Behavior Analysis, 12, 141 - 155.

Pine, C.J. (1983). Obese and non-obese American, Indian and Caucasian performance on the Mini-Mult MMPI and I-E Scale. Journal of Clinical Psychology, 29 (2), 251 - 256.

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

Pomaritz, A. Greenberg, I., & Blackburn, G. (1977). MMPI profiles of obese men and women. Psychological Reports. 41, 731 - 734.

Popplewell, F. & Burtan, E.M. (1987). Effects of fasting on glucose and insulin metabolism of obese patients. Lancet, 12, 285 - 290.

- Power, C. & Maynihan, C. (1988). Social class and changes in weight-for-height between childhood and early adulthood. International Journal of Obesity, 12, 445 - 453.
- Powers, P.S. (1982). Obesity. Psychosomatics, 23 (10) 1023 - 1038.
- Rand, C.S. & Stunkard, A.J. (1983). Obesity and Psychoanalysis: Treatment and four year follow-up. American Journal of Psychiatry 140, (9), 1140 - 1144.
- Reichman, F. (1972). Hunger and satiety in health and disease. Switzerland: S. Kroger Publishers.
- Richarby, L. (1981). The family frame of obese children. Psychosomatic Medicine, 11, 139 - 149.
- Rivlin, R. (1975). Drug therapy. Therapy of obesity with hormones. New England Journal of Medicine, 2, 26 - 28.
- Rodin, R.S. (1976). The use of hormones in the treatment of obesity. Current concepts in nutrition, 3, 151 - 163.
- Rodin, J. Elias, M., Silberstein, L.R. & Wagner, A. (1988). Combined behavioral and pharmacological treatment of Obesity:

Predictors of successful weight maintenance. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56 (3), 399 - 404.

Rodin, J., Schank, Striegel, D. & Moore, R.S. (1989).

Psychological features of Obesity. Medical Clinics of North America 73 (1), 1989.

Rossi, E. (1980). (eds) The nature of hypnosis and suggestion. The collected papers of Milton H. Erickson. Volume 1. New York: Irvington Publishers.

Rozensky, R.H. & Bellack, A. (1976). Individual differences in self-reinforcement style and performance in self- and therapist control weight reduction programs. Behavior Research and Therapy, 14, 325 - 364.

Rudermann, A.J. (1983). Obesity, anxiety and food consumption. Addictive Behaviors, 8, 235 - 242.

Sakaguchi, T., Arase, K. & Bray, G. (1987). Sympathetic activity and food intake of rats with ventromedial hypothalamic lesions. International Journal of Obesity, 12, 285 - 291.

Saltzstein, E.C. & Gutmann, M.C. (1980). Gastric bypass for morbid obesity. Archives of Surgery, 115, 21 - 28.

Schacter, S. (1971). Some extraordinary facts about obese humans and rats. American Psychologist, 26, 129 - 144.

Schemmel, R. (1980). Nutrition, physiology and obesity (eds) Florida : CRC Press

Scott, M., Brill, W. & Price, D. (1975). Metabolic intestinal surgery: its complications and management. Archives of Surgery, 110, 652 - 659.

Shearman, C.P., & Baddeley, R. (1986). Which gastroplasty for the correction of massive obesity? Annals of the Royal College of Surgeons of England, 68, 139 - 142.

Sherman, B.L. (1965). Surgical treatment for obesity. Journal of the American Medical Association, 116, 141 - 149.

Silverstone, J.T. (1982). Obesity and social class. Psychotherapy and Psychosomatics, 18, 226 - 230.

Simon, B.L. (1963). Group therapy with obese women of varying MMPI-profiles. Journal of Clinical Psychology. 30, 466 - 470.

Slochower, J., & Kaplan, S. (1980). Anxiety, perceived control,

and eating in obese and normal weight persons. Appetite, 1,
75 -83.

Slochower, J.A. (1983). Excessive eating : The role of emotions
and environment. New York : Human Science Press Incorporation.

Smalberger, D. (1985). Hipnose as psigoterapeutiese tegniek.
Ongepubliseerde doktorskrif, Universiteit van Suid
Afrika, Pretoria

Sobal, J. & Stunkard, A.J. (1989). Socio-economic status and
obesity: A review of the literature. Psychological Bulletin.
105, (2) 260 - 275.

Spiegel, H. & Debetz, B. (1987). Restructuring eating-behavior
with self- hypnosis. International Journal of Obesity, 287,
267 - 274.



UNIVERSITY of the
WESTERN CAPE

Spielberger, D., Gorsueh, R,L. & Lushene, R. (1970). State Trait
Anxiety Inventory. Eight Mental MeasUREMENTS Yearbook. 1088
- 1096.

Spira, M. (1982). Obesity : abandon dieting for behavioral
techniques. Modern Medicine. 7, (8), 102.

- Stock, M. & Rothwell, N. (1982). Obesity and leanness. Basic aspects. London: John Libbey.
- Stout, K. (1982). The surgical treatment of morbid obesity. Implications and interventions. Nursing Clinics of North America 17 (2), 245 - 250.
- Straw, M. & Terre, L. (1983). An evaluation of individualized behavioral obesity. Treatment and maintenance strategies. Behavior Therapy, 14, 255 - 266.
- Stuart, R. (1967). Behavioral control of overeating. Behavior Research and Therapy, 5, 357-365.
- Stuart, R. (1971). A three-dimensional program for the treatment of obesity. Behavior Research and Therapy, 9, 177 - 186.
- Stuart, R.B. & Davis, B., (1972). Slim chances in a fat world : behavioral control of obesity. Illinois : Research Press.
- Stunkard, A.J. (1959). The results of treatment for obesity. A review of the literature and report of a series. Archives of Internal Medicine, 103, 79 - 85.
- Stunkard, A.J. (1987). Complications of the surgical treatment of

obesity. American Journal of Psychiatry, 144 (6), 834 -840.

Stunkard, A.J., Craighead, L.W. & O'Brien, R. (November 1980).

Controlled trial of behavior therapy, pharmacotherapy, and their combination in the treatment of obesity. Lancet, 65, 1045 -1047.

Stunkard, A.J., Foch, T. & Hrubec, Z (1986). A Twin study of human obesity. Journal of the American Medical Association, 256, (1), 51 - 55.

Stunkard, A.J. & Moore, K. (1980). Controlled trail of behaviour-therapy, pharmacotherapy and their combination in the treatment of obesity. Lancet, 9, 1045 - 1047.

Stunkard, A.J. & Penick, S.B. (1979). Behavior modification in the treatment of Obesity: The problem of maintaining weight loss. Archives of General Psychiatry, 36, 801 - 806.

Stunkard, A.J. & Rush, J. (1974). Dieting and depression re-examined: A critical analysis of untoward responses during weight reduction re-examined. Annals of Internal Medicine, 99, 675 - 684.

Stunkard, A.J. & Steller, E. (Eds) (1987). Eating and its

disorders. New York : Raven Press.

Stunkard, A.J., Stinnet, J.L. & Smoller, J.D. (1986).

Psychological and social aspects of the surgical treatment of obesity. American Journal of Psychiatry, 143 (4), 417 - 429.

Swanson, B. & Dinello, L.F. (1970). The Social psychology of dieting. Journal of Health and Social Behavior, 11, 209 - 274.

Thiele, V. (1980). Clinical Nutrition. New York : Mosby Company.

Tiffany, S.C. (1982). Theoretical practical and social issues in behavioral treatments of obesity. Journal of Applied Behavior Analysis 12, 3 - 26.

Todd, F.J. (1972). Control of self evaluative responses in the treatment of depression. Behavior Therapy, 3, 91 - 94.

Tondo, T., Lane, J.R. & Gill, K. (1975). Suppression of specific eating behaviors by covert response cost: An experimental analysis. Psychological Record, 25, 187 - 196.

Van Itallie, T.B. & Hashim, S.A. (1970). Obesity in an age of caloric Anxiety. Modern Medicine, 38, 89 - 94.

- Vener, A. Krupka, L., & Gerard, R. (1982). Overweight/Obese patients: an overview. Practitioner, 226, 1102 - 1109.
- Vuille, J.C. & Mellbin, T. (1979). Obesity in 10-year olds: An epidemiological study. Pediatrics, 64 (5), 546 - 572.
- Wadden, T. & Anderton, (1982). The clinical use of hypnosis. Psychological Bullitin, 91, 215 - 243.
- Wadden, T. & Flaxman, J. (1981). Hypnosis and weight-loss: A preliminary study. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 33 (2), 150 - 159.
- Wadden, T., & Stunkard, A.J. (1986). Controlled trail of very low calorie diet, behavior therapy, and their combination in the treatment of obesity. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54 (4), 482 - 488.
- Wadden, T., Stunkard, A.J., & Liebschutz, L. (1988). Eating style, obesity and health. International Journal of Obesity, 7, 63 - 78
- Walker, A. (1978). Does obesity matter? Suid-Afrikaanse Mediese Tydskrif, 5, 918 - 921.
- Walker, C., Hedberg, A., Clement, P.W. & Wright, L. (1981). Clinical procedures for behavior therapy. New Jersey : Prentice Hall.
- Wardle, E. & Beales, D. (1988). Processes in the maintenance of weight-loss with behavior therapy. Behavior Therapy, 10, 566 - 570.

- Watson, D., & Tharp, R. (1983). Self directed behavior: Self-modification for personal adjustment. Belmont: Brookes publishing.
- Wester, W.C. & Smith, A.H. (1984). Clinical Hypnosis: a multidisciplinary approach. Philadelphia: J.B. Lippencott.
- Wick. E, Sigman. R. & Kline, M. (1971). Hypnotherapy and therapeutic education in the treatment of obesity. Psychiatric Quaterly, 45, 234- 254.
- Weid G.L. (1979). Obesity. Journal Reproductive Medicine, 22 (1), 130 - 134.
- Wilkinson, D. (1977). Social class correlates among adoptees and their biological and adoptive parent. Behavior Genetics, 9, 403 - 410.
- Wilson, G.T. & Brownell, K. (1980). Behavior treatment for obesity: an evaluation of treatment outcome. Advances in Behavior Research and Therapy, 3, 49 - 86.
- Wing, R.R. & Jeffery, R.J. (1979). Outpatient treatment of obesity: a comparison of methodology and results. International Journal of Obesity, 3, 261 - 279.
- Wolberg, L.R. (1949). Medical Hypnosis. New York: Grune and Stratton.
- Wolpe, J. (1982). The practice of Behavior therapy. New York: Pergamon Press.
- Zeigler, B. (1976). In Cradock, D. Obesity and its Management, Edinburgh: Churchill Livingstone.

k

SELF-EVALUATION QUESTIONNAIRE

Developed by C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch and R. Lushene

STAI FORM X-1

NAME _____ DATE _____

DIRECTIONS: A number of statements which people have used to describe themselves are given below. Read each statement and then blacken in the appropriate circle to the right of the statement to indicate how you *feel* right now, that is, at *this moment*. There are no right or wrong answers. Do not spend too much time on any one statement but give the answer which seems to describe your present feelings best.

	NOT AT ALL	SOMEWHAT	MODERATELY SO	VERY MUCH SO
1. I feel calm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. I feel secure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. I am tense	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. I am regretful	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. I feel at ease	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. I feel upset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. I am presently worrying over possible misfortunes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. I feel rested	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. I feel anxious	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. I feel comfortable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. I feel self-confident	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. I feel nervous	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. I am jittery	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. I feel "high strung"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. I am relaxed	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. I feel content	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. I am worried	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. I feel over-excited and "rattled"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. I feel joyful	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. I feel depressed	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



1.2 Vraelys : trekangs

SELF-EVALUATION QUESTIONNAIRE

STAI FORM X-2

NAME _____ DATE _____

DIRECTIONS: A number of statements which people have used to describe themselves are given below. Read each statement and then blacken in the appropriate circle to the right of the statement to indicate how you *generally* feel. There are no right or wrong answers. Do not spend too much time on any one statement but give the answer which seems to describe how you generally feel.

	ALMOST NEVER	SOMETIMES	OFTEN	ALMOST ALWAYS
21. I feel pleasant	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ
22. I tire quickly	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ
23. I feel like crying	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ
24. I wish I could be as happy as others seem to be	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ
25. I am losing out on things because I can't make up my mind soon enough	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ
26. I feel rested	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ
27. I am "calm, cool, and collected"	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ
28. I feel that difficulties are piling up so that I cannot overcome them	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ
29. I worry too much over something that really doesn't matter	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ
30. I am happy	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ
31. I am inclined to take things hard	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ
32. I lack self-confidence	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ
33. I feel secure	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ
34. I try to avoid facing a crisis or difficulty	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ
35. I feel blue	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ
36. I am content	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ
37. Some unimportant thought runs through my mind and bothers me	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ
38. I take disappointments so keenly that I can't put them out of my mind	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ
39. I am a steady person	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ
40. I get in a state of tension or turmoil as I think over my recent concerns and interests	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ

STRENG VERTROULIK

EETGEWOONTES - VRAELYS

Voornaam en Van: _____

Die doel van hierdie vraelys is om 'n volledige beeld van u eetgewoontes en gewigsprobleem te verkry. Van u word verwag om die volgende vrae so akkuraat en opreg (eerlik) as moontlik te beantwoord deur die respons in die toepaslike ruimte, met 'n kruisie te merk.

1. Op watter ouderdom het jy vir die eerste keer gewigsprobleme ondervind?
_____ jaar.
2. Het jy 'n bynaam as gevolg van die feit dat jy oorgewig is?
JA NEE
3. Voel jy selfbewus oor jou groot liggaamsbou?
JA NEE
4. Wanneer eet jy gewoonlik die meeste van die tyd?
TYDENS MAALTYE TUSSEN MAALTYE LAAT AAND
5. Watter tyd van die dag eet jy gewoonlik die meeste?
VROEG OGGEND OGGEND NAMIDDAG SAANS
6. Watter tyd van die dag voel jy op jou beste?
VROEG OGGEND OGGEND NAMIDDAG SAANS
7. Op watter spesifieke plek eet jy gewoonlik (bv. aan tafel, voor die televisie, kafeteria, ens.)

8. Vind jy sommige tipe voedsel onweerstaanbaar?

JA NEE

9. Indien ja, watter voedsel?

10. Slaan jy maaltye oor?

JA NEE SOMS

11. Eet jy al is jy nie honger nie?

JA NEE SOMS

12. Eet jy sporadies (met tye) meer as gewoonlik?

JA NEE SOMS

13. Eet jy ongereeld as gevolg van onreëlmatige kampusure/klastye?

JA NEE SOMS

14. Verkies jy om te eet wanneer niemand daarvan weet nie?

JA NEE SOMS

15. Eet jy as iets jou ontstel het?

JA NEE SOMS

16. Eet jy as jy vervelig is?

JA NEE SOMS

17. Is voedsel vir jou smaakloos?

JA NEE SOMS

18. Voel jy skuldig as jy 'n maaltyd geniet het?

JA NEE SOMS

19. Wanneer voel jy op jou beste?

VÓOR 'N MAALTYD TYDENS 'N MAALTYD
DIREK NA DIE MAALTYD LANK NA DIE MAALTYD

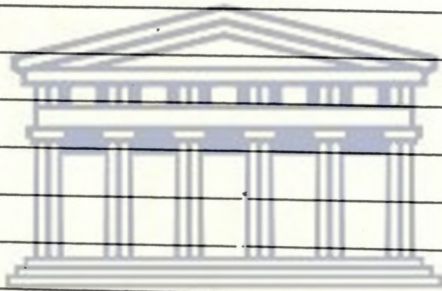
20. Eet jy bloot omdat jy kos sien en nie omdat jy honger is nie.

JA

NEE

SOMS

21. Beskryf waarom jy gewig wil verloor.



UNIVERSITY *of the*
WESTERN CAPE

22. Beskryf wat slankheid vir jou sal beteken.

EATING HABITS QUESTIONNAIRE

First names and Surname: _____

The purpose of the questionnaire is to get an idea of your eating habits and weight problem. Please complete the following questions as honest and exact as possible. Indicate your choice by making an "X" in the appropriate space/blocks.

1. At what age did your weight problem start?
_____ year

2. Do you have a nickname as a result of your weight?

YES NO

3. Do you feel self-conscious about your physique?

YES NO

4. When do you eat most?

During meals between meals Late at night

5. During what time of the day do you eat most?

early morning morning afternoons evenings

7. At what specific place do you normally eat? (e.g. at the table, T.V., cafeteria, etc.)

8. Do you find some kinds of foods irresistible?

YES NO

9. If yes what kind of foods.

10. Do you skip meals?

YES NO SOMETIMES

11. Do you eat, in spite of the fact that you are not hungry

YES NO SOMETIMES

12. Do you sporadically eat more than usual?

YES NO SOMETIMES

13. Do you have irregular eating habits due to irregular campus hours/classes

YES NO SOMETIMES

14. Do you prefer to eat when nobody knows?

YES NO SOMETIMES

15. Do you eat when upset?

YES NO SOMETIMES

16. Do you eat when bored?

YES NO SOMETIMES

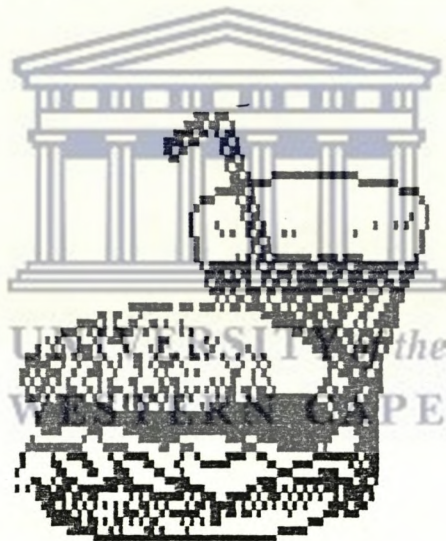
17. Do you find food tasteless?

YES NO SOMETIMES

18. Do you feel guilty when you have enjoyed a meal.

YES NO SOMETIMES

WEIGHT PROBLEM ?



WE CAN HELP

Contact : Ms Y.P. Arendse
Dept. Psychology
Tel : 959 2283

BYLAE 3 : BEHANDELINGSPROGRAMME

INHOUDSOPGAWE

BEHANDELINGSPROGRAM : HIPNOAVERSIE

Inleiding

Oriëntering ten opsigte van hipnoterapie

Sessie 1 Oriëntering ten opsigte van hipnoterapie

Progressiewe ontspanning

Sessie 2 Transopleiding: Transinduksie en transverdieping

Sessie 3 Hipnoaversie

Sessie 4 Hipnoaversie

Sessies 5-7 Implimenteringsperiode

Sessie 8 Evalueringssessie

BEHANDELINGSPROGRAM: DIREKTE SUGGESTIES



Inleiding

Oriëntering ten opsigte van hipnoterapie

Sessie 1 Oriëntering ten opsigte van hipnoterapie

Progressiewe ontspanning

Sessie 2 Transopleiding: Transinduksie en transverdieping

Sessie 3 Direkte suggesties

Sessie 4 Direkte suggesties

Sessie 5-7 Implimenteringsperiode

Sessie 8 Evalueringssessie

BEHANDELINGSPROGRAM : UITGESTELDE BEHANDELING

Die volgende inleidende geselsie was vir biede die hipnoterapeutiese benaderings gebruik ten einde die subjekte te oriënteer ten opsigte van hipnose.

1. Begripsomskrywing: Wat is hipnoterapie?

Die vroegste beskrywing van hipnoterapie word in die Bybel in Genesis 2:21- 22 aangetref. Die wetenskaplike oorsprong kan egter teruggevoer word na die werk van Franz Anton Mesmer (1734 - 1815), 'n Viennese geneesheer uit die agtiende eeu.

Ten opsigte van 'n begripsomskrywing wys Louw, Gouws, Meyer en Plug (1979) daarop dat hipnoterapie die toepassing van hipnose binne 'n terapeutiese raamwerk/konteks is. Omdat dit dan by hipnoterapie hoofsaaklik om die konsep "hipnose" gaan, is 'n omskrywing daarvan noodsaaklik. Die term self is afgelei van die Griekse woord, "hypnos" wat slaap beteken. Om hipnose egter as slaap te klassifiseer, is totaal foutief. Veel eerder is dit 'n vorm van verhoogde konsentrasie en bewussyn. Hierdie toestand word 'n trans genoem en is oor die algemeen 'n baie rustige en ontspanne ervaring.

2. Wie kan gehipnotiseer word ?

Die meeste teoretici is dit eens dat byna alle persone 'n hipnotiese trans kan bereik. 'n Persoon wat nie 'n trans by 'n bepaalde hipnotiseur kon bereik nie, mag heel moontlik wel 'n transtoestand by 'n ander hipnotiseur bereik. Afgesien hiervan verskil persone ook ten opsigte van hul vatbaarheid vir hipnose. Sommige persone bereik 'n transtoestand vinniger as andere. Ook hou 'n persoon se vatbaarheid verband met

die transdiepte wat hy of sy kan bereik. 'n Dieper trans is ideaal vir diepte-eksplorasië van gevoelens en bewussynsinhoude. 'n Vlak trans is egter nie nutteloos nie en kan van groot waarde wees binne die terapeutiese prosesse. U behoort u egter nie te veel oor hierdie aspek te bekommer nie.

Terapeutiese waarde van Hipnoterapie

Die behandelingspektrum by hipnoterapie is besonder wyd. Afgesien van sy effektiewe gebruik by die behandeling van persone met gewigsprobleme, word hipnoterapie ook aangewend by Ginekologie en Verloskunde, Tandheelkunde, Dermatologie en die behandeling van alkoholisme, impotensie, frigiditeit en die behandeling van die rookgewoonte.

Die gebruik van hipnoterapie as behandelingstechniek vir oorgewigpersone

Alhoewel daar geen Suid-Afrikaanse navorsing in hierdie verband bestaan nie, is hipnoterapie binne die konteks van 'n gewigsverliesprogram deeglik in die buiteland nagevors. As voorbeeld kan ons die studie van Miller (1976) neem waar 59% uit 'n totaal van 100 proefpersone hul ideale gewig (gewig wat hulle graag wil wees) bereik het. As hierdie program binne groepsverband aangebied word, kan die gewigsverlies selfs hoër wees.

Houdings en vooroordele teenoor Hipnose

Elke persoon het bepaalde vooroordele teenoor hipnose wat hy of sy oor die jare opgebou het. By die meeste mense is hierdie houdings en vooroordele gegrond op vorige ervarings met die hipnotiseur as verhoogkunstenaar. Dat daar 'n groot verskil tussen hipnose binne 'n kliniese konteks en dié van die vermaaklikheidskunstenaar bestaan, lei geen twyfel nie. Die hipnoterapeut verkry sy tegnieke uit 'n uitgebreide veld van navorsing en intensiewe opleiding ten opsigte van die psige van die mens.

Vir die verhoogkunstenaar gaan dit bloot om die vermaak wat aan die gehoor verskaf word.

'n Verdere belangrike vrees vir hipnose is gesetel in die kwessie van beheer of dan eerder verlies van beheer oor jouself. Die meeste persone vrees dat die hipnotiseur hul hele denke en gedrag kan manipuleer en dat hulle gevolglik geen beheer oor hulself sal behou nie. Dit moet egter duidelik gestel word dat die hipnotiseur slegs die transtoestand beheer en nie die subjek se denke "besit" nie. Dit is dus vir die hipnotiseur onmoontlik om 'n subjek iets teen sy sin te laat doen.

Ten einde die terapeutiese proses te vergemaklik is dit noodsaaklik dat enige negatiewe opvattinge rakende hipnose binne die groep bespreek word. Wat u dus ookal mag pla, moet ons gedurende dié sessie uitklaar, aangesien dit u vermoë om 'n diep genoeg trans te bereik, mag beïnvloed.

Bylae 3.2 **BEHANDELINGSBENADERING: HIPNOAVERSIE**

SESSIE 1: Oriëntering ten opsigte van hipnose en progressiewe ontspanning (Aanhangsel A)

SESSIE 2: Transinduksie

SESSIE 3 EN 4:

Die volgende averse tonele is binne die behandelingsprogram aangewend:

Inleiding

Ek gaan jou vra om die volgende tonele of situasies so duidelik moontlik in jou gedagtes voor te stel. Dit is belangrik dat jy jou nie slegs moet verbeel dat jy in hierdie situasies is nie, maar dat dit vir jou voel asof jy werklik in daardie situasies

is. Jy moet dus nie slegs visualiseer nie, maar probeer om te voel, te ruik en te hoor: voel die vurk in jou hand en ruik die voedsel wat jy besig is om te eet.

TONEEL 1

(Hierdie toneel is spesifiek gemik op persone wat tussen maaltye eet.)

Ek wil hê jy moet jou verbeel dat jy in die straat verby 'n bakkery stap. Op die ingewing van die oomblik besluit jy om vir jouself twee stukke roomkoek te koop.... jy kry die reuk van vars koek as jy die bakkery instap....jou mond water as jy dink aan die heerlike smaak van vars room.

Terwyl jy wag om te betaal, maak jy die houertjie met die koek oop om daaraan te peusel. Net toe jy bēgin om die sakkie oop te maak, voel jy 'n mislikheid op die krop van jou maag. Jy begin skielik naar en sieklik voel oor jou hele liggaam. Jy probeer die gevoel afsluk en bring die stuk koek na jou mond toe.... as die koek aan jou lippe raak, voel jy hoe 'n suur, bitter gevoel in jou keel en mond opstoot.... jy maak jou mond oop om 'n hap aan die koek te gee, maar skielik voel jy hoe die braaksels oor jou lippe tap. Jy vomeer al hoe meer en meer en die kotsels loop oor jou hande, klere en die toonbank. Die ander mense staan stil om na jou te kyk..... jy voel verskriklik siek en skaam.... jou klere is vol slymerige, stinkende braaksels.....jy laat die koek val en hardloop weg...en jy voel beter.

TONEEL 2

In hierdie toneel moet jy jou voorstel jy sit aan die etenstafeljy het so pas 'n heerlike biefstuk geëet.... jy reik uit om 'n tweede porsie te neem, maar net toe jou hand die skottel bereik, kry jy 'n warm mislike gevoel op die krop van jou maag. Jy plaas die biefstuk in jou bord en begin om 'n kleiner porsie af te sny.... dadelik voel jy hoe 'n bitterheid in jou keel en mond opstoot. Jy sluk dit af en bring 'n stukkie

vleis na jou mond toe... as die vleis aan jou lippe raak....voel jy hoe die braaksels in jou keel opstoot...in jou mond 'n slymbal vorm en oor jou hande spuit. Die kotsels spat oor die kos en ander mense aan tafel.... hulle kyk jou met afsku aan. Jy voel ellendig - slym en snot sit aan jou gesig, hande en klere.... die aanskouing van die kotsels maak jou meer en meer naar.... jy braak meer en meer.....jy spring op en hardloop die vertrek uit en voel baie beter.

TONEEL 3

Stel jousef die volgende toneel in jou verbeelding voor: Jy het so pas jou hoofmaal voltooi en is gereed om jou nagereg (heerlike roomys) te eet. As jy reik na die lepel voel jy skielik 'n mislike gevoel op die krop van jou maag. Jy begin naar en sieklik voel..... as jy aan die lepel vat, kan jy voel hoe die voedsel wat in jou maag is, in jou keel opstoot. Dit voel asof jou ingewande wil uitkom. As jy die lepel in die roomys druk, voel jy hoe die voedsel in jou mond opstoot... jy bring die lepel met roomys na jou mond, maar jy kry egter nie eens kans om dit in jou mond te sit nie soos die braaksels skielik daaruit spuit...die kotsels spuit met 'n boog bo-oor die borde en kos....die ander mense kyk jou met afsku aan as die braaksels oor hulle spat...die walging op hul gesigte tesame met die stinkende reuk laat jou vinnig opspring en uit die vertrek hardloop. Jy was jou hande, vee jou gesig af en jy voel beter.

Bylae 3.3 BEHANDELINGSPROGRAM : DIREKTE SUGGESTIES

Sessie 1

Oriëntering ten opsigte van hipnoterapie

Progressiewe ontspanning (Sien aanhangsel A)

Sessie 2

Transinduksie

Transverdieping

Die inhoud van sessies een en twee vir Direkte suggesties stem ooreen met die van die program vir Hipnoaversie)

Sessie 3

Direkte suggesties as behandelingstegniek

Direkte suggesties sal spesifiek gemik wees op :-

- Egoversterking
- positiewe eetgewoontes
- verminderde voedselinname
- verhoging van vlak van fisieke oefening

EGOVERSTERKING



Nadat die subjek 'n transtoestand bereik het, word die volgende suggesties aangebied:

1. Voorbereiding:

Jy is nou so ontspanne....in so 'n diep slaap dat jou verstand SO sensitief...SO ontvanklik raak vir alles wat ek sê dat ALLES wat ek in jou verstand plaasso diep in jou onderbewuste sal insink sodat NIKS dit sal kan uitwis nie.

2. Verandering in gedagtes, gevoelens en optrede:

Hierdie gedagtes wat ek in jou onderbewuste plaas...SAL 'n al groter invloed uitoefen oor die manier hoedat jy DINK ...die manier hoedat jy voel....en die manier hoedat jy OPTREE.

3. Posthipnotiese suggesties (egoversterking)

En omdat hierdie suggesties, hierdie idees diep in die onderbewuste gedeelte van jou brein ingeplaas is....sal dit nadat jy hierdie kamer verlaat het...wanneer jy nie meer saam met my is nie..nog steeds dieselfde sterk invloed uitoefen ...oor jou DENKE.. jou GEVOELENS.. en jou OPTREDE....NET SO sterk...NET SO seker, NET SO kragtig ...wanneer jy by die huis is ...of op kampusas, wanneer jy in 'n trans by my in hierdie vertrek is.

Jy is nou in so 'n DIEP SLAAPTRANS... dat ALLES wat ek aan jou sê wat met jou gaan gebeur ..VIR JOU EIE BESWIL SAL gebeur soos ek aan jou sê. En dieselfde dinge SAL met jou gebeur ...ELKE DAG...NET SO sterk, NET SO seker NET SO kragtig wanneer jy by die huis is.. of op kampus ... as wanneer jy saam met my in hierdie vertrek is.

As gevolg van hierdie diep, ontspanne slaap ...sal jy fisies STERKER en FIKSER voel. Jy sal WAKKERDERMEER energiek voelMEER gemotiveerd....Jy sal nie so gou moeg en afgemat voel.....MINDER MOEDELLOOS RAAK...MINDER depressief raak.

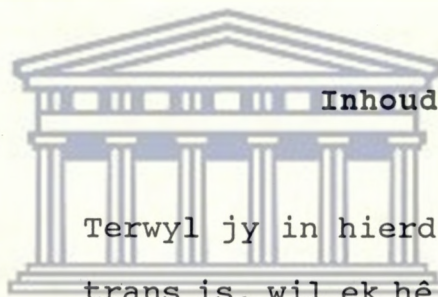
ELKE DAG..sal jy geïnteriseerd raak in dinge buite jou..minder behep wees met ...JOUSELF. Jou senuwees....sal STERKER en STERKER raak....ELKE DAG... KALMER ...MEER RUSTIG. ELKE DAG sal jy ...MINDER GOU BEKOMMERD raak...MINDER GOU GEÏRRITEERD... MINDER GOU BEVREES EN BANG....MINDER GOU ONTSTELD.

Jy sal die vermoë hê om helderder te DINK.....beter te konsentreer...met jou volle AANDAG aan dit wat jy doen. Jy sal dinge in hul WARE PERSPEKTIEF siensonder om te OORDRYF of dit buite verhouding te vergroot. Elke dag sal jy EMOSIONEEL KALMER raak... MEER BEHEER kry oor jou GEVOELENS...MEER VERTROU OP JOUSELF en vertrou in wat jy wil doenSONDER daardie negatiewe vrees van MISLUKKING en ANGS. Met elke behandelingssessie sal ontwikkel 'n OPTIMISME 'n GEVOEL VAN PERSOONLIKE VEILIGHEID.... 'n VERTROU in jou EIE OORDEEL en VERMOËNS AL hierdie ervaringe sal deel word van jou daaglikse bestaan...JOU GEVOELENS....DENKE....en OPTREDE .

DIREKTE SUGGESTIES

Tegniek

1. Projeksie/ toekomsoriëntasie



Inhoud van suggesties

UNIVERSITY of the
WESTERN CAPE


Terwyl jy in hierdie diep, ontspanne trans is, wil ek hê jy moet die volgende beeld in jou gedagtes oproep: sien jouself staan op die skaal met die skaal wat die gewig registreer wat jy graag wil wees. Sien jouself soos jy graag wil lyk met geen oorgewigprobleme nie. Sien dit duidelik voor jou geestesoog sodat hierdie beeld van jouself diep in jou onderbewuste insink. Jy moet hierdie beeld van jouself as slank onthou en elke dag voor jy gaan slaap of 'n maaltyd gaan nuttig, weer helder voor jou geestesoog oproep. Dit is hoe

jy gaan lyk en dit is die gewig wat jy gaan bereik.

Direkte suggesties:

Eetgewoontes.

Jy sal slegs genoeg eet om jou honger te stil. Jy sal stadig eet, elke mondvul geniet en baie gouer as gewoonlik 'n versadigende gevoel op jou maag ervaar. Sodra jy hierdie gevoel ervaar sal jy nie meer wil eet niejy sal net nie meer honger wees nie. Jy sal wil verslank en deur die krag van jou onderbewuste sal jy gemotiveerd wees om vol te hou met jou verminderde voedselinname.



Wanneer jy jou ideale gewig bereik het, sal dit vir jou moontlik wees om dit sonder inspanning te behou - jy sal net genoeg eet om jou gewig dieselfde te hou as jou ideale gewigsvlak. Totdat jy hierdie ideale gewig bereik het, sal jy vind dat jy al minder en minder die begeerte het om tussen maaltye te eet. Jy sal later...GEEN begeerte meer het om tussen maaltye te eet nie -jy sal totaal glad nie wil nie. Ook sal jy vind dat jy tevrede sal wees met kleiner maaltye. Jy sal nie ongelukkig voel daaroor niejy sal geen begeerte hê

vir groot maaltye nie. Saam hiermee sal jy nie meer 'n begeerte het vir hoë kalorie, ongesonde voedsel nie. Jy sal veel eerder 'n smaak ontwikkel vir lae kalorie, gesonde voedsel wat jou goed sal laat voel.

3. Suggesties: Soos jy jou smaak vir lae kalorie en Aptytonderdrukking gesonde voedsel ontwikkel, sal jy slegs op hongerprikkelers reageer. Jy sal vind dat jy nie wil eet as jy nie honger is nie. As jy eet wanneer jy honger is, sal jy voedsel aangenaam vind.

4. Ouderdomsregressie Terwyl jy in hierdie diep en ontspanne toestand is, wil ek hê jy moet terug gaan na 'n tyd waar jy jouself as slank kan onthou....sien jouself as jong kind, slank met geen probleem van oorgewig nie. Hou hierdie beeld in jou gedagtes en terwyl jy dit duidelik voor jou sien kom stadig terug na jou huidige ouderdom.....neem hierdie beeld van slankheid saam met jou soos jy terug gaan na jou huidige ouderdom en sien hoe slank jy gaan lyk ...sonder enige oortollige vet. Hou hierdie beeld van jouself as slank en deftig in jou geheue en herroep dit voor jy gaan eet en voor jy gaan slaap.

5. Fisieke oefening: Afgesien van jou behoefte aan fisiese aktiwiteit en lae kalorie, nie-vetmakende voedsel, sal jy fisies meer aktief begin word.... jy sal 'n al hoe groter behoefte hê aan fisiese aktiwiteite. Jy sal dit nie meer onaangenaam vind om te gaan stap, te draf of enige ander fisiese oefeninge te doen nie...jy sal dit baie aangenaam vind....en na elke oefensessie sal jy goed voel.

Bylae 3.4 PROGRAM : UITGESTELDE BEHANDELING

Inhoud van program

1. Voltooiing van vraelyste en gewigsmeting (Sessie 1)
2. Aan hierdie groep is slegs gesê dat daar geen plek meer in die program is nie en dat hulle weer oor 5 weke moes kom aanmeld. Geen inligting van die program of die inhoud daarvan is aan hulle verskaf nie. (Sessie 1)
3. Na 'n tydperk van 5 weke, by die tweede aanmelding is die gewig van hierdie groep weer geneem. Persone wat voel dat hulle na hierdie tydsverloop hulp verlang, sal binne groepsverband 2 sessies bywoon.

Aanhangsel A PROGRESSIEWE SPIERONTSPANNING

Ek wil hê jy moet jou oë sluit en 'n paar keer diep asemhaal... haal reëlmatig asem en konsentreer daarop...voel elke asemteug. Dink aan die oomblik net voor jy aan die slaap raak.

Begin met jou hande deur dit vuiste te maakstyf vas te klem; ervaar die spanning en drukking daar. Ontspan nou deur jou hande stadig en geleidelik uit die vuistgreep te ontspan....stadig, baie geleidelik. ervaar die diep vlak van ontspanning in jou hande. Om hierdie gevoel te vergroot maak weer vuist... ontspan geleidelik.....en word bewus van die ontspanne gevoel in jou hande. En terwyl ek terugwaarts van 5 na 1 tel, sal die ontspanne gevoel in jou hande meer en meer toeneem....5...4...3...2....1....algehele ontspanning. En hoe meer jy bewus word van hierdie ontspanning in jou hande, kan jy voel hoe dit geleidelik, sonder dat jy amper daarvan bewus is, in jou arms versprei...stadig.... baie geleidelik.

En terwyl jou hande en arms besig is om dieper in 'n ontspanne gevoel te verkeer, konsentreer jou aandag op jou gesigspiere. Konsentreer op jou hande ..arms ...gesig...jou hande...arms ...gesig en baie geleidelik begin die ontspanning van jou hande ...jou arms versprei na jou gesig. Konsentreer nou op jou gesig en soos ek terugwaarts tel van 5 na 1 raak die spiere in jou gesig al hoe meer en meer ontspanne....5...4...3...2...1

Stoot nou jou bors uit ... let op die spanning, die drukking in jou bors en rug. Trek jou bors en maag terug en ontspan nou. Gee jouself oor aan hierdie gevoel van ontspanning... laat jou hele liggaam totaal ontspanne raak... elke spier in die liggaam totaal ontspanne. Die asemhaling reëlmatig ... rustig... kalm... ontspanne.

2.3 Consequences:

(a) Are your desired behaviours positively reinforced or punished?

(b) As for actions that make the desired behaviours difficult - are they reinforced?

(c) Is your own self-speech rewarding or punishing to your behaviour?

3. Session 3 : ANTECEDENTS, NEW BEHAVIOUR PATTERNS AND REINFORCEMENT

1. Weight measure.

2. The role of antecedents in excessive food-intake

- people who are overweight, are more sensitive to external stimuli/cues
- External stimuli which creates the sensation of hunger, are unlimited and common. Any object which is associated with hunger for a long enough period can give rise to a sensation of hunger.
- feelings of anxiety, tension depression and boredom are closely related to excessive food-intake.

3. Development of new forms of behaviour

It is better to substitute a bad habit with a new form of behaviour as it is very difficult to do away with bad habits.

- methods for developing new forms of behaviour include: shaping, contradictory behaviour, behaviour repetition and modelling.

4. Consequences

Reinforcement is a key element of your programme because it is a prerequisite for the formation of new behaviour patterns.

5. Assignment

- 5.1 **Antecedents** : With the aid of your self-observations identify antecedents for excessive food-intake. Compile a plan for the control of antecedents (Stimuli-control)

ANTECEDENTS

PLAN

- 5.2 **New behavior patterns**

Devise new behavior patterns bearing in mind antecedents and your goal. Make use of the following four techniques: shaping, incompatible behavior, behavior repetition and modelling.

NEW BEHAVIOR

PLAN

- 5.3 **Consequences**

Revise the above sections and devise forms of reinforcements for stimulus-control and new behaviour patterns.

UNIVERSITY of the
WESTERN CAPE

Session 4

1. Weight
2. Draw up your final plan on the basis of session three. Give a detailed description of each step pointing out the specific rules applicable to each step.

Important considerations for planning:

- a) Defining the problem
Give your initial description of the problem, Goals and subgoals.
Specify rules for each subgoal
- b) Baseline data
Describe method of self-observation.
- c) Analysis and control of antecedents.
List the antecedents or categories of antecedents.
Describe how you intent to reduce/control the effect of antecedents.
- d) Intervention technique.
State the specific techniques you have decided on.
The plan must be worked out to its finest detail.
Describe your recording systems that you are going to use during the intervention period.

Note! Remember, you entered into a behavioural contract with yourself.



UNIVERSITY *of the*
WESTERN CAPE

INPUT VARIABLE INDEX	VARIABLE NAME	AREA	RECORD NO.	COLUMNS BEGIN	COLUMNS END	FIELD WIDTH	TYPE
----------------------	---------------	------	------------	---------------	-------------	-------------	------

1	SH	1	1	3	2	2	F
2	GROUP	1	1	1	3	1	F
3	GEWIG	1	4	7	4.1	1	F
4	ANGS1	1	8	9	2	2	F
5	ANGS2	1	10	11	2	2	F
6	EVAL1	1	12	15	4.1	1	F
7	EVAL2	1	16	19	4.1	1	F

GROUPING VARIABLE IS GROUP

BASED ON INPUT FORMAT SUPPLIED 1 RECORDS READ PER CASE.

CASE NO. LABEL	GROUP	GEWIG	EVAL1
1	1	80	78
2	1	58	57.500
3	1	107.500	108
4	1	61	60
5	1	72	73

NUMBER OF CASES READ 5
 NUMBER OF GROUPS FOUND 1

VARIABLE NO. NAME	MINIMUM LIMIT	MAXIMUM LIMIT	MISSING CODE	CATEGORY CODE	CATEGORY NAME	INTERVAL RANGE GREATER THAN OR = TO
2	GROUP					

- 1.000000 *1.000000
- 2.000000 *2.000000
- 3.000000 *3.000000
- 4.000000 *4.000000

NOTE--CATEGORY NAMES BEGINNING WITH * WERE GENERATED BY THE PROGRAM.

NUMBER OF CASES PER GROUP

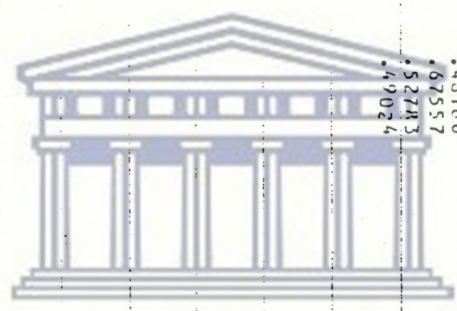
*1.000000	14.
*2.000000	7.
*3.000000	11.
*4.000000	13.
TOTAL	45.



DEPENDENT VARIABLE IS VAR. 6 EVAL1

COVARIATE 3 GEMIG REG-COEFF. .98093 STD-ERR. .01330 T-VALUE 73.73138 PROD(2-TAIL) .000

GROUP	N	GRP.MEAN	ADJ.GRP.MEAN	STD.ERR.
*1.00000	14.	86.82143	78.22330	.89166
*2.00000	7.	67.16286	77.46318	.68557
*3.00000	11.	78.63636	76.77022	.52243
*4.00000	13.	74.76923	80.05016	.49024



UNIVERSITY of the
WESTERN CAPE

ANALYSIS OF COVARIANCE TABLE

SOURCE OF VARIATION D.F. SUM OF SQ. MEAN SQ. F-VALUE PROB(TAIL)

EQUALITY OF ADJ. MEANS 3 69.9890 23.3297 7.6300 .000

ZERO SLOPES

ALL COVARIATES 1 16622.2083 16622.2083 5436.3166 .000
 ERROR 40 122.3049 3.0576

EQUALITY OF SLOPES

ALL COVARIATES, 3 6.9918 2.3306 .7478
 ALL GROUPS 37 115.3131 3.1166 .5311
 ERROR

GROUP 1 +1.00000, 1 3.4206 3.4206 1.1221 .296
 ALL COVARIATES 39 116.8843 3.0463

GROUP 2 +2.00000, 1 1.4214 1.4214 .4609 .505
 ALL COVARIATES 39 120.8765 3.0994

GROUP 3 +3.00000, 1 5.0290 5.0290 1.6318 .120
 ALL COVARIATES 39 116.4739 2.9866

GROUP 4 +4.00000, 1 .0050 .0050 .0016 .968
 ALL COVARIATES 39 122.5000 3.1359

NOTE THAT A COMMON SLOPE AMONG ALL GROUPS FOR EACH COVARIATE (ALL COVARIATES ARE PARALLEL AMONG ALL GROUPS) IS ASSUMED IN THE TESTS FOR EQUALITY OF ADJUSTED MEANS AND ZERO SLOPES. THUS, IF THE ASSUMPTION IS VIOLATED THE RESULTS OF THE TESTS MAY BE MISLEADING. IF A 5% LEVEL OF SIGNIFICANCE IS USED THE ABOVE TESTS FOR PARALLELISM DO NOT INDICATE A PROBLEM WITH EQUALITY OF SLOPES.

ESTIMATES OF SLOPES WITHIN EACH GROUP

+1.00000 1 +2.00000 2 +3.00000 3 +4.00000 4

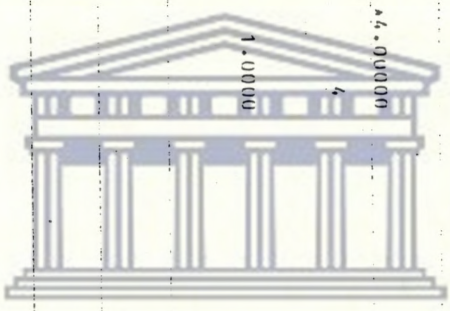


I-TEST MATRIX FOR ADJUSTED GROUP MEANS ON 40 DEGREES OF FREEDOM

	1	2	3	4
*1.00000	1	0.00000		
*2.00000	2	-0.8958	0.00000	
*3.00000	3	-2.0461	-0.8044	0.00000
*4.00000	4	2.6116	3.1449	4.5373
				0.0000

PROBABILITIES FOR THE T-VALUES ABOVE

	1	2	3	4
*1.00000	1	1.00000		
*2.00000	2	0.3757	1.00000	
*3.00000	3	0.0474	0.4259	1.00000
*4.00000	4	0.0126	0.0031	0.0001
				1.00000



UNIVERSITY of the WESTERN CAPE

INPUT VARIABLE	RECORD NO.	COLUMNS BEGIN	COLUMNS END	FIELD WIDTH	TYPE
1 SN	1	1	2	2	F
2 GROUP	1	3	3	1	F
3 GEMIG	1	4	7	4.1	F
4 ANGS1	1	8	9	2	F
5 ANGS2	1	10	11	2	F
6 EVAL1	1	12	15	4.1	F
7 EVAL2	1	16	19	4.1	F

GROUPING VARIABLE IS GROUP

BASED ON INPUT FORMAT SUPPLIED 1 RECORDS READ PER CASE.

CASE NO. LABEL	GROUP	GEMIG	ANGS1	ANGS2	EVAL1
1	1	80	42	47	78
2	1	58	57	54	57.500
3	1	107.500	49	55	108
4	1	61	32	35	60
5	1	72	38	43	73

NUMBER OF CASES READ 5
 NUMBER OF GROUPS FOUND 1

VARIABLE NO. NAME	MINIMUM LIMIT	MAXIMUM LIMIT	MISSING CODE	CATEGORY CODE	CATEGORY NAME	INTERVAL RANGE GREATER THAN	LESS THAN
2 GROUP							

- 1.00000 *1.00000
- 2.00000 *2.00000
- 3.00000 *3.00000
- 4.00000 *4.00000

NOTE--CATEGORY NAMES BEGINNING WITH * WERE GENERATED BY THE PROGRAM.

NUMBER OF CASES PER GROUP
*1.00000 14.
*2.00000 7.
*3.00000 11.
*4.00000 13.
TOTAL 45.



ESTIMATES OF MEANS

	1	2	3	4	5
	±1.00000	±2.00000	±3.00000	±4.00000	TOTAL
GEMIG	3	68.2857	80.7091	73.4231	18.9067
ANGS1	4	39.0714	40.5714	47.9231	43.4889
ANGS2	5	45.7857	46.1429	55.0909	49.7111
EVAL1	6	86.8214	61.1429	78.6364	18.2718



UNIVERSITY of the
WESTERN CAPE

ONE-WAY ANALYSIS OF VARIANCE FOR VARIABLE 3 GENIG

ANALYSIS OF VARIANCE TABLE

SOURCE OF VARIATION	D.F.	SUM OF SQ.	MEAN SQ.	F-VALUE	PROBABILITY
EQUALITY OF CELL MEANS	3	2266.9187	755.6396	1.7934	.1635
ERROR	41	17274.7680	421.3358		

T-TEST MATRIX FOR GROUP MEANS ON 41 DEGREES OF FREEDOM

	1	2	3	4
*1.00000	1	0.0000	0.0000	0.0000
*2.00000	2	-2.0297	0.0000	0.0000
*3.00000	3	-0.8298	1.2518	0.0000
*4.00000	4	-1.7896	0.5339	-0.9654

PROBABILITIES FOR THE T-VALUES ABOVE

	1	2	3	4
*1.00000	1	1.0000	1.0000	1.0000
*2.00000	2	0.0489	0.2177	0.3913
*3.00000	3	0.4115	0.5963	0.7827
*4.00000	4	0.0809	0.5963	0.3913



ONE WAY ANALYSIS OF VARIANCE FOR VARIABLE 4 ANGST1

ANALYSIS OF VARIANCE TABLE

SOURCE OF VARIATION	D.F.	SUM OF SQ.	MEAN SQ.	F-VALUE	PROB(TAIL)
EQUALITY OF CELL MEANS	3	643.4767	214.4909	2.4803	.0745
ERROR	41	3545.7477	86.4817		

T-TEST MATRIX FOR GROUP MEANS ON 41 DEGREES OF FREEDOM

*1.00000	1	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000
*2.00000	2	0.1484	1.1467	1.1467	0.00000
*3.00000	3	1.7766	1.6863	0.5766	0.00000
*4.00000	4	2.4712	1.6863	0.00000	0.00000

PROBABILITIES FOR THE T-VALUES ABOVE

*1.00000	1	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000
*2.00000	2	0.7293	0.2582	0.0993	0.5675
*3.00000	3	0.0031	0.0031	0.0031	0.0031
*4.00000	4	0.0177	0.0177	0.0177	0.0177



ONE WAY ANALYSIS OF VARIANCE FOR VARIABLE 5 ANGSZ

ANALYSIS OF VARIANCE TABLE

SOURCE OF VARIATION	D.F.	SUM OF SQ.	MEAN SQ.	F-VALUE	PROB(TAIL)
EQUALITY OF CELL MEANS	3	656.3518	218.7839	2.0289	.0502
ERROR	41	3170.8925	77.3388		

T-TEST MATRIX FOR GROUP MEANS ON 41 DEGREES OF FREEDOM

	1	2	3	4
*1.00000	0.0000			
*2.00000	0.0877	0.0000		
*3.00000	2.6261	2.1045	0.0000	
*4.00000	1.6302	1.2527	-1.0501	0.0000

PROBABILITIES FOR THE T-VALUES ABOVE

	1	2	3	4
*1.00000	1.0000			
*2.00000	0.9305	1.0000		
*3.00000	0.0121	0.0415	1.0000	
*4.00000	0.1107	0.2174	0.2998	1.0000



ONE WAY ANALYSIS OF VARIANCE FOR VARIATE 6 EVAL 1

ANALYSIS OF VARIANCE TABLE

SOURCE OF VARIATION	D.F.	SUM OF SQ.	MEAN SQ.	F-VALUE	PROB(1 TAIL)
EQUALITY OF CELL MEANS	3	2051.2639	683.7546	1.6742	.1875
ERROR	41	16744.5132	408.4020		

T-TEST MATRIX FOR GROUP MEANS ON 41 DEGREES OF FREEDOM

	1	2	3	4
*1.00000	1			
*2.00000	0.0000	2		
*3.00000	-2.1035	0.0000	3	
*4.00000	-1.0052	1.1763	0.0000	4
	-1.5484	0.8050	-0.4671	0.0000

PROBABILITIES FOR THE T-VALUES ABOVE

	1	2	3	4
*1.00000	1			
*2.00000	1.0000	2		
*3.00000	0.0416	1.0000	3	
*4.00000	0.3207	0.2463	1.0000	4
	0.1292	0.4255	0.6429	1.0000



UNIVERSITY of the WESTERN CAPE

INPUT VARIABLES
 VARIABLE RECORD COLUMNS FIELD TYPE
 INDEX NAME NO. BEGIN END WIDTH

VARIABLE INDEX	NAME	NO.	BEGIN	END	WIDTH	FIELD TYPE
1	SN	1	1	2	2	F
2	GROUP	1	3	3	1	F
3	GEWIG	1	4	7	4.1	F
4	ANGS1	1	8	9	2	F
5	ANGS2	1	10	11	2	F
6	EVAL1	1	12	15	4.1	F
7	EVAL2	1	16	19	4.1	F

GROUPING VARIABLE IS GROUP

BASED ON INPUT FORMAT SUPPLIED 1 RECORDS READ PER CASE.

CASE NO.	SN	GROUP	GEWIG	ANGS1	ANGS2	EVAL1	EVAL2
1	1	1	80	42	47	78	77
2	2	1	58	57	54	57	56
3	3	1	107.500	49	55	108	107
4	4	1	61	32	35	60	59
5	5	1	72	38	43	73	71

NUMBER OF CASES READ 45
 CASES WITH DATA MISSING OR BEYOND LIMITS 14
 REMAINING NUMBER OF CASES 31
 NUMBER OF GROUPS FOUND 3

VARIABLE NO.	NAME	MINIMUM LIMIT	MAXIMUM LIMIT	MISSING CODE	CATEGORY CODE	CATEGORY NAME	INTERVAL RANGE GREATER THAN OR LESS THAN
2	GROUP						10

- 1.00000 #1.00000
- 2.00000 #2.00000
- 3.00000 #3.00000

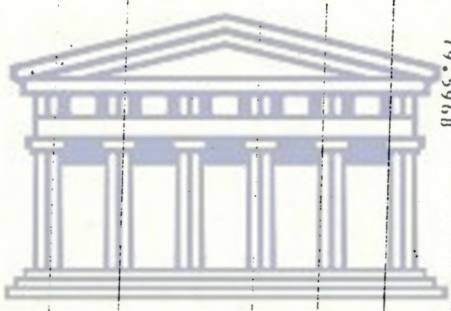
NOTE--CATEGORY NAMES BEGINNING WITH # WERE GENERATED BY THE PROGRAM.

NUMBER OF CASES PER GROUP
 #1.00000 13.
 #2.00000 7.
 #3.00000 11.
 TOTAL 31.



ESTIMATES OF HEANS

	1	2	3	TOTAL
	±1.00000	±2.00000	±3.00000	
GEMIG	3	09.6154	60.2057	80.7091
EVALZ	1	07.7308	67.4286	71.7273
				01.6317
				19.5968



UNIVERSITY of the WESTERN CAPE

DEPENDENT VARIABLE IS VAR. 7 EVAL 2

COVARIATE 3 GENIG REG. COEFF. .99207 STD. ERR. .02360 T-VALUE 41.89474 PRDVAL 2-TAIL)
VAR. 3 GENIG .000

GROUP	N	GRP. MEAN	ADJ. GRP. MEAN	STD. ERR.
#1.00000	13.	87.73077	79.81733	.82661
#2.00000	7.	67.62857	80.67571	1.14136
#3.00000	11.	77.72727	78.64952	.87512



ANALYSIS OF COVARIANCE TABLE

SOURCE OF VARIATION	D.F.	SUM OF SQ.	MEAN SQ.	F-VALUE	PROB(TAIL)
---------------------	------	------------	----------	---------	------------

EQUALITY OF ADJ. MEANS	2	10.3705	9.1893	1.0915	.350
------------------------	---	---------	--------	--------	------

ZERO SLOPES

ALL COVARIATES	1	14776.3965	14776.3965	1755.1693	.000
ERROR	27	227.3073	8.4188		

EQUALITY OF SLOPES

ALL COVARIATES,	2	25.1405	12.5703	1.5544	.211
ALL GROUPS	25	202.1667	8.0867		

GROUP 1	1	15.6368	15.6368	1.9207	.178
ALL COVARIATES	26	211.6705	8.1412		

GROUP 2	1	5.0505	5.0505	.5908	.469
ALL COVARIATES	26	222.2560	8.5403		

GROUP 3	1	21.6200	21.6200	2.7329	.110
ALL COVARIATES	26	205.6873	7.9110		

NOTE THAT A COMMON SLOPE AMONG ALL GROUPS FOR EACH COVARIATE (ALL COVARIATES ARE PARALLEL AMONG ALL GROUPS) IS ASSUMED IN THE TESTS FOR EQUALITY OF ADJUSTED MEANS AND ZERO SLOPES. THUS, IF THE ASSUMPTION IS VIOLATED THE RESULTS OF THE TESTS MAY BE MISLEADING. IF A 5% LEVEL OF SIGNIFICANCE IS USED THE ABOVE TESTS FOR PARALLELISM DO NOT INDICATE A PROBLEM WITH EQUALITY OF SLOPES.

ESTIMATES OF SLOPES WITHIN EACH GROUP

1	*1.00000	*2.00000	*3.00000
---	----------	----------	----------

GEWIG	3	0.9709	0.8495	1.0523
-------	---	--------	--------	--------



T-TEST MATRIX FOR ADJUSTED GROUP MEANS ON 27 DEGREES OF FREEDOM

	#1.00000	#2.00000	#3.00000
#1.00000	1	0.0000	
#2.00000	2	0.5916	0.0000
#3.00000	3	-0.9673	-1.4136

PROBABILITIES FOR THE T-VALUES ABOVE

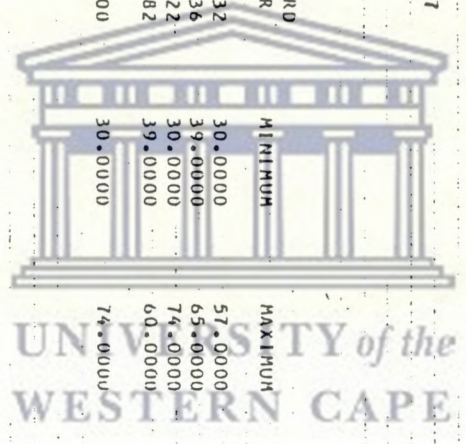
	#1.00000	#2.00000	#3.00000
#1.00000	1	1.0000	
#2.00000	2	0.5591	1.0000
#3.00000	3	0.3420	0.1699



VARIABLE ANGSZ
 BY VARIABLE GRP GRP
 ANALYSIS OF VARIANCE

SOURCE	D.F.	SUM OF SQUARES	MEAN SQUARES	F-RATIO	F-PROB.
BETWEEN-GROUPS	3	633.2423	211.0808	2.71E	.0574
WITHIN-GROUPS	41	3192.5354	77.8667		
TOTAL	44	3825.7777			

GROUP	COUNT	MEAN	STANDARD DEVIATION	STANDARD ERROR	MINIMUM	MAXIMUM	95 PCT. CONF. INT. FOR MEAN
GRP01	14	46.0000	8.4307	2.2532	30.0000	57.0000	41.1323 TO 50.8677
GRP02	7	46.1429	8.9223	3.3836	39.0000	65.0000	37.8634 TO 54.4223
GRP03	11	55.0909	11.4495	3.4522	30.0000	74.0000	47.3990 TO 62.7828
GRP04	13	51.3077	6.3032	1.7482	39.0000	60.0000	47.4987 TO 55.1167
TOTAL	45	49.7778	9.3247	1.3900	30.0000	74.0000	46.9763 TO 52.5792



TESTS FOR HOMOGENEITY OF VARIANCES

COCHRAN'S-C = MAX. VARIANCE/SUM(VARIANCES) = .4071, P = .247 (APPROX.)
 BARTLETT-BOX-F = 1.238, P = .294
 MAXIMUM-VARIANCE / MINIMUM VARIANCE = 3.299

FILE NONAME CREATION DATE = 02/27/91

UNIVERSITY OF THE WESTERN CAPE

VARIABLE ANCSI
BY VARIABLE GRP GROEP

ANALYSIS OF VARIANCE

SOURCE	D.F.	SUM OF SQUARES	MEAN SQUARES	F RATIO	F-PROB.
BETWEEN GROUPS	3	472.9445	157.6482	1.734	.1751
WITHIN GROUPS	41	3728.0333	90.9276		
TOTAL	44	4200.9778			

GROUP	COUNT	MEAN	STANDARD DEVIATION	STANDARD ERROR	MINIMUM	MAXIMUM	95 PCT CONF INT FOR MEAN
GRP01	14	40.6429	10.2777	2.7468	26.0000	57.0000	34.7087 TO 46.5770
GRP02	7	40.5714	10.6904	4.0406	31.0000	60.0000	30.6845 TO 50.4584
GRP03	11	45.7273	10.0905	3.0424	35.0000	66.0000	38.9484 TO 52.5062
GRP04	13	47.9231	7.3650	2.0427	40.0000	63.0000	43.4724 TO 52.3737
TOTAL	45	43.9778	9.7712	1.4566	26.0000	66.0000	41.0422 TO 46.9134

TESTS FOR HOMOGENEITY OF VARIANCES

COCHRAN'S C = MAX VARIANCE / SUM(VARIANCES) = .3040, P = 1.000 (APPROX.)
 BARTLETT-BOX F = .557, P = .643
 MAXIMUM VARIANCE - / MINIMUM VARIANCE = 2.107

OVERNIGHT

FILE NAME (CREATION DATE = 02/27/91)

O-N-E-W-A-Y

02/27/91

PAGE 2

ANALYSIS OF VARIANCE

SOURCE D.F. SUM OF SQUARES MEAN SQUARES F-RATIO F-PROB.

BETWEEN-GROUPS 3 1617.4803 539.1601 1.481 .2339

WITHIN-GROUPS 41 14928.7689 364.1163

TOTAL 44 16546.2490

GROUP	COUNT	MEAN	STANDARD DEVIATION	STANDARD ERROR	MINIMUM	MAXIMUM	95 PCT. CONF. INT. FOR MEAN
GRP01	14	84.5714	26.1827	6.9976	58.0000	135.0000	69.4540 - 10 99.6889
GRP02	7	68.2857	6.3826	2.4124	61.0000	70.5000	62.3028 - 10 74.1886
GRP03	11	80.7091	20.6676	6.2315	51.3000	125.0000	66.8244 - 10 94.5938
GRP04	13	73.4231	11.1838	3.1018	53.0000	95.0000	66.6648 - 10 80.1814
TOTAL	45	77.8733	19.3920	2.8908	51.3000	135.0000	72.0473 - 10 83.6993

TESTS FOR HOMOGENEITY OF VARIANCES

COCHRAN'S C = MAX. VARIANCE/SUM(VARIANCES) = .5362, P = .016 (APPROX.)

BARTLETT-BOX F = 5.176, P = .001

MAXIMUM VARIANCE / MINIMUM VARIANCE = 16.828

3/44

Bylaag 6 - Resultate van Scheffé se Post hoc ontleding

$$t = \frac{\hat{C}}{\sqrt{\frac{MS_{RES}}{n} (W^2_1 + W^2_2 + \dots + W^2_k)}}$$

$$t = \frac{80.71 - 78.64}{\sqrt{\frac{1.54}{11} [(1)^2 + (-1)^2 + 0^2]}}$$

$$t = \frac{2.07}{\sqrt{0.28}}$$

$$t = \frac{2.07}{0} .53$$

$$t = 3.90$$

$$t_{(critical)} = \sqrt{(k-1) F_{critical}(\alpha, k-1, df_v)}$$

$$t_{(critical)} = \sqrt{(3-1) (3.49)}$$

$$t_{(critical)} = 2.64$$



UNIVERSITY OF
WESTERN CAPE

$$t = \frac{\hat{C}}{\sqrt{\frac{MS_{RES}}{n} (W^2_1 + W^2_2 + \dots + W^2_k)}}$$

$$t = \frac{80.71 - 77.73}{\sqrt{\frac{1.54}{11} [(1)^2 + (0)^2 + (-1)^2]}}$$

$$t = \frac{2.98}{0.53}$$

$$t = 5.62$$

$$t = \frac{\hat{C}}{\sqrt{\frac{MS_{RES}}{n} (W^2_1 + W^2_2 + \dots + W^2_k)}}$$

$$t = \frac{78.64 - 77.73}{\sqrt{\frac{1.54}{11} [(0)^2 + (1)^2 + (-1)^2]}}$$

$$t = \frac{0.91}{0.53}$$

$$t = 1.72$$