

# Lichaamsontevredenheid en Sociale Angst en het effect van beide op Eetproblematiek

Frederique van Baalen (3407616)  
Universiteit Utrecht

Onderzoekbegeleidsters: Lot Sternheim en Jozanneke Bijsterbosch-Krijnen

*This study examined the relationship between body dissatisfaction and social anxiety in women and looks at the effect of this relationship on eating problems. Previous research showed that there is a relation between body dissatisfaction and social anxiety. The relationship between body dissatisfaction and eating problems is also acknowledged. There is a relatively small amount of research that looks at social anxiety and eating problems. The findings that do exist show that they often come together. There is almost no literature that examined the relationship between the three concepts: body dissatisfaction, social anxiety and eating problems. The current study (includes 42 women) looked at the relationship between the three concepts. This was investigated by looking at the coherences between the concepts, the predictive value of social anxiety on body dissatisfaction and the effects of body dissatisfaction and social anxiety separately and together on eating problems. The study demonstrated that there were positive associations between body dissatisfaction, social anxiety and eating problems and that social anxiety has a predictive value on body dissatisfaction. Further it was found that both body dissatisfaction and social anxiety have an individual and jointly effect on eating problems. The combined effect was the largest: for those people with high body dissatisfaction and high social anxiety eating problems were the most severe. Theoretical and practical considerations of these results will be discussed.*

*Deze studie onderzocht de relatie tussen lichaamsontevredenheid en sociale angst in vrouwen en keek naar het effect van deze relatie op eetproblematiek. Voorgaand onderzoek toonde aan dat er een verband bestaat tussen lichaamsontevredenheid en sociale angst. Ook de relatie tussen lichaamsontevredenheid en eetproblematiek is eerder aangetoond. Weinig onderzoek is er gedaan naar sociale angst en eetproblematiek, maar de bevindingen die er zijn stellen dat de twee vaak samen voorkomen. Bijna geen literatuur is er naar de relatie tussen de drie concepten: lichaamsontevredenheid, sociale angst en eetproblematiek. Huidige studie (bevat 42 vrouwen) keek naar alle drie deze concepten. Hierbij werd gekeken naar de onderlinge samenhang, de voorspellende waarde van sociale angst op lichaamsontevredenheid en de effecten van lichaamsontevredenheid en sociale angst afzonderlijk en gezamenlijk op eetproblematiek. Het onderzoek toonde aan dat er positieve verbanden bestaan tussen lichaamsontevredenheid, sociale angst en eetproblematiek en dat sociale angst een voorspellende waarde heeft op lichaamsontevredenheid. Daarnaast werd er gevonden dat zowel lichaamsontevredenheid als sociale angst afzonderlijk en gezamenlijk een effect hebben op eetproblematiek. Het gezamenlijke effect was het grootst: voor de mensen met hoge lichaamsontevredenheid en hoge sociale angst bleek eetproblematiek het meest ernstig. Mogelijke theoretische en methodologische verklaringen voor dit resultaat zullen worden besproken.*

Uit onderzoek blijkt dat studenten vaak erg ontevreden zijn met hun lichaam. Maar liefst 85 procent van de vrouwelijke studenten gelooft dat zij licht tot ernstig overgewicht heeft. Daarbij geeft een meerderheid van de vrouwelijke studenten aan een negatief lichaamsbeeld te hebben (Kalodner & Scarano, 1992). Niet alleen onder jongvolwassen vrouwen heerst lichaamsontevredenheid, maar ook bijna de helft van de volwassen vrouwen voelt zich ontevreden over haar lichaam (Cash & Henry, 1995).

Lichaamsontevredenheid wordt gedefinieerd als het subjectieve gevoel van ontevreden zijn van iemand over sommige aspecten van zijn of haar lichaam (Lawler & Nixon, 2011) en is de laatste jaren veel onder de aandacht gebracht door de groeiende sociaal-culturele druk van de westerse maatschappij om dun te zijn. Deze sociaal-culturele druk ontstaat zowel via de massamedia als via ouders, broers/zussen, leeftijdsgenoten en partners (Stice & Shaw, 2002). In onze huidige wereld zijn veel vrouwen overmatig bezig met hun lichaamsvorm en verschijning (Abraham & Llewellyn-Jones, 2008). Zo zou een 'perfect' lichaam gelijk staan aan een succesvol leven en worden er in de media bijna alleen maar 'perfecte' lichamen getoond (Abraham & Llewellyn-Jones, 2008). Dit levert een bijdrage aan dat veel mensen tegenwoordig gepreoccupeerd zijn over hun uiterlijke verschijning en kritisch naar hun eigen lichaam kijken.

Lichaamsontevredenheid ontstaat door vertekeningen in het normale lichaamsbeeld. Onderzoekers stellen dat deze vertekeningen, die het risico op lichaamsontevredenheid verhogen, op drie gebieden voorkomen: fysieke karakteristieken (bijvoorbeeld een hoger lichaamsgewicht), cultureel-sociale omgevingen die slankheid en uiterlijk hoog in het vaandel hebben staan (zoals veel landen in de westerse wereld) en psychologische factoren (zoals laag zelfvertrouwen, depressie, en geloven in het belang van slank zijn), daarnaast zou geslacht mogelijk een rol spelen (Paxton, Eisenberg & Neumark-Sztainer, 2006). Vrouwen zouden ontevredener zijn over hun lichaam dan mannen (Forbes, Adams-Curtis, Rade & Jaberg, 2001). Om deze vertekeningen beter te begrijpen wordt er hier gekeken naar hoe het lichaamsbeeld tot stand komt. Lichaamsbeeld wordt in de wetenschap beschreven als complex en multi-dimensionaal (Gleeson & Frith, 2006). Volgens Brouwers (1990) bestaat het lichaamsbeeld hoofdzakelijk uit drie componenten: de fysiologische component, hieronder wordt de capaciteit van de hersenen om gewicht, vorm en grootte te kunnen bepalen verstaan, de conceptuele component, dat onder andere bestaat uit het vormen van een mentaal plaatje van het eigen lichaamsbeeld en ten slotte de emotionele component, waaronder de gevoelens over het eigen lichaamsgewicht, vorm en grootte worden verstaan. Er zijn meerdere theorieën over hoe het lichaamsbeeld en verstoringen in het lichaamsbeeld tot stand zouden komen. Taleporos en McCabe (2002) stellen dat het lichaamsbeeld zowel een bewuste als onbewuste menselijke ervaring is die gevormd wordt door historische, culturele, sociale, individuele en biologische factoren. Het *Tripartite Influence Model* van lichaamsbeeld (Keery, van den Berg & Thompson, 2004) benadrukt drie sociaal-culturele factoren die van invloed zijn op lichaamsbeeld, namelijk leeftijdsgenoten, ouders en media. Deze processen zouden via twee tussenliggende mechanismen, namelijk de

verinnerlijking van het slankheidsideaal en sociale vergelijking, het lichaamsbeeld vormen. Een ander bekend theoretisch model over lichaamsbeeld is het schema-gebaseerde model van lichaamsbeeld (Gleeson & Frith, 2006), waarin lichaamsbeeld wordt gezien als een product van perceptie. Dit wil zeggen dat lichaamsbeeld tot stand zou komen door een proces over hoe men het eigen lichaam en het lichaam van anderen zouden zien. Men zou vergelijkingen tussen deze twee maken en deze vergelijkingen internaliseren. Vervolgens zou het eigen lichaamsbeeld gewijzigd worden aan de hand van deze vergelijkingen. Op deze manier zouden verstoringen in het eigen lichaamsbeeld kunnen ontstaan en dus lichaamsontevredenheid (Gleeson & Frith, 2006). Hier sluit de sociale vergelijking theorie van Festinger (1954) deels op aan. De sociale vergelijking theorie gaat er vanuit dat mensen een beeld willen hebben over hoe zij overkomen in een bepaalde situatie. Om dit te kunnen inschatten zoeken zij naar vergelijkingsmateriaal in hun sociale context. Uitgaande van het feit dat vrouwen vaak worden beoordeeld op hun uiterlijk, zouden veel vrouwen er daarom voor kiezen om hun lichaam te vergelijken met het lichaam van andere vrouwen (Stice, Spanglar & Agras, 2001). Ten slotte benadrukt een ander model, het model van lichaamsbeeld, het idee dat het lichaamsbeeld een individueel concept is. Zo zouden invloeden van buitenaf, zoals sociale vergelijking, het lichaamsbeeld wel kunnen beïnvloeden, maar wordt het lichaamsbeeld uiteindelijk gevormd door interne processen van een individu (Gleeson & Frith, 2006). Concluderend kan gesteld worden dat er veel verschillende theorieën zijn over het ontstaan van lichaamsbeeld. Naast alle verschillen hebben deze theorieën ook iets met elkaar gemeen: ze bevatten allemaal een sociaal component. Dit duidt erop dat sociale factoren mogelijk belangrijke onderliggende processen van lichaamsontevredenheid zijn. Het is belangrijk meer onderzoek te doen naar onderliggende processen van lichaamsontevredenheid, omdat op deze manier in de toekomst betere preventie- en behandelprogramma's kunnen worden ontwikkeld. Een mogelijk onderliggend proces waar relatief weinig onderzoek naar is gedaan is sociale angst.

Eerder onderzoek toonde al aan dat lichaamsontevredenheid samen gaat met groter ongemak en grotere bezorgdheid over goedkeuring en acceptatie in sociale interacties (Cash, Thériault & Milkewicz Annis, 2004). In meerdere onderzoeken wordt er een samenhang gevonden tussen lichaamsontevredenheid en sociale angst (Cash et al., 2004; Izgiç, Akyüz, Doğan & Kuğu, 2004; Cash & Henry, 1995). Sociale angst is een specifieke manifestatie van een angststoornis, waarbij sprake is van aanhoudende angst om negatief beoordeeld te worden door anderen in situaties waarin men sociaal moet functioneren (Hinrichsen, Wright, Waller & Meyer, 2003; ten Broeke, van der Heiden, Meijer & Hamelink, 2008). Volgens de cognitieve theorie is bij mensen met sociale angst sprake van een inschattingsprobleem waarbij het eigen sociaal functioneren onderschat wordt en de gevaren van het eigen gedrag overschat worden (ten Broeke et al., 2008; Bögels, 1997). Personen met een sociale fobie zouden geneigd zijn zich te focussen op negatieve gedachten en zichzelf negatief evalueren. Deze negatieve attitude raakt bij een sociaal angstig persoon geïnternaliseerd wat resulteert in een verhoogde ontevredenheid met zichzelf en met een belangrijk aspect van het zelfbeeld: het eigen

lichaam (Izgiç et al., 2004; Verplanken & Velsvik, 2008). Bovendien zijn sociaal angstige personen geneigd anderen te zien als kritisch en beoordelend. Recent onderzoek laat zien dat bijna tien procent van de studenten in hun leven last hebben gehad van sociale angsten en fobieën. Daarnaast blijkt dat sociale fobieën een steeds vaker voorkomend probleem zijn (Izgiç et al., 2004). Om deze reden is het belangrijk sociale angst en mogelijke consequenties van sociale angst, zoals lichaamsontevredenheid, beter te onderzoeken.

Naast dat ontevreden zijn met je eigen lichaam een op zichzelf staand probleem is brengt lichaamsontevredenheid negatieve consequenties met zich mee (Paxton et al., 2006). Lichaamsontevredenheid zou bij adolescenten en jong volwassenen onder andere resulteren in laag zelfvertrouwen, emotioneel lijden, overmatige overdenkingen over hun verschijning en onnodige cosmetische ingrepen (Lawler & Nixon, 2011; Stice & Shaw, 2002). Bovendien zou het de kans op het ontwikkelen van een negatieve stemming en zelfs een depressieve stoornis verhogen (Lawler & Nixon, 2011; Olivardia, Pope, Borowiecki, & Cohane, 2004; Paxton et al., 2006). Behalve de verhoogde kans op de ontwikkeling van een depressieve stoornis blijkt dat lichaamsontevredenheid een van de belangrijkste risico- en instandhoudingfactor is voor verstoringen in eetgedrag en eetpathologie, zoals anorexia nervosa, boulimia nervosa en eetbuistoornis (Croll, Neumark-Sztainer, Story & Ireland, 2002; Lawler & Nixon, 2011; Olivardia et al., 2004; Stice, 2002; Stice & Shaw, 2002, Verplanken & Velsvik, 2008; Levine & Piran, 2004).

Onder symptomen van eetpathologie worden gedragingen zoals eetbuien (het eten van een grote hoeveelheid voedsel met een gevoel van een gebrek aan controle), voedsel beperking (vasten) en misbruik van laxemiddelen en braken verstaan (purgeren) (Herpertz-Dahlmann, Wille, Hölling, Vloet & Ravens-Sieberger, 2008). Eetstoornissen betreffen in het algemeen stoornissen in het doen en denken rondom eten en worden gekenmerkt door een sterke preoccupatie met eten, gewicht en een verstoord lichaamsbeeld (Trimbos Instituut, 2008; Fairburn & Harrison, 2003). Eetstoornissen komen vooral veel voor in de adolescentie en met name bij het vrouwelijke geslacht (Trimbos Instituut, 2008). Onder eetstoornissen vallen volgens het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994): Anorexia Nervosa (AN), Boulimia Nervosa (BN) en de 'Eetstoornis Niet Anderszins Omschreven' (NAO). Onder deze laatste categorie valt ook de Binge Eating Disorder (BED), ook wel de eetbuistoornis genoemd. Eetstoornissen zijn een ernstig probleem in de huidige maatschappij (Thompson & Stice, 2001; Patton, Selzer, Coffey, Carlin & Wolfe, 1999; Barlow & Durand, 2009) en worden gekenmerkt door chroniciteit en een hoge kans op terugval (Stice & Shaw, 2002; Trimbos Instituut, 2008).

Er is al veel onderzoek gedaan naar de relatie tussen lichaamsontevredenheid en eetpathologie. Zo zouden individuen die veel met hun uiterlijk bezig zijn ook eerder verstoord eetgedrag laten zien (Croll et al, 2002). Ander onderzoek benadrukt dat lichaamsontevredenheid leidt tot overdadige cognitieve en gedragsmatige investeringen in het eigen uiterlijk (Levine & Piran, 2004), wat kan resulteren in verstoord eetgedrag. Onderzoek van Stice (2002) bevestigt dat een negatief

lichaamsbeeld een voorspeller is voor eetpathologie. Stice concludeert met deze bevinding dat wanneer lichaamsontevredenheid kan worden voorkomen, de incidentie van eetpathologie zal verminderen. Ditzelfde onderzoek van Stice ondersteunt een model dat stelt dat sociale invloeden en de overwaardering van het uiterlijk de basis leggen voor de ontwikkeling van een negatief lichaamsbeeld en op zijn beurt eetproblematiek (Stice, 2002). Dit is in samenhang met het al eerder genoemde *Tripartite Influence Model* van lichaamsbeeld. Zo zouden de drie sociale invloeden die het model bespreekt op lichaamsontevredenheid, uiteindelijk tot eetpathologie kunnen leiden (Keery et al., 2004). Er kan gesteld worden dat al door veel onderzoeken bewezen is dat lichaamsontevredenheid een voorspeller is voor de ontwikkeling van eetproblematiek. Wanneer er gekeken wordt naar onderliggende processen hoe het verband tussen lichaamsontevredenheid en eetproblematiek tot stand komt, komen sociale aspecten opnieuw naar boven.

Het is aannemelijk dat sociale angst, naast een relatie te hebben met lichaamsontevredenheid, ook verband houdt met het ontstaan en behouden van eetpathologie. Dat sociale angst en eetproblematiek vaak samen voorkomen wordt door meerdere onderzoeken bevestigd (Hinrichsen et al., 2003; Gilbert & Meyer, 2005; Levinson & Rodebaugh, 2011). Onderzoek toont aan dat sociale angst een risicofactor is voor het vertonen van verstoorde eetgedragingen. Dit zou komen omdat de gedachte dat mensen met een 'perfect' lichaam eerder sociaal geaccepteerd zullen worden vaak sterk aanwezig is bij mensen met sociale angst (Gilbert & Meyer, 2005). Uit ander onderzoek blijkt dat patiënten met eetstoornissen vaker onderdanig gedrag vertonen en vaker ongunstige sociale vergelijkingen maken (Troop, Allan, Treaure & Katzman, 2003). Huidige theoretische modellen van eetstoornisontwikkelingen stellen dat de stress afkomstig van (mogelijke) negatieve sociale evaluaties een centrale rol speelt in de oorzaak van symptomen van eetstoornissen (Hinrichsen et al., 2003; Levinson & Rodebaugh, 2011).

Samenvattend kan er gesteld worden dat er meerdere studies zijn die de aparte relaties tussen sociale angst, lichaamsontevredenheid en eetproblematiek onderzoeken. Minder is er bekend over hoe deze drie concepten met elkaar samenhangen. Voorgaande studies wijzen erop dat er een relatie bestaat tussen lichaamsontevredenheid en sociale angst, maar over het causale verband tussen de twee is minder bekend. Wel duiden veel theorieën over het ontstaan van lichaamsontevredenheid erop dat sociale angst een mogelijk onderliggend proces is. Meer onderzoek is gedaan naar lichaamsontevredenheid en eetproblematiek. Onderzoek stelt dat lichaamsontevredenheid een belangrijke risico- en instandhoudingfactor is voor eetproblematiek. Ook hier komen sociale factoren weer naar boven, wanneer er gekeken wordt naar hoe lichaamsontevredenheid eetproblematiek veroorzaakt. Sociale angst zou vaak samen voorkomen met eetproblematiek. Er is echter relatief weinig onderzoek gedaan naar de relatie tussen sociale angst en eetproblematiek. Nog minder is bekend over het effect van sociale angst en lichaamsontevredenheid samen op eetproblematiek. Het is aannemelijk dat als er bij hoge lichaamsontevredenheid meer eetproblematiek lijkt te zijn en hoge

sociale angst vaak samen voorkomt met eetproblematiek, lichaamsontevredenheid en sociale angst samen een nog sterker effect op eetproblematiek zullen hebben.

In de huidige studie wordt gekeken naar de relatie tussen lichaamsontevredenheid en sociale angst. Het eerste doel van dit onderzoek is de relatie tussen lichaamsontevredenheid en sociale angst nader te onderzoeken. De vraag die hierbij wordt gesteld luidt: *Wat is de relatie tussen lichaamsontevredenheid en sociale angst?* Waarbij de verwachting is dat er een positieve correlatie bestaat tussen sociale angst en lichaamsontevredenheid. Bovendien wordt er gekeken naar de voorspellende waarde van sociale angst op lichaamsontevredenheid, omdat in dit onderzoek de verwachting heerst dat sociale angst een onderliggend proces van lichaamsontevredenheid is. Naast dat er naar de relatie van lichaamsontevredenheid en sociale angst wordt gekeken, wordt er als tweede doel ook gekeken naar wat het effect van lichaamsontevredenheid samen genomen met sociale angst op eetproblematiek is. Hierbij wordt de vraag gesteld: *Wat is het effect van lichaamsontevredenheid en sociale angst afzonderlijk en gezamenlijk op eetproblematiek?* Er worden positieve correlaties tussen de concepten verwacht. De verwachting heerst dat lichaamsontevredenheid en sociale angst onderliggende processen zijn van eetproblematiek. Om deze reden wordt er gekeken naar het effect van lichaamsontevredenheid op eetproblematiek, het effect van sociale angst op eetproblematiek en het gezamenlijke effect van lichaamsontevredenheid en sociale angst op eetproblematiek. Er wordt voorspeld dat zowel hoge lichaamsontevredenheid als hoge sociale angst samenhangen met hogere eetproblematiek en dat het effect van hoge lichaamsontevredenheid en hoge sociale angst samen op eetproblematiek het grootst is.

## **Methoden**

### *Participanten en procedure*

In dit onderzoek zijn 42 vrouwelijke participanten geworven. Participanten zijn geworven via meerdere oproepen op websites en door middel van flyers op de Universiteit Utrecht. De gemiddelde leeftijd van de participanten was 26.6 jaar met een standaarddeviatie van 9.9. De oudste participant was 62 jaar en de jongste participant had een leeftijd van 19 jaar. De participanten konden op gewenst moment deelnemen aan het onderzoek door middel van het invullen van een online-vragenlijst. Voor aanvang van het onderzoek werd door middel van een informatiebrief uitgelegd wat de bedoeling van het onderzoek was. Participanten werden voorgehouden dat het onderzoek over geografische informatie en lichaamsbeleving ging, om zo te voorkomen dat participanten de vragenlijst met voorkennis over het onderzoek gingen invullen. Na het lezen van de informatiebrief en het akkoord gaan met de toestemmingsverklaring kon het onderzoek beginnen.

### *Meetinstrumenten*

#### *Demografische variabelen.*

De demografische gegevens betroffen vragen over geslacht, leeftijd en opleiding. Daarnaast werden er

vragen over geografische informatie gesteld, om zo de participanten op een dwaal spoor te zetten over het doel van het onderzoek.

#### *Lichaamsattitude Vragenlijst (LAV)*

Om lichaamsontevredenheid te meten is er gebruik gemaakt van de LAV. De LAV is een zelfrapportage vragenlijst van 20 items ontwikkelt door Probst, van der Eycken, van Coppenolle & van der Linden (1995) onder de naam 'Body Attitude Test' (BAT) en meet de subjectieve lichaamsbeleving en lichaamsattitude. De LAV kan gescoord worden op een 6-puntsschaal, variërend van *Nooit* (1) tot *Altijd* (6). Factoranalyses onderscheiden drie subschalen: 'negatieve beleving van de lichaamsomvang' (LAV-1), 'gebrek aan vertrouwdheid met het eigen lichaam (LAV-2), en 'algemene ontevredenheid met het lichaam' (LAV-3) (Probst et al., 1995). Voorbeelden van items zijn "Wanneer ik mezelf vergelijk met leeftijdsgenoten voel ik me ontevreden over mijn lichaam" en "Ik voel me lichaam als een last die ik moet meedragen". Onderzoek heeft aangetoond dat de verschillende subschalen betrouwbaar en valide zijn. Ook hebben de schalen een goede interne consistentie ( $r = .93$  in totaal; de subschalen variëren van  $r = .55$  tot  $r = .90$ ).

#### *Social Phobial Inventory (SPIN)*

Om sociale angst te meten is er gebruik gemaakt van de SPIN. De SPIN is een vragenlijst van 17 items ontwikkelt door Connor et al. (2000) om de mate van angst, vermijding en psychologische symptomen te meten die sociale angst karakteriseert. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de Nederlandse vertaling van de SPIN (Boelen & Reijntjes, 2009). De SPIN kan worden gemeten op een 4-puntsschaal variërend van helemaal niet van toepassing (0) tot helemaal van toepassing (4). Voorbeelden van items zijn "Ik vermijd het met mensen te praten die ik niet ken" en "Ik zou alles doen om te voorkomen dat ik bekritiseerd word". Items kunnen opgeteld worden om een totale score op de mate van ernst van sociale angst te krijgen (Boelen & Reijntjes, 2009). De SPIN blijkt goede psychometrische waarde te hebben (Connor et al., 2000), met een test-retest betrouwbaarheid van  $r = .78$  en een Cronbach's alpha van  $.94$  (Connor et al, 2000).

#### *Eating Disorder Diagnostic Scale (EDDS)*

Om eetproblematiek te meten is er gebruik gemaakt van de EDDS. De EDDS is een vragenlijst met 22 items ontwikkeld door Stice, Telch, & Rizvi (2000) gebaseerd op de DSM-IV (Psychiatric Association, 1994) criteria en meet de symptomen van Anorexia Nervosa (AN), Boulimia Nervosa (BN) en Binge Eating Disorder (BED). In dit onderzoek is de Nederlandse vertaling van de EDDS afgenomen (Krabbenborg, Danner, Larsen, van der Veen, Elburg, de Ridder, Evers, Stice & Engels, 2011). De EDDS bestaat uit een diagnostische schaal en een symptoom-samenstelling schaal. De diagnostische schaal kan worden gebruikt om AN, BN en BED vast te stellen. De symptoom-samenstelling score (*symptom composite score*) geeft een indicatie van het algemene niveau van

eetpathologie. Voorbeelden van items zijn “Hoe vaak gemiddeld per week heb je jezelf laten braken om gewichtstoename te voorkomen of om de effecten van het eten tegen te gaan gedurende de afgelopen 3 maanden?” en “Hoeveel keer per week heb je gemiddeld een ongebruikelijke hoeveelheid voedsel gegeten en dan een gevoel van controleverlies ervaren gedurende de afgelopen 3 maanden?” Onderzoek toont aan dat de EDDS een goede interne consistentie heeft met een Cronbach’s alpha van .94 (Krabbenborg et al., 2011).

#### *Software*

Voor de uitvoer van dit experiment is gebruik gemaakt van *NetQ*, een website voor het aanmaken van online vragenlijsten. Alle statistische toetsen werden uitgevoerd in het programma *Statistical Package for Social Sciences version number 20.0* (IBM SPSS 20.0).

#### *Statistische Analyses*

Om te kijken of de verdeling van de data normaal verdeeld was is er gekeken naar *skweness* en *kurtosis*. Er is gebruik gemaakt van Pearson’s correlaties om bij de eerste analyse te kijken naar de samenhang tussen lichaamsontevredenheid en sociale angst en later bij de tweede analyse te kijken naar de samenhang tussen lichaamsontevredenheid, sociale angst en eetproblematiek. Om te kijken naar de voorspellende waarde van sociale angst op lichaamsontevredenheid werd er een *simple regression* analyse uitgevoerd. Voor de hoofdeffecten van lichaamsontevredenheid en sociale angst op eetproblematiek en het interactie-effect werden ANOVA’s uitgevoerd. Voor de uitvoering van de ANOVA’s zijn de variabelen lichaamsontevredenheid en sociale angst in groepen verdeeld. Deze verdeling werd gemaakt door middel van de *cut-off* score. Voor lichaamsontevredenheid geldt een *cut-off* score van 36 (Probst et al., 1995). Iedereen met een score van 36 of hoger werd in de groep ‘hoge’ lichaamsontevredenheid geplaatst ( $N = 19$ ) en iedereen met een score van 35 of lager werd in de groep ‘lage’ lichaamsontevredenheid geplaatst ( $N = 23$ ). Voor sociale angst geldt een *cut-off* score van 19 (Connor et al., 2000). Iedereen met een score van 19 of hoger werd in de ‘hoge’ sociale angst groep geplaatst ( $N = 12$ ) en iedereen met een score van 18 of lager werd in de ‘lage’ sociale angst groep geplaatst ( $N = 30$ ).

## **Resultaten**

### *Karakteristieken van de groep*

Tabel 1 laat de gemiddelde scores en standaarddeviaties van alle metingen zien. De gemiddelde score op de LAV in de huidige populatie was  $M = 40.10$  ( $SD = 25.08$ ). De gemiddelde score op de SPIN was  $M = 14.36$  ( $SD = 11.90$ ). Tot slot was het gemiddelde op de EDDS *symptom composite score*  $M = 21.43$  ( $SD = 13.10$ ). Om de data normaal verdeeld te krijgen zijn er transformaties uitgevoerd over de *outliers*. Hierna werd geconcludeerd dat de variabelen lichaamsontevredenheid, sociale angst en



eetproblematiek naar benadering normaal verdeeld zijn volgens de richtlijnen van *skewness* en *kurtosis*.

Tabel 1

*Gemiddelden en standaarddeviaties leeftijd, lichaamsontevredenheid, sociale angst en eetproblematiek*

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Leeftijd	42	26,62	9.92
Lichaamsontevredenheid	42	40.10	25.08
Sociale angst	42	14.36	11.90
Eetproblematiek	42	21.43	13.10

*Noot.* *N* = aantal participanten, *M* = gemiddelde, *SD* = standaard deviatie.

*De relatie tussen lichaamsontevredenheid en sociale angst*

Er werd een positieve Pearson's correlatie gevonden tussen lichaamsontevredenheid en sociale angst met  $r = 0.60$  ( $p < .01$ ), deze correlatie is weergegeven in tabel 2. Uit de regressie analyse bleek dat sociale angst 36.2% ( $R^2 = .362$ ) van de variantie in scores van lichaamsontevredenheid verklaarde  $F(1, 40) = 22.75$ ,  $p < .001$ . Hierbij hoorde een effectgrootte van  $f^2 = .567$ .

*Samenhang tussen lichaamsontevredenheid, sociale angst en eetproblematiek*

In tabel 2 zijn de Pearson's correlaties tussen de drie variabelen weergegeven. Uit de hoofdanalyse was al gebleken dat er een positieve correlatie bestaat tussen lichaamsontevredenheid en sociale angst. Daarnaast werd er voor zowel lichaamsontevredenheid en eetproblematiek als sociale angst en eetproblematiek een positieve Pearson's correlatie gevonden, met  $r = 0.77$  ( $p < .01$ ) en  $r = .55$  ( $p < .01$ ).

Tabel 2

*Pearson's correlaties tussen lichaamsontevredenheid, sociale angst en eetproblematiek*

Variabel	1	2	3
1. Lichaamsontevredenheid	-	-	-
2. Sociale angst	.60**	-	-
3. Eetproblematiek	.77**	.55**	-

*Noot.* \*\* Correlaties zijn significant voor  $p < .01$

*Effecten van lichaamsontevredenheid en sociale angst afzonderlijk en samen op eetproblematiek*

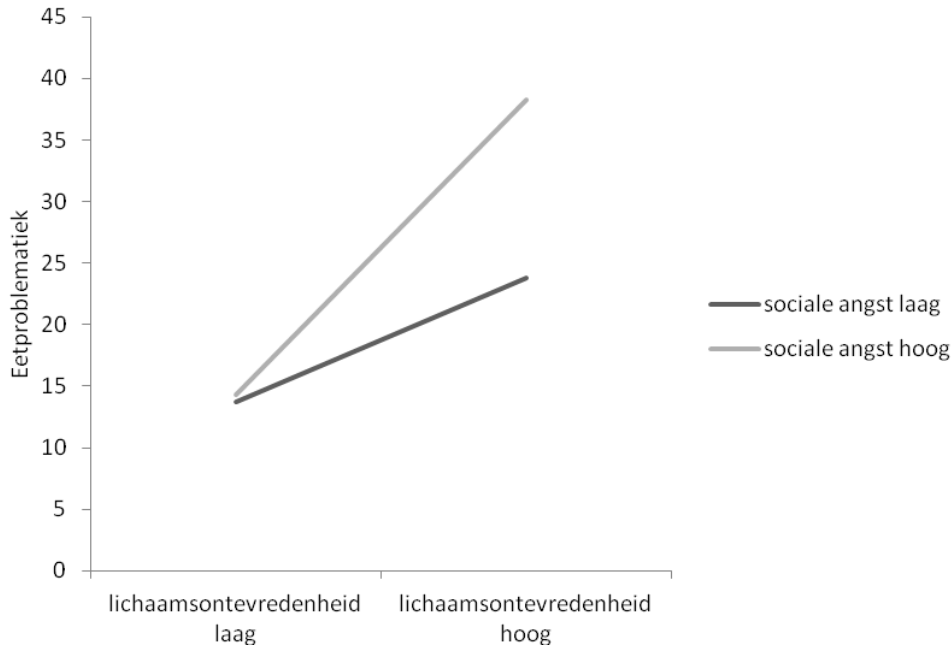
Er werd een hoofdeffect van lichaamontevredenheid op eetproblematiek gevonden  $F(1, 40) = 28.71, p < .001$ . Hoge lichaamsontevredenheid heeft een hoger gemiddelde op de score van eetproblematiek ( $M = 30.63$ ), dan lage lichaamsontevredenheid ( $M = 13.83$ ). Daarnaast werd een hoofdeffect van sociale angst op eetproblematiek gevonden  $F(1, 40) = 15.55, p < .001$ . Hoge sociale angst heeft een hoger gemiddelde op de score van eetproblematiek ( $M = 32.25$ ), dan lage sociale angst ( $M = 17.10$ ). Voor de gemiddelden en standaarddeviaties van de hoofdeffecten zie tabel 3. Tot slot werd er een interactie-effect gevonden van lichaamsontevredenheid en sociale angst op eetproblematiek  $F(3, 38) = 16.00, p < .001$ . Hoge lichaamsontevredenheid in combinatie met hoge sociale angst zorgde voor de hoogste score op eetproblematiek ( $M = 38.22$ ). Wanneer lichaamsontevredenheid laag was voegde hoge sociale angst ten opzichte van lage sociale angst vrijwel niks toe op de score van eetproblematiek (respectievelijk  $M = 14.33$  en  $M = 13.75$ ). Het interactie-effect is weergegeven in figuur 1. Voor de gemiddelden en standaarddeviaties van het interactie-effect zie tabel 4.

Tabel 3

*Gemiddelden en standaarddeviaties hoofdeffecten van lichaamsontevredenheid op eetproblematiek en sociale angst op eetproblematiek*

Eetproblematiek als....	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Lichaamsontevredenheid 'hoog'	19	30.63	2.32
Lichaamsontevredenheid 'laag'	23	13.83	2.11
Sociale angst 'hoog'	12	32.25	3.25
Sociale angst 'laag'	30	17.10	2.05

*Noot.* *N* = aantal participanten, *M* = gemiddelde, *SD* = standaard deviatie.



*Figuur 1.* Interactie-effect van lichaamsontevredenheid en sociale angst op de gemiddelde totale score van eetproblematiek

Tabel 4

*Gemiddelden en standaarddeviaties interactie-effect lichaamsontevredenheid (LO) en sociale angst (SA) op eetproblematiek*

		Eetproblematiek	
		<i>M</i>	<i>SD</i>
LO 'laag'	SA 'laag'	13.75	2.02
LO 'laag'	SA 'hoog'	14.33	5.22
LO 'hoog'	SA 'laag'	23.80	2.86
LO 'hoog'	SA 'hoog'	38.22	3.01

*Noot.* *M* = gemiddelde, *SD* = standaard deviatie.

## Discussie

In dit onderzoek is gekeken naar de relatie tussen lichaamsontevredenheid en sociale angst en het afzonderlijke en gezamenlijke effect van deze twee factoren op eetproblematiek. Uit dit onderzoek wordt de relatie tussen lichaamsontevredenheid en sociale angst bevestigd. Hoge lichaamsontevredenheid hing samen met hoge sociale angst, dit wil zeggen dat mensen met veel lichaamsontevredenheid ook veel sociale angst vertoonden. Bovendien toonde dit onderzoek aan dat sociale angst een voorspellende waarde heeft op lichaamsontevredenheid. In dit onderzoek werd daarnaast gekeken of de relatie tussen lichaamsontevredenheid en sociale angst van invloed is op een

belangrijke negatieve consequentie van lichaamsontevredenheid, namelijk eetproblematiek. Er is gekeken naar de samenhang tussen lichaamsontevredenheid, sociale angst en eetproblematiek. Er werd bevestigd dat tussen alle concepten onderling positieve relaties bestaan. Gevonden werd dat zowel hoge lichaamsontevredenheid als hoge sociale angst afzonderlijk samenhangen met hogere eetproblematiek. Tot slot bleek dat eetproblematiek het hoogst is wanneer hoge lichaamsontevredenheid en hoge sociale angst samen voorkomen in een persoon.

De bevinding dat er een relatie bestaat tussen lichaamsontevredenheid en sociale angst is consistent met eerder onderzoek (Cash et al., 2004; Izgiç et al., 2004; Cash & Henry, 1995). Dat sociale angst een voorspellende waarde op lichaamsontevredenheid heeft is in overeenstemming met meerdere theorieën over het ontstaan van lichaamsontevredenheid. Het *Tripartite Influence Model* van lichaamsbeeld (Keery, van den Berg & Thompson, 2004), het schema-gebaseerde model van lichaamsbeeld (Gleeson & Frith, 2006), de sociale vergelijking theorie (Festinger, 1954), en tot slot het model van lichaamsbeeld (Gleeson & Frith, 2006) benadrukken dat sociale factoren van invloed zijn op de ontwikkeling van het lichaamsbeeld en vertekeningen in het lichaamsbeeld. Ook Taleporos en McCabe (2002) stellen dat het lichaamsbeeld naast historische, culturele, individuele en biologische factoren ook voor een deel gevormd wordt door sociale factoren.

Dat lichaamsontevredenheid een risicofactor is voor de ontwikkeling van eetproblematiek was al door vele onderzoeken aangetoond (Croll et al., 2002; Lawler & Nixon, 2011; Olivardia et al., 2004; Stice, 2002; Stice & Shaw, 2002; Verplanken & Velsvik, 2008; Levine & Piran, 2004) en de samenhang tussen lichaamsontevredenheid en eetproblematiek wordt door dit onderzoek nogmaals bevestigd. Uit dit onderzoek bleek dat vrouwen met hoge lichaamsontevredenheid ook meer eetproblematiek hadden in vergelijking met vrouwen met lage lichaamsontevredenheid. Dit is consistent met de bevinding dat vrouwen die veel met hun uiterlijk bezig zijn en meer lichaamsontevredenheid vertonen ook eerder verstoord eetgedrag laten zien (Croll et al., 2002; Levine & Piran, 2004).

Over de relatie tussen sociale angst en eetproblematiek is relatief weinig bekend. Dit onderzoek toont aan dat er een positieve samenhang bestaat tussen sociale angst en eetproblematiek. Deze relatie werd al in eerdere onderzoeken aangetoond (Hinrichsen et al., 2003; Gilbert & Meyer, 2005; Levinson & Rodebaugh, 2011). De bevinding dat er een relatie bestaat tussen sociale angst en eetproblematiek is in samenspraak met huidige theoretische modellen van eetstoornisontwikkelingen. Deze modellen stellen dat de stress afkomstig van negatieve sociale evaluaties een centrale rol speelt in de oorzaak van het vertonen van symptomen van eetstoornissen (Hinrichsen et al., 2003; Levinson & Rodebaugh, 2011).

Dat de aanwezigheid van lichaamsontevredenheid en sociale angst samen voor een hoger effect zorgen op het vertonen van eetproblematiek dan afzonderlijk is in samenspraak met het al eerder genoemde *Tripartite Influence Model* van lichaamsbeeld. Zo zouden (negatieve) sociale invloeden tot lichaamsontevredenheid kunnen leiden en uiteindelijk tot eetpathologie (Keery et al.,

2004). Opmerkelijk is de bevinding dat de aanwezigheid van hoge lichaamsontevredenheid als een voorwaarde dient voor het effect van sociale angst. Bij lage lichaamsontevredenheid heeft de aanwezigheid van sociale angst nauwelijks effect op eetproblematiek. Wanneer er echter sprake is van hoge lichaamsontevredenheid is het van belang te kijken naar de hoogte van sociale angst. Hoge lichaamsontevredenheid en hoge sociale angst samen hebben een erg groot effect op eetproblematiek.

Een opvallend resultaat van dit onderzoek is de gemiddelde score op lichaamsontevredenheid en eetproblematiek. Deze waren beide erg hoog en lagen boven de *cut-off score*, wat duidt op een zorgwekkende score. De hoge gemiddelde score op lichaamsontevredenheid is in overeenstemming met dat een meerderheid van de vrouwelijke studenten en een groot deel van de volwassen vrouwen niet tevreden zouden zijn met hun lichaam (Kalodner & Scarano, 1992; Cash & Henry, 1995). De resultaten van dit onderzoek laten zien dat er veel lichaamsontevredenheid en eetproblematiek heerst onder vrouwen. Dit onderzoek toont de relevantie aan van het beter onderzoeken van lichaamsontevredenheid en eetproblematiek.

Naar aanleiding van dit onderzoek kan gesteld worden dat sociale angst een voorspellende waarde heeft op lichaamsontevredenheid. Dit is van belang voor het maken van preventie- en behandelingsprogramma's tegen lichaamsontevredenheid. Preventie- en behandelingsprogramma's zouden onder andere gegeven kunnen worden op middelbare scholen, MBO/HBO opleidingen en universiteiten. Deze opleidingen zouden hulpprogramma's kunnen aanbieden via websites die zich beter richten op het detecteren van risicopersonen en aan deze risicopersonen gratis hulpmodules kunnen aanbieden. Bij het detecteren van risicopersonen moet men extra alert zijn op de aanwezigheid van lichaamsontevredenheid en sociale angst in een persoon, omdat de aanwezigheid van allebei deze factoren erg verontrustend is voor de kans op eetproblematiek. Door middel van opsporing van risicopersonen kunnen zorgwekkende scores op lichaamsontevredenheid en sociale angst worden belet en worden behandeld. Dit zou op zijn beurt het ontstaan van eetproblematiek in een individu kunnen voorkomen.

Een tekortkoming aan het huidige onderzoek is een relatief kleine onderzoekspopulatie. Dit geldt vooral voor de hoofdeffecten van lichaamsontevredenheid en sociale angst op eetproblematiek, waar de groepen hoge en lage lichaamsontevredenheid en hoge en lage sociale angst aan de kleine kant waren. Het relatief kleine aantal participanten per groep zou mogelijk voor vertekeningen in de resultaten hebben gezorgd. In het vervolg zou er gebruik gemaakt moeten worden van een grotere onderzoekspopulatie. Daarnaast is dit onderzoek alleen maar op vrouwen gericht, ondanks dat er in onze huidige wereld ook veel mannen ontevreden zijn met hun lichaam (Abraham & Llewellyn-Jones, 2008). Bij vervolgonderzoek zou gekeken moeten worden of de relatie tussen sociale angst en lichaamsontevredenheid en op zijn beurt op eetproblematiek ook voor mannen geldt. Een ander gebrek aan dit onderzoek is dat er alleen gekeken wordt naar de concepten sociale angst en eetproblematiek in hun geheel. Welke vormen en welke uitingen van de concepten elkaar precies beïnvloeden wordt in dit onderzoek niet duidelijk. In de toekomst zou er meer onderzoek gedaan

moeten worden naar of bepaalde vormen van sociale angst meer invloed hebben op de ontwikkeling van lichaamsontevredenheid, en of deze van groter risico zijn op de ontwikkeling van verschillende vormen van eetproblematiek, zoals eetbuien, vasten of purgerend gedrag.

## Referenties

- Abraham, S., & Llewellyn-Jones, D. (2008). *Eetstoornissen: de Feiten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2009). *Abnormal Psychology: an integrative approach*. Belmont: Wadsworth Publishing.
- Beer, R., & Tobias, K. (2011). *Cognitieve gedragstherapie bij jongeren met een eetstoornis: eten zonder angst*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Boelen, P.A., & Reijntjes, A. (2009). Intolerance of uncertainty and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 23 (1), 130-135.
- Bögels, S. M. (1997). *Cognitieve gedragstherapie bij sociale fobie: nieuwe ontwikkelingen in de theorie en de behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Broeke, E. ten, Heiden, C. van der, Meijer, S., & Hamelink, H. (2008). *Cognitieve therapie; de basisvaardigheden*. Amsterdam: Boom.
- Brouwers, M. (1990). Treatment of body image among women with bulimia nervosa. *Journal of Counseling and Development*, 69 (2), 144–147.
- Cash, T. F., & Henry, P. E. (1995). Women's Body Images: The Results of a National Survey in the U.S.A. *Sex Roles*, 33, 19-28.
- Cash, T. F., Thériault, J., & Milkewicz Annis, N. (2004). Body image in an interpersonal context: Adult attachment, fear of intimacy and social anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23 (1), 89-103.
- Connor, K.M., Davidson, J.R.T. Churchill, L.E., Sherwood, A., Foa, E., & Weisler, R.H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *British Journal of Psychiatry*, 176, 379–386.
- Croll, J., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Ireland, M. (2002). Prevalence and Risk and Protective Factors Related to Disordered Eating Behaviors Among Adolescents: Relationship to Gender and Ethnicity. *Journal of Adolescent Health*, 31, 166-175.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361, 407-416.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, 117–140.
- Forbes, G. B., Adams-Curtis, L. E., Rade, B., & Jaberg, P. (2001). Body Dissatisfaction in Women and Men: The Role of Gender-Typing and Self-Esteem. *Sex Roles*, 44, 461-484.
- Fox, C., & Joughin, C. (2002). *Childhood-onset eating problems: Findings from research*. London: The Royal College of Psychiatrists.

- Gilbert, N., & Meyer, C. (2005). Fear of Negative Evaluation and the Development of Eating Psychopathology: A Longitudinal Study among Nonclinical Women. *Eating Disorders*, 37, 307-312.
- Gleeson, K., & Frith, H. (2006). (De)constructing Body Image. *Journal of Health Psychology*, 11 (1) 79-90.
- Herpertz-Dahlmann, B., Wille, N., Hölling, H., Vloet, T. D., & Ravens-Sieberger (2008). Disordered eating behaviour and attitudes, associated psychopathology and health-related quality of life: results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 82-91.
- Hinrichsen, H., Wright, F., Waller, G., & Meyer, C. (2003). Social anxiety and coping strategies in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 4, 117-126.
- Izgiç, F., Akyüz, G., Doğan, O., & Kuğu, N. (2004). Social phobia among university students and its relations to self-esteem and body-image. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49 (9).
- Kalodner, C. R., & Scarano, G. M. (1992). A continuum of nonclinical eating disorders: A review of behavioral and psychological correlates and suggestions for intervention. *Journal of Mental Health Counseling*, 14 (1), 30–41.
- Keery, H., Berg, van den, P., & Thompson, J. K. (2004). An evaluation of the Tripartite Influence Model of body dissatisfaction and eating disturbance with adolescent girls. *Body Image*, 1, 237-251.
- Krabbenborg, M.A.M., Danner, U.N., Larsen, J.K., van der Veer, N., van Elburg, A.A., de Ridder, D.T.D., Evers, C., Stice, E., & Engels, R.C.M.E. (2011). The Eating Disorder Diagnostic Scale: Psychometric Features Within a Clinical Population and a Cut-off Point to Differentiate Clinical Patients from Healthy Controls. *John Wiley & Sons, Ltd and Eating Disorders Association*, 20, 315-320.
- Lawler, M., & Nixon, E. (2011). Body Dissatisfaction Among Adolescent Boys and Girls: The Effects of Body Mass, Peer Appearance Culture and Internalization of Appearance Ideals. *Journal of Youth and Adolescence*, 40, 59-71.
- Levine, M. P., & Piran, N. (2004). The role of body image in the prevention of eating disorders. *Body Image*, 1, 57-70.
- Levinson, C. A., & Rodebaugh, T. L. (2011). Social anxiety and eating disorder comorbidity: The role of negative social evaluation fears. *Eating Disorders*, Article in Press.
- Olivardia, R., Pope, H. G., Borowiecki, J. J., & Cohane, G. H. (2004). Biceps and Body Image: The Relationship Between Muscularity and Self-Esteem, Depression, and Eating Disorder Symptoms. *Psychology of Men & Masculinity*, 5 (2), 112-120.
- Patton G.C., Selzer R., Coffey, C., Carlin J.B., & Wolfe R. (1999) Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *British Medical Journal*, 318 (7186), 765–768.

- Paxton, S. J., Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D. (2006). Prospective Predictors of Body Dissatisfaction in Adolescent Girls and Boys: A Five-Year Longitudinal Study. *Developmental Psychology, 42* (5), 888-899.
- Probst, M., van der Eycken, W., van Coppenolle, H., & van der Linde, J. (1995). Body Attitude Test for patients with an eating disorder: psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eating disorders: The Journal of Treatment and Prevention, 3*, 133-145.
- Stice, E. (2002). Risk and Maintenance Factors for Eating Pathology: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin, 128* (5), 825-848.
- Stice, E., & Shaw, H. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of bulimic pathology: A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research, 53*, 985-993.
- Stice, E., Spangler, D., & Agras, S. W. (2001). Exposure to mediaportrayed thin-ideal images adversely affects vulnerable girls: A longitudinal experiment. *Journal of Social and Clinical Psychology, 20*, 270-288.
- Stice E., Telch, C. F., & Rizvi, S. L. (2000). Development and Validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale: A Brief Self-Report Measure of Anorexia, Bulimia, and Binge-Eating Disorder. *Psychological Assessment, 12* (2), 123-131.
- Swinbourne, J.M., & Touyz S.W. (2007). The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. *Eur. Eat. Disorders Rev. 15*, 253-274.
- Taleporos, G., & McCabe (2002). Body image and physical disability – Personal perspectives. *Social Science & Medicine, 54*, 971-980.
- Thompson, J. K., & Stice, E. (2001). Thin-Ideal Internalization: Mounting Evidence for a New Risk Factor for Body-Image Disturbance and Eating Pathology. *Psychological Science, 10* (5), 181-183.
- Trimbos Instituut (2008). Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling GGZ: Eetstoornissen. Verkregen op 11 november, 2012 van [http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=786&richtlijn\\_id=64](http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=786&richtlijn_id=64)
- Troop, N. A., Allan, S., Treasure, J. L., & Katzman, M. (2003). Social comparison and submissive behaviour in eating disorder patients. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 76* (3), 237-249.
- Verplanken, B., & Velsvik, R. (2008). Habitual negative body image thinking as psychological risk factor in adolescents. *Body Image, 5*, 133-140.
- Walter, H. K., Bulik, C. M., Thornton, L., Barbarich, N., & Masters, K. (2004). Comorbidity of Anxiety Disorders With Anorexia and Bulimia Nervosa. *The American Journal of Psychiatry, 161*, 2215-2221.
- Wamel, A. van, & Wassink, M. (2007). Leidraad voor regionale zorgprogramering: Landelijk Basisprogramma Eetstoornissen. Trimbos-Instituut.