

**Die verband tussen emosionele intelligensie
en posttraumatiese stressimptome by kinders**

deur

Marisa Barnard

Voorgelê ter gedeeltelike vervulling van die vereistes vir die graad

MAGISTER SOCIETATIS SCIENTIAE

(KLINIESE SIELKUNDE)

(in artikelformaat)

in die

FAKULTEIT GEESTESWETENSKAPPE,

DEPARTEMENT SIELKUNDE,

aan die

UNIVERSITEIT VAN DIE VRYSTAAT

Studieleier: Dr. H.S. van den Berg

31 Oktober 2005

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

Mej. Marisa Barnard

31 Oktober 2005

Bedankings

My Hemelse Vader vir die krag wat ek ontvang het sowel as Sy genade en seën.

Charles, vir sy liefde en geloof in my. Jy is my inspirasie.

My ouers, vir al jul ondersteuning, liefde en opofferings – julle gebede deur al die jare het my gedra.

Dr. Henriëtte van den Berg, my mentor en studieleier, vir haar geduld, leiding en ondersteuning.

Marco en Erika vir hul liefde en aanmoediging.

My vriende, in die besonder Liza vir jarelange ondersteuning en vriendskap.

Jana en Retha vir die besonderse wyse waarop hul my lewe seën.

Mev. McDonald vir die deeglike taalversorging en vriendskap.

Prof. Karel Esterhuyse, vir sy hulp met die statistiese verwerking.

Die personeel by FSPC vir hul begrip, belangstelling en ondersteuning.

Die maatskaplike werkers en kinders, waarsonder hierdie studie nie moontlik sou wees nie.

INHOUDSOPGAW

OPSOMMING	iii
SUMMARY	v
1. LITERATUUROORSIG	1
1.1 Inleiding	1
1.2 Risiko- en Bufferende faktore	2
1.3 Insidentverwante faktore	3
1.4 Individuele faktore	4
1.5 Omgewingsverwante faktore	5
1.6 Moderatorfaktore	5
1.7 Emosionele intelligensie	6
1.8 Die impak van emosionele intelligensie op kinders se aanpassing in die algemeen	7
1.9 Emosionele intelligensie en weerstand teen posttraumatiese stresversteuring	8
2. METODE VAN ONDERSOEK	10
2.1 Onderzoekgroep	10
2.2 Insameling van navorsingsgegewens	12
2.3 Navorsingsvraag	13
2.4 Meetinstrumente	13
2.5 Statistiese prosedure	15
3. RESULTATE VAN DIE ONDERSOEK	16
4. BESPREKING	19
5. GEVOLGTREKKING	23
5.1 Aanbevelings	25

6.	BRONNELYS	27
7.	BYLAAG	35

LYS VAN TABELLE

Tabel 1	Frekwensiedistribusie van die ondersoekgroep met betrekking tot demografiese faktore	11
Tabel 2	Betroubaarheid van die onderskeie subskale van die meetinstrumente	15
Tabel 3	Gemiddeldes en standaardafwykings rakende die kriterium- en voorspeller veranderlikes	16
Tabel 4	Interkorrelasies tussen voorspeller- en kriteriumveranderlikes vir totale ondersoekgroep	18

Opsomming

(Trefwoorde: trauma, emosionele intelligensie, veerkragtigheid, posttraumatische stresversteuring, seuns, meisies, Traumasimptoom Merklus vir kinders, BarOn Emosionele Intelligensievraelys vir Jeugdige, middelkinderjare, intrapersoonlike aanpassing, interpersoonlike funksionering, streshantering, aanpasbaarheid, algemene gemoedstoestand)

Suid-Afrika word tans as een van die gewelddadigste lande ter wêreld beskou met misdadafsifers wat daagliks toeneem. Dit is kommerwekkend dat die jeug grootword in 'n land waar daar weinig respek getoon word vir die fisieke integriteit van sy burgers. Gevolglik is dit dus nie vreemd dat kinders met 'n verskeidenheid simptome presenter in hul pogings om hierdie gebeure te hanteer nie.

Die doel van hierdie studie was om die invloed van getraumatiseerde kinders se vlak van emosionele intelligensie, in die mate waartoe hulle met posttraumatische stresssimptome presenter, te bepaal. Daar is ook ondersoek ingestel na die moontlike verskil tussen seuns en dogters, sowel as kinders van verskillende ouderdomme, ten opsigte van die posttraumatische stresssimptome wat gerapporteer word.

'n Beskikbaarheidsteekproef van 70 getraumatiseerde kinders is by hierdie ondersoek betrek (nie-eksperimentele prospektiewe ontwerp). Al die betrokke kinders was tussen die ouderdomme van 10 en 12 jaar, dus in die ontwikkelingstadium van middelkinderjare, en het verskil ten opsigte van hul huisvesting. Vier meetinstrumente is in die ondersoek gebruik. Dit sluit in die BarOn Emosionele Intelligensievraelys vir jeugdige (Bar-On, 2000), die Traumasimptoom Merklus vir Kinders (Briere, 1996), 'n Biografiese vraelys en 'n Posttraumatische stresmerklus wat gebaseer is op die DSM IV kriteria. Die interne konsekwentheid van die meetinstrumente is ondersoek met behulp van Cronbach se α -koeffisiënte. Pearson produkmomentkorrelasies is ook bereken om die interkorrelasie tussen die verskillende veranderlikes te bereken.

Op grond van die statistiese verwerking van die data het slegs een van die subskale van emosionele intelligensie, naamlik stresshanteringsvaardighede, 'n beduidende verband met posttraumatiese stressimptome getoon. Dit wil voorkom hoe beter 'n kind se stresshanteringsvaardighede, hoe laer is die vlak van posttraumatiese stressimptome waarmee die kind presenteer. Algemene gemoedstoestand het 'n positiewe korrelasie getoon met interpersoonlike funksionering, intrapersoonlike aanpassing en aanpasbaarheid. Met betrekking tot geslag is daar aangedui dat die meisies meer posttraumatiese stressimptome gerapporteer het as die seuns. Moontlike verklarings vir die resultate word gegee, en tekortkomings en aanbevelings vir verdere navorsing word bespreek.

Summary

(Key words: trauma, emotional intelligence, resilience, posttraumatic stress disorder, boys, girls, Trauma Symptom Checklist for Children, BarOn Emotional Quotient Inventory: Youth Version, middle childhood, intrapersonal adjustment, interpersonal functioning, stress management, adaptability, general mood)

South Africa is currently regarded as one of the most violent countries in the world, with crime statistics increasing daily. It is distressing that the youth is growing up in a country where little respect is shown for the physical integrity of its citizens. Therefore it is not uncommon for children to present with a variety of symptoms in their efforts to cope with these events.

The aim of this study was to determine the effect of traumatized children's level of emotional intelligence on the extent to which they present with symptoms of posttraumatic stress. Also to investigate the possible difference between boys and girls, as well as children of various ages, with regard to the posttraumatic stress symptoms that is reported.

An availability sample of 70 traumatized children was involved in this study (non-experimental prospective design). All the children who were involved were between the ages of 10 and 12, therefore in the developmental stage of middle childhood and differed on the basis of their living conditions. Four measuring instruments were used in the investigation. This includes the BarOn Emotional Quotient Inventory: Youth Version (Bar-On, 2000), the Trauma Symptom Checklist for Children (Briere, 1996), a biographical questionnaire and a posttraumatic stress checklist which is based on the DSM IV criteria. The internal consistency of the measuring instruments was investigated by making use of Cronbach's alpha coefficients. Pearson correlation coefficients were also calculated to determine the intercorrelation between the different variables.

On the basis of the statistical analysis of the data, only one of the subscales of emotional intelligence, namely stress management, showed a significant relationship with

posttraumatic stress symptoms. It seems that the better a child's stress coping skills are, the lower the level of posttraumatic stress symptoms with which the child presents. General mood showed a positive correlation with interpersonal functioning, intrapersonal adjustment and adaptability. With regard to gender, it was indicated that girls reported more symptoms of posttraumatic stress than the boys did. Possible explanations for the results are given, and limitations and recommendations for further research are discussed.

Suid-Afrika word as een van die gewelddadigste lande ter wêreld beskou, met kinders wat daagliks aan toenemende hoë vlakke van geweld blootgestel word. Geweld en misdaad het tot só 'n mate geëskaleer dat daar na Suid-Afrika verwys word as 'n gemeenskap wat gekenmerk word deur 'n "kultuur van geweld" (Mokutu & Thompson, 2000). Barbarin, Richter en De Wet (2001) haal pres. Thabo Mbeki aan waar hy sy kommer uitgespreek het oor die effek van die voortdurende politieke en kriminele geweld op die emosionele welstand van Suid-Afrikaanse burgers, veral kinders.

Dawes en Donald (1994) voer aan dat 'n situasie geskep word waar miljoene Suid-Afrikaanse kinders in geweldgeteisterde gemeenskappe woon. Volgens Pynoos en Spencer (1986) kan die blote aanskouing van geweld as 'n sielkundige trauma vir kinders geklassifiseer word. Dus kan daar verwag word dat gereelde direkte blootstelling selfs 'n meer skadelike uitwerking op kinders sal hê. Govender en Killian (2001) het die aandag daarop gevestig dat daar 'n behoefte aan navorsing is wat fokus op posttraumatische stresversteuring en die voorkoms daarvan onder kinders en adolessente. Daar word geglo dat navorsing oor die voorkoms- en verspreidingsyfers van posttraumatische stresversteuring by kinders en adolessente as hoofprioriteit beskou kan word (Jansen van Rensburg, 2001 & Müller, 2000).

In 'n studie deur Barbarin et al. (2001) word aangevoer dat Suid-Afrika die vyfde hoogste moordsyfer het van lande wat deur Interpol ondersoek word. Verskeie navorsers toon aan dat ten spyte van beperkte navorsing in Suid-Afrika dit wil voorkom of 67 tot 77 % (Peltzer, 1999; Seedat, Van Nood, Vythlingum, Stein & Kaminer, 2000) van kinders aan traumatiese gebeurtenisse blootgestel word. Dit is aansienlik hoër as die 40 tot 45 % wat ten opsigte van Amerikaanse kinders gerapporteer word (Giaconia, Reinherz, Silverman, Pakiz, Frost & Cohen, 1995).

Suid-Afrikaanse studies het aangetoon dat tussen 8 en 22 % van kinders wat blootgestel word aan traumatiese insidente wel posttraumatische stresversteuring ontwikkel (Ensink, Robertson, Zissis & Leger, 1997; Seedat et al., 2000). Hierdie syfers sluit kinders in wat in stedelike, sowel as in plattelandse gebiede woonagtig is. Die diskrepans tussen die

aantal kinders wat blootgestel word aan trauma, en dié kinders wat met simptome van posttraumatische stresversteuring presenteer, beklemtoon dat talle kinders wat aan traumatiese insidente blootgestel word oor genoegsame veerkragtigheid beskik om van die trauma te herstel.

Ensinck et al. (1997) en Hodes (2002) het aangedui dat die geldigheid van die term “posttraumatische stresversteuring” bevestig word deur die insluiting daarvan in die diagnostiese kriteria wat as standaard gebruik word. Die term is ook universeel herkenbaar, aangesien soortgelyke simptome deur verskillende kultuurgroepe gerapporteer word. Armsworth en Holaday (1993) het aangevoer dat die kriteria vir posttraumatische stresversteuring beperkings inhou wanneer daar met kinders en adolessente gewerk word. Dikwels word die kriteria wat op volwassenes van toepassing is ook gebruik om posttraumatische stresversteuring onder kinders te diagnoseer. Dit is duidelik dat ‘n unieke stel kriteria ontwikkel en toegepas moet word om die verskynsel van posttraumatische stresversteuring onder kinders te diagnoseer. Simptome soos psigiese afstomping, psigogene amnesie en indringende terugflitse kom gereeld onder volwassenes voor, maar word selde deur kinders met posttraumatische stressimptome gerapporteer (Klingman, 2001).

Volgens Barbarin et al. (2001) word posttraumatische stresversteuring onder kinders gediagnoseer op grond van die volgende moontlike simptome: herbeleving van die gebeurtenis, verhoogde opwekking, geïrriteerde gemoed, vrees om alleen te wees, nagmerries, sowel as angs wat gekenmerk word deur woede-uitbarstings, emosionele afstomping en sosiale onttrekking. Die genoemde simptome stem grotendeels ooreen met die drie breë simptomekategorieë van die DSM-IV wat fokus op intrusiewe simptome, vermydingsgedrag en hiperopwekking (Van der Merwe, 2003).

Risiko- en Bufferende faktore

Een van die grootste vraagstukke rondom blootstelling aan traumatiese gebeure en posttraumatische stresversteuring is waarom sommige persone wel posttraumatische stressimptome ontwikkel en ander nie. Dit blyk dat blootstelling aan geweld en die

gevolge daarvan nie deel uitmaak van 'n liniêre model nie, maar liever gesien moet word as 'n komplekse, dinamiese sisteem (Govender & Killian, 2001; Qouta, Punamäki & Sarraj, 1995). Verskeie risikofaktore wat verband hou met posttraumatiese stresversteuring is geïdentifiseer, alhoewel daar steeds 'n mate van onduidelikheid oor die weerbaarheidsfaktore bestaan (Freitas & Downey, 1998; Müller, 2000). Blootstelling aan geweld kan vir enige kind traumaties wees, maar die kwesbaarheid vir posttraumatiese stresversteuring wissel van kind tot kind (Duncan, 1996; Jansen van Rensburg, 2001).

Risikofaktore word beskou as daardie aspekte wat persone predisponeer vir verskeie vorme van wanaanpassing en gedragsprobleme, soos byvoorbeeld wanneer 'n individu alreeds van 'n vroeë ouderdom op 'n gereelde of aaneenlopende basis blootgestel is aan trauma (Rutter, 1999). Weerbaarheidsfaktore verwys na 'n reeks prosesse wat 'n persoon in staat stel om suksesvol aan te pas nadat daar 'n traumatiese gebeurtenis plaasgevind het (LePage-Lees, 1997; Masten, 1994). Risiko- en weerbaarheidsfaktore tree in interaksie met mekaar en bepaal tesame met ander faktore, die veerkragtigheid van die individu. Daar moet egter in gedagte gehou word dat veerkragtigheid nie 'n stabiele persoonlikheidseienskap is nie, want soos omstandighede verander, wissel die veerkragtigheid van 'n individu (Rutter, 1987). 'n Kombinasie van insidentverwante-, individuele-, omgewings- en moderatorveranderlikes bepaal uiteindelik die veerkragtigheid van die individu.

Insidentverwante faktore

Sommige studies het getoon dat herhalende blootstelling aan trauma, die individu desensitiseer, terwyl ander navorsers bevind het dat dit 'n individu se kwesbaarheid verhoog (Jansen van Rensburg, 2001; Keppel-Benson, Ollendick & Benson, 2002; Pynoos & Spencer, 1986; Seedat et al., 2000). Dit wil voorkom of geweld in die gesin 'n groter impak het as enige ander vorm van geweld (Horn & Trickett, 1998). Goleman (1995) sowel as Giaconia et al. (1995) voer egter aan dat gewelddadige traumas, byvoorbeeld verkragting, met meer negatiewe uitkomstige geassosieer word en hierdie

slagoffers van trauma het volgens hulle 'n 8 tot 12 keer groter risiko vir die ontwikkeling van posttraumatiese stresversteuring.

In hierdie ondersoek moet daar ook 'n onderskeid getref word tussen verskillende tipes trauma, naamlik Tipe I en Tipe II trauma. Tipe I trauma dui op 'n enkele, onverwagse traumatiese gebeurtenis soos 'n motorongeluk, terwyl Tipe II trauma na langdurige of aanhoudende blootstelling aan traumatiese gebeure, soos byvoorbeeld gesinsgeweld, oor 'n tydperk van 'n paar maande verwys (Terr, 1991; Van der Merwe, 2003).

Individuele faktore

Kinders se vermoë om sin te maak uit die gebeure dra by tot hul veerkragtigheid (Armsworth & Holaday, 1993; Coyne & Gottfried, 1996; Pynoos & Spencer, 1986). 'n Sterk sin van verantwoordelikheid, 'n positiewe selfbeeld en goeie akademiese funksionering word as verdere faktore beskou wat kinders se veerkragtigheid versterk (Lewis, 1999). Optimisme, spiritualiteit, outonomie en 'n positiewe toekomspektief dien ook as bufferende faktore teen die effek van trauma (Bandura, 1986; Barbarin et al., 2001; Kostelny & Garbarino, 1994; Matthews & Zeidner, 2000; Mrazek & Mrazek, 1987). Dit wil ook voorkom of kinders met 'n meer gelykmatige temperament meer veerkragtig is. Goeie sosiale vaardighede, vertroue in hul vermoë om dit suksesvol te kan hanteer en 'n interne lokus van kontrole dien ook 'n beskermende funksie (Goleman, 1995; Lewis, 1999). Volgens Matthews en Zeidner (2000) asook Punamäki, Quota en Sarraj (1999) kan 'n verskeidenheid van hanteringsmeganismes en kreatiwiteit bydra tot 'n individu se suksesvolle aanpassing. Fields en Prinz (1997) merk egter tereg op dat die konseptualisering van kinders se suksesvolle hantering gebaseer is op navorsing met volwassenes en soos reeds genoem, kom daar beduidende verskille tussen volwassenes en kinders voor ten opsigte van hul respons tot trauma.

Individuele risikofaktore soos impulsiwiteit en reeds bestaande emosionele- en gedragsprobleme, sowel as 'n geskiedenis van deprivasie en verliese, word deur verskeie outeurs beklemtoon (Lewis, 1999; Pynoos & Spencer, 1986). 'n Eksterne lokus van

kontrole en 'n pessimistiese uitkyk kan 'n kind ook meer vatbaar maak vir negatiewe gevolge van trauma (Duncan, 1996; Nolen-Hoeksema, 1992).

Omgewingsverwante faktore

Faktore soos die gesinslede se geestestoestand, gesinsverhoudings, sowel as 'n tekort aan sosiale ondersteuning, kan 'n belangrike invloed uitoefen op kinders se hantering van trauma (Jaffe & Baker, 1999; Keppel-Benson et al., 2002; Mokutu & Thompson, 2000; Mrazek & Mrazek, 1987; Müller, 2000). Gesinsharmonie en ondersteuning, 'n gesaghebbende ouerskapstyl (Punamäki et al., 1997), selfs die teenwoordigheid van 'n enkele goeie ouer (Rutter, 1987) dien 'n baie belangrike funksie in die beskerming van kinders wat blootgestel is aan geweld (Barbarin et al., 2001; Duncan, 1996; Govender & Killian, 2001; Pascall & Hubbard, 1998). Ander beskermende faktore soos aangedui deur Mrazek en Mrazek (1987) en Rutter (1987) sluit in: opvoedingspeil van ouers en toegang tot goeie professionele dienste. Buiten faktore binne die gesin, speel die gemeenskap ook 'n sleutelrol in die kind se belewing en hantering van trauma. Kenmerke van gemeenskappe, soos 'n gebrek aan struktuur, bendes, beskikbaarheid van wapens, beperkte hulpbronne en konflik, kan 'n kind se risiko verhoog om trauma te beleef en sodoende kinders predisposisioneer vir wanaanpassing en gedragsprobleme (Jaffe & Baker, 1999).

Moderatorfaktore

Die kind se geslag, ouderdom, ras en sosio-ekonomiese klas het 'n moderende invloed op sy/haar respons op traumatiese voorvalle. Kinders tussen die ouderdomme van 6 en 11 jaar is meer geneig om angs tydens trauma te ervaar en posttraumatiese stresversteuring te ontwikkel (Barbarin et al., 2001; Van der Merwe, 2003). 'n Geskiedenis van blootstelling aan trauma vanaf 'n jong ouderdom is 'n faktor wat 'n individu se kwesbaarheid verhoog (Kilpatrick, Resnick, Saunders & Best, 1998; Seedat et al., 2000). Die geslag van die kind is ook 'n belangrike modererende faktor. Dit wil voorkom of seuns en meisies verskil ten opsigte van die tipes trauma waaraan hul blootgestel word (Van der Merwe, 2003) en dat meisies meer kwesbaar is om traumatiese stresssimptome te ontwikkel (Giaconia, et al., 1995; Govender & Killian, 2001). Sommige navorsers het

egter geen verskil tussen die twee geslagte en die hoeveelheid blootstelling aan trauma gerapporteer nie (Cooley, Turner & Beidel, 1995).

Volgens Jansen van Rensburg (2001) is daar in Suid-Afrika beduidende verskille ten opsigte van die blootstelling aan geweld onder die verskillende rasse-groepe. Swart kinders in informele en armoedige gemeenskappe word aan die meeste geweld blootgestel en rapporteer ook die meeste posttraumatische stresssimptome (Seedat, et al., 2000), terwyl ander studies aangedui het dat jong kinders in stedelike gebiede aan hoër vlakke van geweld blootgestel word (Dawes, Tredoux & Feinstein; 1989, Müller, 2000). Individue vanuit 'n laer sosio-ekonomiese klas het 'n groter kans om trauma te beleef en posttraumatische stresversteuring te ontwikkel, terwyl middel of hoër sosiale klas as 'n bufferende faktor kan dien (Mrazek & Mrazek, 1987; Rutter, 1987; Seedat et al., 2000; Van der Merwe, 2003). Vervolgens word gefokus op emosionele intelligensie as 'n moontlike bufferende faktor.

Emosionele intelligensie

Daar bestaan verskeie definisies van emosionele intelligensie (Goleman, 1995; Lane, 2000; Mayer, Salovey & Caruso, 2000; Saarni, 2000). Vir die doeleindes van hierdie studie sal daar gefokus word op die definisie van Bar-On (1997) wat deur verskeie navorsers as die omvattendste konseptualisering van emosionele intelligensie beskou word (McCallum & Piper, 2000). Bar-On (1997) verwys na vyf breë areas van vaardighede. Dit sluit in: intrapersonlike vaardighede (soos emosionele selfbewustheid, assertiwiteit, selfagting, selfaktualisering en onafhanklikheid), interpersoonlike vaardighede (soos interpersoonlike verhoudings, sosiale verantwoordelikheid, empatie), aanpasbaarheid (insluitend probleemoplossing, realiteitstoetsing en buigbaarheid), stresshantering (strestoleransie en impulsbeheer) en algemene gemoed (geluk en optimisme). Emosionele intelligensie kan moontlik gekonseptualiseer word as die sielkundige basis van aanpassing in die algemeen (Matthews & Zeidner, 2000).

Die impak van emosionele intelligensie op kinders se aanpassing in die algemeen

Die vyf komponente van emosionele intelligensie hou meestal verband met die veerkragtheid van die individu en dien as bufferfaktore teen die ontwikkeling van psigiatriese verstourings. Verskeie navorsers is dit eens dat emosioneel intelligente individue in staat is om emosies akkuraat waar te neem, te reguleer, sowel as genereer en dat hierdie vermoë lewenslang ontwikkel en verander (Scharfe, 2000).

Daar word tans gepoog om die konstruk intelligensie uit te brei om die uitdrukking en ervaring van emosies in te sluit en die rol van emosie in ontwikkeling en patologie te bepaal (Ciarrochi et al., 2000; Mayer, Salovey & Caruso, 2000). Emosies word gesien as die bousteen van menslike ervaring en beïnvloed dus die wyse waarop mense hul verhoudings benader en handhaaf (Saarni, 2000; Southam-Gerow & Kendall, 2002). Hierdie individue (insluitend kinders) behoort ook empaties te wees, lewensvrede te ervaar, oopheid vir gevoelens te demonstreer en 'n hoë kwaliteit verhoudings te handhaaf. Hulle sal ook oor 'n beter selfbeeld beskik, beter konsentreer, meer effektief wees, laer angsvlakke openbaar en meer ekstroversief wees (Ciarrochi et al., 2000; Goleman, 1995; Mayer et al., 1999). Akademiese intelligensie kan as 'n buffer teen traumatiese gebeure dien, maar nie tot dieselfde mate as emosionele intelligensie nie, aangesien emosionele intelligensie 'n stel vaardighede verskaf wat 'n betekenisvolle rol speel in die bepaling van kinders se persoonlike aanpassing (Goleman, 1995). Daar kan dus aangeneem word dat indien kinders oor goeie emosionele intelligensie beskik, hulle in die algemeen beter aangepas behoort te wees.

'n Bewustheid van emosies kan kinders in staat stel om suksesvol aan te pas, maar daarteenoor lei die gebrekkige bestuur van emosies daartoe dat kinders konstant teen negatiewe emosies moet veg (Lane, 2000; Schafe, 2000). Emosionele intelligensie dra by tot die ontwikkeling van sosiale hanteringsvaardighede en goeie probleemoplossing, wat uiteindelik tot die weerbaarheid van die individu en 'n gevoel van psigologiese welstand bydra (Bar-On, 2000; Swiatek, 2001). Die herkenning van emosies vorm die bousteen van emosionele intelligensie en dit verhoog 'n persoon se selfbewustheid en die mate van beheer wat ervaar word (Goleman, 1995). Lae vlakke van emosionele

intelligensie word gekoppel aan verskeie risiko's insluitend eetversteurings, afwykende gedrag, akademiese probleme, depressie en dwelmmisbruik ten spyte van bo-gemiddelde IK tellings (Goleman, 1995).

Die bestuur van emosies verminder die risiko vir die ontwikkeling van depressie, angs, woede of frustrasie (Goleman, 1995). Emosionele beheer verwys na die weerhouding van emosies, terwyl emosionele regulering dui op die onderskeiding en gevolglike aanpassing van emosies. Daar is dus 'n belangrike verskil tussen die twee konsepte (Southam-Gerow & Kendall, 2002). Die inhibering van die uitdrukking van emosies en te min beheer oor die uitdrukking van emosies hou verband met sekere psigiatriese versteurings onder kinders (Southam-Gerow & Kendall, 2002). Emosionele intelligensie word konstant voorgestel as 'n positiewe vaardigheid en dit hou verband met verskeie sleutelareas van effektiewe persoonlike funksionering (Goleman, 1995; Martinez-Pons, 1998; Mayer & Salovey, 1993).

Emosionele intelligensie en weerstand teen posttraumatiese stresversteuring

Goleman (1995) het aangevoer dat die huidige generasie van kinders meer emosionele probleme ervaar en gevolglik ook meer presenteer met posttraumatiese stresversteuring as die vorige generasie. Emosionele intelligensie kan moontlik gekonseptualiseer word as die sielkundige basis van aanpassing in die algemeen (Matthews & Zeidner, 2000). Faktore soos persoonlike veerkragtigheid, die regulering van emosies (komponent van emosionele intelligensie), spiritualiteit en 'n ondersteunende gesinsomgewing, kan kinders in staat stel om moeilike lewensveranderinge en persoonlike verlies te hanteer (Garbarino & Kostelny, 1996; Wallin & Rubin, 1997). Die vermoë om emosies akkuraat waar te neem en uit te druk sowel as die regulering van negatiewe emosies, is die sleutel tot emosionele welstand en die sentrale tema van emosionele intelligensie (Goleman, 1995). Die regulering van emosies verminder die hoeveelheid spanning wat met 'n traumatiese gebeurtenis gepaardgaan en sodoende word die kind beskerm teen die negatiewe impak van traumatiese gebeure en sal die kind beter aanpas in moeilike omstandighede. Hierdie kinders sal ook laer vlakke van vermydingsgedrag openbaar (Chan, 2003; Folkman & Lazarus, 1980; Goleman, 1995; Matthews & Zeidner, 2000).

Strestoleransie as komponent van emosionele intelligensie hou verband met die mate van sukses waarmee kinders hul emosies identifiseer, begryp en beheer sowel as die vermoë om die eise van die omgewing en die situasie suksesvol te hanteer. Indien 'n kind oor lae vlakke van strestoleransie (belangrike komponent van emosionele intelligensie) beskik, kan dit dus tot angs lei (Bar-On, 2000). Wanneer 'n kind emosioneel bedrewe is, kan traumatiese en destruktiewe gebeurtenisse meer suksesvol hanteer word. Die vaardighede wat hiermee gepaardgaan, behels effektiewe strategieë om emosies te reguleer of die duur daarvan te verminder (Saarni, 2000). Aangesien die regulering van emosies in stresvolle situasies as een van die vereistes vir suksesvolle aanpassing beskou word, dra dit ook by tot kinders se emosionele en intellektuele groei (Ciarrochi et al., 2002; Eisenberg & Fabes, 1995; Fields & Prinz, 1997; Lane, 2000).

Matthews en Zeidner (2000) het die volgende vyf take geïdentifiseer wat tot suksesvolle aanpassing bydra. Dit sluit in die regulering en beheer van negatiewe emosies; handhawing van emosionele balans; aanpasbaarheid; effektiewe probleemoplossing asook 'n bevredigende verhouding met die omgewing. Die voorgenoemde take hou dus verband met die vyf komponente van emosionele intelligensie soos uiteengesit deur Bar-On (1997) en die vermoë om stresvolle gebeure te hanteer vorm deel van die konseptualisering van emosionele intelligensie (Goleman, 1995; McCallum & Piper, 2000). Verskeie navorsers stel voor dat emosionele intelligensie 'n persoon in staat stel om beter besluite te neem. Dus kan 'n kind wat oor goeie emosionele intelligensie beskik, hierdie vaardighede aanwend om hulleself tydens die traumatiese gebeure te beskerm en die bedreiging tot 'n sekere mate te beheer (Bar-On, 2000; Lazarus & Folkman, 1984). Dit wil dus voorkom of die bevordering van emosionele intelligensie individuele veerkragtigheid versterk.

Problematiese aanpassing word deur Matthews en Zeidner (2000) toegeskryf aan lae vlakke van emosionele intelligensie, aangesien dit verband hou met die oneffektiewe herkenning, regulering en uitdrukking van gevoelens (Mayer & Geher, 1996; Thompson & Calkins, 1996). Dus kan daar afgelei word dat emosionele intelligensie, maar meer

spesifiek die herkenning en regulering van emosies, geassosieer word met geestesgesondheid. Saarni (2000) het in haar navorsing onder kinders bevind dat emosionele bevoegdheid die kinders in staat gestel het om weerstand te bied teen simptome van posttraumatiese stresversteuring. Soos wat kinders 'n meer gesofistikeerde begrip van emosies ontwikkel, word hul kanse vir suksesvolle aanpassing dus verhoog (Southam-Gerow & Kendall, 2002).

In die lig van die voorafgaande inligting is dit duidelik dat verskeie faktore 'n beskermende rol kan speel by die weerstand teen posttraumatiese stresssimptome. Hierdie studie fokus spesifiek op die verskillende komponente van emosionele intelligensie as moontlike bufferende faktore vir kinders wat blootgestel is aan traumatiese insidente.

METODE VAN ONDERSOEK

Die doelstelling van die studie is om vas te stel wat die verband tussen emosionele intelligensie en posttraumatiese stresssimptome by 'n groep Suid-Afrikaanse kinders is. Meer spesifiek sal ondersoek ingestel word na die mate waartoe variansie in posttraumatiese stresssimptome wat kinders ervaar deur hul emosionele intelligensie, verklaar word.

Die navorsingsontwerp wat in hierdie ondersoek gebruik is, is 'n nie-eksperimentele, prospektiewe ontwerp. In hierdie studie is die kriteriumveranderlike die kinders se posttraumatiese stresssimptome, terwyl hul tellings op die emosionele intelligensie subskale as voorspellers dien. Die invloed van die kinders se ouderdom en geslag op die mate waartoe posttraumatiese stresssimptome gerapporteer word, is ook ondersoek.

Ondersoekgroep

'n Beskikbaarheidsteekproef van 70 getraumatiseerde kinders is by hierdie ondersoek betrek. Die kinders is verkry met behulp van maatskaplike werkers wat onder andere betrokke is by Kinder- en Gesinsorg, sowel as Ons Kinderhuis in Bloemfontein. Die kinders wat ingesluit is in die studie is afkomstig van verskeie areas in Bloemfontein en verskil ten opsigte van by wie hulle woonagtig is. 'n Faktor wat al die kinders in gemeen

het, is dat almal wat in die ondersoek ingesluit is aan trauma blootgestel was. Al die betrokke kinders was tussen die ouderdomme van 10 en 12 jaar ten tyde van die administrasie van die vraelyste. Die verspreiding van die ondersoekgroep met betrekking tot verskeie demografiese faktore word in Tabel 1 weergegee.

Tabel 1: Frekwensiedistribusie van die ondersoekgroep rakende enkele demografiese faktore

Veranderlike	N	%
<u>Ouderdom:</u>		
10 jaar	25	35,8
11 jaar	12	17,1
12 jaar	32	45,7
13 jaar	1	1,4
Totaal:	70	100,0
<u>Geslag:</u>		
Manlik	29	41,4
Vroulik	41	58,6
Totaal:	70	100,0
<u>Tydsverloop sedert insident plaasgevind het:</u>		
Afgelope 6 maande	12	17,1
Afgelope 7 tot 12 maande	23	32,9
Langer as 'n jaar	35	50,0
Totaal:	70	100,0
<u>Gesinsamestelling – Respondent woon by:</u>		
Biologiese ouers	23	32,9
Stiefouers	13	18,5
Pleegouers	2	2,9
Jeugsorgsentrum	32	45,7
Totaal:	70	100,0
<u>Aantal traumatiese insidente:</u>		
Enkele	19	27,1
Meer as een	51	72,9
Totaal:	70	100,0

Op grond van die inligting in Tabel 1 is dit duidelik dat die ouderdomme van die proefpersone wissel tussen 10 en 13 jaar. Die gemiddelde ouderdom van die groep is 11,1 jaar met 'n standaardafwyking van 0,93 jaar. Dogters het 'n groter deel van die groep uitgemaak as seuns. Die grootste hoeveelheid deelnemers het gerapporteer dat hulle alreeds langer as 'n jaar gelede aan trauma blootgestel was. Die meeste van die kinders was woonagtig by biologiese ouers of by die jeugsorgsentrum verbonde aan Ons Kinderhuis in Bloemfontein. Dit wil ook voorkom of die oorgrote meerderheid van die kinders aan meer as een traumatiese insident blootgestel is.

Insameling van navorsingsgegewens

Al die vraelyste wat in die ondersoek gebruik is ('n totaal van vier), is beskikbaar gestel in Afrikaans, Engels en in Suid-Sotho. Vertalings is deur geakkrediteerde vertalers gedoen en terugvertaal na Engels om die akkuraatheid van die vertalings te evalueer. Elkeen van die deelnemers is individueel getoets. Die toetsafnemer het saam met die deelnemers deur die vraelyste gewerk om sodoende enige vrae te beantwoord. Daar is ook 'n kort individuele onderhoud met elkeen van die kinders gevoer, ten einde te bepaal of daar enige simptome van posttraumatiese stresversteuring teenwoordig is. Na afloop van die studie sal terugvoer gegee word aan die betrokke maatskaplike werker ten opsigte van elke kind en die aard van die simptome waarmee die kind presenteer. Dit stel die navorsers in staat om vir die instansies belangrike terugvoer te verskaf rakende die sielkundige welstand van die deelnemers. Geeneen van die toetse behoort tot 'n kategorie wat beperkings stel ten opsigte van die opleiding en die registrasie van die toetsafnemer nie. Daar is wel van toetsafnemers gebruik gemaak wat ten minste vier jaar opleiding in Sielkunde voltooi het en wat vooraf opgelei is in die spesifieke vraelyste.

Die betrokke vraelyste wat gebruik is, is deur die maatskaplike werkers voorgelê aan die bestuurslede van die betrokke instansies en goedkeuring is verkry alvorens daar voortgegaan is met die afneem van die vraelyste. Die versekering is gegee dat die inligting as hoogs vertroulik hanteer sou word.

Navorsingsvraag

Die volgende navorsingsvrae is gestel:

- Wat is die invloed van getraumatiseerde kinders se vlak van emosionele intelligensie op die mate waartoe hulle met posttraumatiese stresssimptome presenteer?
- Verskil seuns en dogters en kinders van verskillende ouderdomme ten opsigte van posttraumatiese stresssimptome?

Meetinstrumente

Die volgende vier meetinstrumente is in die ondersoek gebruik.

- 'n Biografiese vraelys is gebruik ten einde demografiese inligting in te win, ten opsigte van die kinders se ouderdom en geslag. Ander items het gefokus op gesinsamestelling, die tydsverloop sedert die traumatiese insident, die aard van die insident, asook of die kind enige psigoterapie ontvang het na afloop van die insident.
- Die Traumasimptoom Merkllys vir Kinders (*Trauma Symptom Checklist for Children*) (Briere, 1996) bestaan uit 54 trauma-spesifieke tekens en simptome wat daarop gemik is om die sielkundige impak van traumatiese insidente op kinders te evalueer. Dit bestaan uit ses kliniese skale, naamlik Angs (ANX), Depressie (DEP), Woede (ANG), Posttraumatiese Stres (PS), Seksuele Bekommernisse (SC) en Dissosiasie (DIS). Die vraelys sluit ook twee geldigheidskale, naamlik Hiperresponsiwiteit (HYP) en Onderresponsiwiteit (UND) in. Vir die doeleindes van hierdie studie word daar slegs gebruik gemaak van die posttraumatiese stres-skaaltelling wat 'n aanduiding verskaf van klassieke posttraumatiese simptome. Die vraelys se norms is van toepassing op seuns en dogters van 8 tot 12 jaar oud. Aangesien hierdie vraelys nie spesifiek gestandaardiseer is vir die Suid-Afrikaanse populasie nie, is daar slegs van routellings gebruik gemaak in die statistiese ontledings. 'n Betroubaarheids-analise van die posttraumatiese stresskaal van die TSCC in die normatiewe steekproef het hoë interne konsekwentheid aangetoon ($\alpha = .87$) (Briere, 1996).
- Die BarOn Emosionele Intelligensievraelys vir Jeugdiges (*BarOn Emotional Quotient Inventory: Youth Version*) (Bar-On & Parker, 2000) is 'n 60-item

selfrapporteringsvraelys wat op 'n vierpuntskaal beantwoord word. Sewe subskale of dimensies word onderskei, naamlik Interpersoonlike funksioneringskaal, Intrapersoonlike aanpassingskaal, Streshanteringskaal, Aanpasbaarheidskaal, Algemene gemoedstoestandskaal, Positiewe indruk en Inkonsekwentheid. Die BarOn-i:YV vraelys is ontwerp vir die meting van emosionele intelligensie by kinders en adolessente tussen die ouderdomme van 7 tot 18 jaar. Skaal G (positiewe indruk) is aanduidend van die mate waarin die vraelys eerlik beantwoord is. Indien 'n persoon 'n telling laer as 16 op hierdie skaal behaal, is dit 'n aanduiding dat die persoon nie eerlik in sy/haar response was nie. Tydens die statistiese ontledings is daar slegs met die routellings van die respondente gewerk en nie met standaardtellings nie.

- Laastens is daar gebruik gemaak van 'n posttraumatische stresmerklys ten einde vas te stel wat die omvang van elk van die respondente se simptome is. Die merklys is deur die navorser self saamgestel en is gebaseer op die DSM-IV kriteria soos vervat in Sadock en Sadock (2003). (Sien Bylaag A).

Die interne konsekwentheid van die meetinstrumente is ondersoek alvorens die statistiese ontleding uitgevoer is. Ten einde die betroubaarheid van die vyf emosionele intelligensieskale, asook die posttraumatische stresssimptome te ondersoek, is Cronbach se α -koëffisiënt met behulp van die SPSS-programmatuur (SPSS Incorporated, 2001) bereken. Die resultate verskyn in Tabel 2.

Tabel 2: Betroubaarheid van die onderskeie subskale van die meetinstrumente

<u>Skale</u>	<u>Aantal items</u>	<u>α-koëffisiënt</u>
Posttraumatische stressimptomatologie (TSCC)	10	0,607
<u>Emosionele Intelligensie subskale: (BarOn)</u>		
Skaal A: Intrapersoonlike aanpassing	6	0,608
Skaal B: Interpersoonlike funksionering	12	0,682
Skaal C: Streshantering	12	0,533
Skaal D: Aanpasbaarheid	10	0,751
Skaal F: Algemene gemoedstoestand	14	0,485

Die koëffisiënte in Tabel 2 toon 'n gemiddelde mate van interne konsekwentheid vir die ondersoekgroep aan. Volgens Nunnally en Bernstein (1994) word koëffisiënte van 0,6 en hoër as aanvaarbaar beskou vir nie-kognitiewe konstrunkte. Skaal C (Streshantering), sowel as Skaal F (algemene gemoedstoestand) se α -koëffisiënte is dus laer as die vereiste 0,6. Gevolglik moet resultate met betrekking tot hierdie skale versigtig geïnterpreteer word.

Statistiese prosedure

Beskrywende statistiek (gemiddeldes en standaardafwykings) is vir alle skale en subskale bereken. Pearson produkmomentkorrelasies is ook bereken om die interkorrelasie tussen die verskillende veranderlikes te bereken.

Ten einde die mate waarin die variansie in posttraumatiese stresssimptome van kinders wat aan 'n traumatiese gebeurtenis blootgestel is deur emosionele intelligensie verklaar kan word, sal hiërargiese regressie-ontledings uitgevoer word. Tydens die hiërargiese regressie-ontledings is die totale variansie in posttraumatiese stresssimptome van die kinders wat deur die voorspeller veranderlikes **gesamentlik** (al vyf komponente van emosionele intelligensie) verklaar word, bepaal. Indien hierdie voorspellers gesamentlik daarin slaag om 'n beduidende persentasie van die variansie te verklaar, sal telkens een van die voorspeller veranderlikes weggelaat word om daardie spesifieke veranderlike se bydrae tot die verklaring van die variansie te bepaal. Die persentasie variansie wat deur 'n spesifieke groep veranderlikes verklaar word, word deur R^2 (gekwadreeerde meervoudige korrelasiekoëffisiënt) aangetoon.

Om egter ook uitspraak te lewer oor die **praktiese** belang van statisties beduidende resultate wat met die ondersoek gevind word, sal ook na die praktiese beduidendheid van die resultate gekyk word. As maatstaf van praktiese beduidendheid sal effekgroottes bereken word (Van der Westhuizen, Monteith & Steyn, 1989).

RESULTATE VAN DIE ONDERSOEK

Die resultate van die ondersoekgroep sal vervolgens aangebied en bespreek word.

Die beskrywende statistiek (gemiddeldes en standaardafwykings) word ten opsigte van die kriterium-, sowel as die voorspeller veranderlikes vir die ondersoekgroep in Tabel 3 aangetoon.

Tabel 3: Gemiddeldes en standaardafwykings rakende die kriterium- en voorspeller veranderlikes

<u>Veranderlike</u>	<u>Totale</u>			<u>Seuns</u>			<u>Dogters</u>		
	<u>groep</u> N=70	– X	s	N=29	– X	s	N=41	– X	s
Kriterium veranderlike:									
Posttraumatische stressimptome	70	14,94	5,05	29	14,14	5,88	41	15,51	4,37
Voorspeller veranderlike:									
<u>Skaal A:</u> Intrapersoonlike aanpassing	70	14,67	3,78	29	14,69	3,16	41	14,66	4,19
<u>Skaal B:</u> Interpersoonlike funksionering	70	35,87	5,63	29	35,72	5,02	41	35,98	6,08
<u>Skaal C:</u> Streshanterings- vaardighede	70	30,73	5,34	29	29,52	5,04	41	31,59	5,44
<u>Skaal D:</u> Aanpasbaarheid	70	27,36	6,06	29	27,62	6,36	41	27,17	5,92
<u>Skaal F:</u> Algemene gemoedstoestand	70	38,29	5,11	29	39,00	4,83	41	37,78	5,30

Die gemiddelde tellings en standaardafwykings van die ondersoekgroep wat by hierdie studie betrek is, is onderskeidelik 14,94 en 5,05. Dit wil dus voorkom of hierdie tellings hoër is as dié van die normgroep in die TSCC handleiding (Briere, 1996). Die gemiddeldes en standaardafwykings van die normgroep is onderskeidelik 'n gemiddeld

van 9,5 en 'n standaardafwyking van 5,5 vir meisies en vir seuns 'n gemiddeld van 8,6 en 'n standaardafwyking van 5,3. Die tellings van die huidige studie is ook met 'n vroeëre Suid-Afrikaanse studie (Van der Merwe, 2003) vergelyk en daar is gevind dat die ondersoekgroep van die huidige studie se tellings 'n hoër gemiddeld en standaardafwyking het. Indien daar tussen die twee geslagte onderskei sou word op grond van die twee studies, is die gemiddeldes sowel as die standaardafwykings van die huidige ondersoekgroep weer eens hoër vir beide geslagte. Met betrekking tot die individuele tellings op die posttraumatiese skaal, het 54 % van die ondersoekgroep 'n telling van 14,94 (die gemiddelde telling) en hoër behaal. Daarteenoor het 60 % van die deelnemers aan die volledige kriteria vir posttraumatiese stresversteuring voldoen volgens die posttraumatiese stresmerklus.

Met betrekking tot die BarOn subskale is dit belangrik om in gedagte te hou dat die norms nie netso op die Suid-Afrikaanse respondente toegepas kan word nie. Aangesien dit die enigste riglyn is wat beskikbaar is, is daar besluit om wel van die norms as 'n breë riglyn gebruik te maak. Die resultate moet egter met omsigtigheid geïnterpreteer word. Die gemiddeldes en standaardafwykings van die normgroep van die BarOn vraelys is vergelyk met die tellings van die huidige studie. Ten opsigte van al vyf die subskale op die BarOn vraelys het die respondente van die huidige studie laer tellings behaal. Op grond hiervan kan daar moontlik afgelei word dat die ondersoekgroep wat by die studie betrokke was, oor laer vlakke van emosionele intelligensie beskik as wat die geval was met die normgroep wat deur Bar-On en Parker (2000) gebruik is.

Resultate van die hiërargiese regressie-ontledings

Voordat die resultate vir die hiërargiese regressie-ontleding aangebied word, is die verbande tussen die voorspeller veranderlikes onderling, sowel as met die kriteriumveranderlike bereken en aangetoon. Dit is met behulp van Pearson se produkmomentkorrelasiekoëffisiënte bereken en die resultate verskyn in Tabel 4.

Tabel 4: Interkorrelasies tussen voorspeller- en kriteriumveranderlikes vir die totale ondersoekgroep

<u>Veranderlike</u>	<u>IP</u>	<u>AP</u>	<u>SH</u>	<u>PS</u>	<u>AG</u>
Posttraumatiese					
Stressimptomatologie (PS)	0,05	0,17 •	- 0,23* •	0,22 •	0,10 •
Skaal A: Intrapersoonlike Aanpassing (IP)	-	0,04	- 0,04	0,20 •	0,49** ••
Skaal B: Interpersoonlike Funksionering (AP)		-	- 0,16 •	0,62** •••	0,52** •••
Skaal C: Streshanterings- vaardighede (SH)			-	- 0,11 •	- 0,05
Skaal D: Aanpasbaarheid (PS)				-	0,70** •••
Skaal F: Algemene Gemoedstoestand (AG)					-

* $p \leq 0,05$

Effekgroottes:

• $p = 0,1$: klein effek

** $p \leq 0,01$

•• $p = 0,3$: medium effek

••• $p = 0,5$: groot effek

(Steyn, 1999).

Eerstens is dit duidelik dat slegs een van die emosionele intelligensieskale, naamlik streshanteringsvaardighede, op die 5%-peil 'n beduidende verband met die kriteriumveranderlike, naamlik *posttraumatiese stressimptome* toon. Die korrelasiekoëffisiënte tussen hierdie voorspeller- en die kriteriumveranderlike is negatief, wat daarop dui dat hoe hoër die posttraumatiese stressimptome by die kinders voorkom, hoe swakker is hul streshanteringsvaardighede. Die ooreenstemmende effekgrootte dui egter aan dat hierdie koëffisiënte van mediumgrootte is en dus van matige praktiese belang is.

Verder is dit duidelik dat algemene gemoedstoestand positief met interpersoonlike funksionering korreleer (medium effekgrootte). Algemene gemoedstoestand korreleer ook met intrapersoonlike aanpassing en aanpasbaarheid (groot effekgrootte). Al drie dié koëffisiënte is op die 1%- peil beduidend. Daar kom ook 'n beduidende positiewe verband (op die 1%- peil) tussen aanpasbaarheid en interpersoonlike funksionering voor.

Vervolgens is ondersoek ingestel na die mate waarin die voorspeller veranderlikes die variansie in die kinders se vlak van posttraumatische stresssimptome kan verklaar. Soos aangetoon in die paragraaf wat handel oor die statistiese prosedure, sal eerstens ondersoek word of die voorspellers gesamentlik daarin slaag om 'n beduidende persentasie van die variansie in posttraumatische stresssimptome te verklaar. Indien wel, sal elkeen van die voorspeller veranderlikes se unieke bydrae tot die verklaring van die variansie ondersoek word. By die regressie-ontleding is 'n R^2 -waarde van 0,1005 verkry, wat nie voldoen aan die minimum afsnypunt van 5 % beduidendheid nie. Gevolglik kan afgelei word dat die emosionele intelligensieskale gesamentlik nie daarin slaag om 'n beduidende persentasie van die variansie in posttraumatische stresssimptome van kinders wat aan 'n Tipe I of II traumatiese insident blootgestel is, verklaar nie. Gevolglik is geen verdere ontledings uitgevoer ten einde elk van die voorspellers se bydrae afsonderlik te bepaal nie.

BESPREKING

Die bevindinge van hierdie studie was dat dogters meer posttraumatische stresssimptome gerapporteer het as seuns, en dat laer vlakke van streshanteringsvaardighede verband hou met hoër vlakke van posttraumatische stresssimptome onder kinders. Die gesamentlike stel emosionele intelligensie-veranderlikes het egter nie 'n beduidende bydrae gelewer tot die verklaring van posttraumatische stressimptomatologie onder kinders nie.

Gemiddeldes en standaardafwykings is vir die ondersoekgroep bereken. Daar is gevind dat die ondersoekgroep hoër tellings op die posttraumatische skaal behaal het as die normgroep. Dit kan moontlik toegeskryf word aan die feit dat al die deelnemers in die ondersoekgroep aan traumatiese insidente blootgestel is en op grond daarvan ingesluit is

in die steekproef. Daarteenoor is dit moontlik dat nie al die individue wat deel uitgemaak het van die normatiewe steekproef aan trauma blootgestel was nie (eksperimentele groep en kontrolegroep). Hierdie bevindinge bevestig standpunte in die literatuur wat aanvoer dat Suid-Afrikaanse kinders meer trauma beleef as hul Amerikaanse eweknieë aangesien die normgroep saamgestel was uit Amerikaanse kinders (Giaconia et al., 1995; Peltzer, 1999; Seedat et al., 2000).

Volgens die literatuur ontwikkel tussen 8 en 22% van kinders wat blootgestel is aan trauma, simptome van posttraumatische stresversteuring. Met betrekking tot die ondersoekgroep van hierdie studie het 60% van die deelnemers aan die volledige DSM-IV kriteria vir posttraumatische stresversteuring voldoen volgens die posttraumatische stresmerklys wat toegepas is. Volgens die posttraumatische stresskaal van die TSCC (Briere, 1996) het die ondersoekgroep 'n gemiddelde telling van 14,94 vir posttraumatische stres behaal en 54% van die deelnemers het 'n telling van 14,94 of hoër behaal. Die diskrepans tussen die resultate van die posttraumatische stresmerklys (60%) en die posttraumatische stresskaal van die TSCC (54%) is dus relatief min. Die klein verskil in die metings kan moontlik toegeskryf word aan die moontlike kultuurverskille tussen Suid-Afrikaanse en Amerikaanse kinders en dat die meetinstrumente wat toegepas is, nie vir die Suid-Afrikaanse populasie gestandaardiseer is nie. Kultuurverskille kan ook verantwoordelik wees vir die verskillende wyses waarop traumasimptomatologie gerapporteer word en die wyse waarop die vraelyste verstaan en gevolglik beantwoord word. Die kollaterale inligting wat van die maatskaplike werkers verkry is, het aangedui dat die meeste van hierdie kinders met verskeie simptome van posttraumatische stresversteuring presenteer.

Een van die groot vraagstukke ten opsigte van traumaverwante navorsing is waarom nie alle kinders wat blootgestel word aan trauma, simptome van posttraumatische stresversteuring ontwikkel nie. In die huidige studie het 12% van die ondersoekgroep van getraumatiseerde kinders nie aan die kriteria van posttraumatische stresversteuring voldoen nie. Daar is meer in-diepte gekyk na hierdie deelnemers en daar is bevind dat

8% van die groep dogters is. Verskeie faktore kan daarvoor verantwoordelik wees dat hierdie kinders nie posttraumatische stresssimptome rapporteer nie. Die spesifieke faktore verwys na die feit dat hierdie “simptoomvrye” kinders blootgestel is aan terapie sedert die insident, meer as ‘n jaar het verloop sedert die insident plaasgevind het, en na afloop van die trauma in ‘n jeugsorgsentrum geplaas is en sodoende moontlik verwyder is van die omgewing waar die insident plaasgevind het. Dit wil dus voorkom of die voorgenoemde faktore bygedra het tot die suksesvolle wyse waarop hierdie kinders hul trauma gehanteer het. Hierdie demografiese faktore het eers na afloop van die trauma ingetree en sodoende op hierdie wyse ‘n beskermende funksie vervul.

Die bevinding dat dogters meer posttraumatische stresssimptome as seuns rapporteer kom ooreen met gegewens wat Briere rapporteer (Briere, 1996). Daar word wel aangevoer in die handleiding van Briere (1996) dat hierdie diskrepans in simptome nie beduidend is nie. In ‘n Suid-Afrikaanse studie deur Van der Merwe (2003) was die dogters se gemiddelde tellings van hul posttraumatische simptome ook hoër as dié van die seuns in die studie. Smith, Perrin, Yule, Hacam en Stuvland (2002) het hierdie verskille toegeskryf aan die geslagsverskille in die rapportering van ervarings. Aangesien die meetinstrument wat in die huidige studie gebruik is, ‘n selfrapporteringskaal is kon die subjektiewe aard daarvan die betroubaarheid van die resultate beïnvloed het.

Van der Merwe (2003) het aangedui dat dogters ‘n hoër risiko het om herhaaldelik aan trauma blootgestel word en dit kan moontlik ‘n verklaring verskaf vir hul hoër vlakke van posttraumatische simptomatologie (Giaconia et al., 1995). In die huidige studie het die dogters inderdaad meer seksuele mishandeling (oor ‘n langer periode) gerapporteer, as die seuns. ‘n Ander moontlike verklaring kan wees dat die posttraumatische stresskaal van die TSCC hoofsaaklik gebaseer is op die klassieke kriteria vir posttraumatische stresversteuring soos wat dit gebruik word vir volwassenes. Dus maak dit nie voorsiening vir die unieke belewenisse van kinders nie en gevolglik hou dit beperkings in wanneer daar met kinders en adolessente gewerk word (Armstrong & Holaday, 1993). Dit wil dus voorkom of daar steeds nie uitsluitel tussen navorsers bereik is rondom die

kwessie van geslag en die blootstelling aan trauma, sowel as kwesbaarheid vir posttraumatiese simptome nie.

Ouderdom word in die literatuur aangedui as 'n moderende faktor omdat kinders tussen die ouderdomme van 10 en 11 jaar (selfs jonger in die literatuur), meer geneig is om simptome van posttraumatiese stresversteuring te toon as ouer kinders (Barbarin et al., 2001; Van der Merwe, 2003). Dit is egter nie deur die resultate van die huidige studie ondersteun nie, aangesien daar nie 'n statisties beduidende verskil tussen die ouderdomsgroepe gevind is nie. Dit kan moontlik verklaar word deur die feit dat slegs kinders in hul middelkinderjare ingesluit is in die studie. Die kinders in die huidige ondersoekgroep is tans in dieselfde ontwikkelingsstadium met betrekking tot hul kognitiewe, sosiale- en emosionele vaardighede. Dit kan 'n moontlike verklaring verskaf waarom daar nie beduidende verskille tussen die verskillende ouderdomsgroepe opgemerk is nie.

Die bevinding ten opsigte van die beduidende negatiewe verband tussen stresshanteringsvaardighede as 'n komponent van emosionele intelligensie, en posttraumatiese stresssimptome, is konsekwent met die literatuur. Goeie stresshanteringsvaardighede lei dus tot laer vlakke van posttraumatiese stresssimptome. Aangesien die α -koëffisiënt van stresshanteringsvaardighede as subskaal van emosionele intelligensie relatief laag was, moet die resultate met omsigtigheid geïnterpreteer word. Bar-On (2000) en Swaitek (2001) het aangedui dat stresshanteringsvaardighede bydra tot die weerbaarheid en sielkundige welstand van die individu. Matthews en Zeidner (2000) het aanpasbaarheid as een van vyf faktore geïdentifiseer wat 'n individu se kanse verhoog om bevredigend aan te pas na 'n traumatiese insident. Hierdie stelling word egter nie ondersteun deur die resultate van die huidige studie nie. Aanpasbaarheid het wel 'n positiewe korrelasie met interpersoonlike funksionering getoon. Dit wil dus voorkom of 'n individu se aanpasbaarheid, wat meer spesifiek verwys na buigsaamheid, probleemoplossing en realiteitstoetsing die individu in staat stel om meer suksesvolle verhoudings te ontwikkel.

Die bevinding dat algemene gemoedstoestand (geluk, optimisme) positief korreleer met aanpasbaarheid, interpersoonlike funksionering en intrapersoonlike aanpassing stem ooreen met bevindinge van Goleman (1995) en Lewis (1999) dat 'n positiewe gemoedstoestand met beter aanpassing, suksesvolle interpersoonlike funksionering en goeie intrapersoonlike aanpassing geassosieer word. Die gesamentlike bydrae van die vyf subskale van emosionele intelligensie en geslag en ouderdom was nie statisties betekenisvol nie. Hierdie bevindinge stem nie ooreen met die literatuur ten opsigte van die rol van emosionele intelligensie nie. Verskeie navorsers dui op die beskermende funksie wat emosionele intelligensie speel in die bevordering van weerstand teen die ontwikkeling van posttraumatiese stresssimptome (Ciarrochi, 2000; Goleman, 1995; Mayer, et al., 1999).

GEVOLGTREKKING

Die belangrikste gevolgtrekking wat gemaak kan word op grond van bogenoemde resultate is dat dogters met hoër vlakke van posttraumatiese simptomatologie presenteer as seuns. Die hipotese dat emosionele intelligensie as geheel 'n betekenisvolle bydrae lewer tot die weerbaarheid van kinders teen die ontwikkeling van posttraumatiese stres is nie deur die ondersoek bevestig nie.

Daar moet in gedagte gehou word dat 'n relatiewe klein ondersoekgroep in hierdie studie gebruik is. Die meetinstrumente wat gebruik is, is nie vir die Suid-Afrikaanse populasie gestandaardiseer nie en kan gevolglik beperkinge inhou wanneer daar met hierdie populasie gewerk word. Aangesien die meetinstrumente staatmaak op die individu se rapportering van hul unieke belewenis, is dit subjektief en kon dit die betroubaarheid van die resultate beïnvloed het.

Daar is terugvoer verskaf ten opsigte van elke deelnemer se simptome ten einde die betrokke maatskaplike werker bewus te maak van die aard en omvang van hul emosionele funksionering en moontlike aanpassing. Sodoende kan die nodige stappe geneem word om die deelnemer te laat inskakel by 'n toepaslike intervensieprogram. Die

navorser het hierdeur gepoog om die studie tot so 'n mate tot die voordeel van die deelnemers, sowel as die instansies wat na hulle omsien, te laat strek.

Ander steuringsveranderlikes wat 'n rol gespeel het in die studie is die verstandelike vermoëns van die kinders, wat 'n beduidende invloed kon gehad het op hul vermoë om die vraelyste te verstaan, en gevolglik te beantwoord. Dit is egter moeilik om te bepaal of die deelnemers wel die vrae korrek verstaan het. Die tyd wat verloop het sedert die traumatiese gebeurtenis kon veroorsaak het dat die individu se herinneringe aan die insident minder akkuraat kon wees. Aangesien meeste van die inligting rondom die traumatiese insident self deur die betrokke maatskaplike werker verskaf is (om verdere traumatisering van respondente te probeer voorkom), is dit moontlik dat waardevolle inligting rondom die individu se belewenis verlore gegaan het. Die individue wat deel uitgemaak het van die ondersoekgroep is afkomstig van verskillende lewensomstandighede – sommige is woonagtig in 'n jeugsorgsentrum, ander by hul biologiese ouers, peetouers, ensovoorts, en gevolglik kon hierdie lewensomstandighede 'n belangrike rol gespeel het in die bevindinge.

Die bevindinge van hierdie ondersoek moet geïnterpreteer word met inagneming van die volgende beperkinge van die ondersoek:

- Soos reeds genoem was die aard van die meetinstrumente subjektief en eensydig aangesien daar slegs van selfrapporteringskale gebruik gemaak is. Daar is gepoog om die effek hiervan te verminder deur kollaterale inligting te verkry sover moontlik en ook deur kort kliniese onderhoude met elk van die deelnemers te voer ten einde die aard en omvang van hul simptome vas te stel.
- Die uitsluitlike fokus op emosionele intelligensie beperk die waarde van die ondersoek. Indien die ondersoek uitgebrei kon word om te fokus op meer as een intrapersoonlike faktor, sowel as interpersoonlike psigofortigene faktore, kon die waarde van dié ondersoek verhoog het.
- Die ondersoekgroep was relatief klein en het bestaan uit individue wat almal op een of ander stadium aan trauma blootgestel was of dit steeds ervaar. Aangesien

die groep se lewensomstandighede verskil (sommige woon by biologiese ouers, ander in die jeugsorgsentrum, ensovoorts), kon dit 'n betekenisvolle invloed gehad het op die resultate.

- Aangesien die ondersoekgroep 'n beskikbaarheidsteekproef was, was die betrokke groep nie verteenwoordigend van die Suid-Afrikaanse populasie van getraumatiseerde kinders nie. Daar is wel gepoog om kinders van verskillende agtergronde in te sluit in die studie.
- Die toepaslikheid van klassieke posttraumatiese streskriteria vir die ondersoekgroep word betwyfel. Verskeie navorsers het gedui op die moontlike beperkings wat hierdie kriteria kan inhou vir studies wat fokus op kinders en adolessente. Die postraumatiese stresskaal van die TSCC meet juis die klassieke posttraumatiese stressimptomatologie en kan dus moontlik tekort skiet as voldoende maatstaf van posttraumatiese stressimptome vir kinders.

AANBEVELINGS

Soos aangedui uit die literatuur, sowel as uit die resultate van die huidige studie, is dit duidelik dat daar 'n behoefte bestaan vir verdere navorsing oor alle aspekte wat verband hou met die ervaring van en weerstand teen posttraumatiese stresversteuring by Suid-Afrikaanse kinders. Aangesien meeste van die studies wat fokus op posttraumatiese stresversteuring gebaseer word op volwassenes, is daar 'n behoefte aan 'n unieke stel posttraumatiese streskriteria wat gebruik kan word wanneer daar met kinders gewerk word. Die faktore wat in hierdie studie daartoe bygedra het dat sommige kinders nie simptome van posttraumatiese stres toon nie, het eers na afloop van die trauma in werking getree. In-diepte studies wat ondersoek instel na posttrauma faktore kan ook belangrike inligting verskaf wat gebruik kan word om die effek van trauma op hierdie kinders te probeer beperk. Daarmee saam kan longitudinale studies wat oor 'n langer tydperk ondersoek instel na verskeie relevante aspekte rondom kinderjare-trauma, belangrike nuwe inligting verskaf.

As gevolg van die probleme wat ondervind is met die toepaslikheid van die meetinstrumente in die studie, sal dit nuttig wees indien hierdie vraelyste vir die Suid-

Afrikaanse populasie gestandaardiseer kan word. Verdere navorsing op die kinderpulasie kan weer eens die behoefte aan toepaslike en effektiewe intervensieprogramme uitlig om sodoende bewustheid te verhoog. Dit sal ook belangrike inligting verskaf wat gebruik kan word om die intervensieprogramme te ontwikkel. Navorsing met 'n breër fokus op intrapersoonlike faktore, is nodig om 'n verklaring te verskaf rondom die spesifieke faktore wat kinders se veerkragtigheid beïnvloed. Daar moet ook aandag geskenk word aan moderende faktore soos ras, geslag, ouderdom en sosio-ekonomiese klas, ten einde te bepaal tot watter mate hierdie aspekte 'n invloed het op kinders se belewing en rapportering van traumatiese insidente. Hierdie inligting sal dan ook 'n belangrike rol speel wanneer intervensieprogramme ontwikkel en geïmplementeer word.

BRONNELYS

Armsworth, M.W. & Holaday, M. (1993). The effects of psychological trauma on children and adolescents. *Journal of Counseling and Development*, 72, 49-56.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Barbarin, O.A., Richter, L. & De Wet, T. (2001). Exposure to violence, coping resources and psychological adjustment of South African children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(1), 16-25.

Bar-On, R. (1997). *BarOn Emotional Quotient Inventory: Technical Manual*. Toronto, ON: Multi-Health Systems Inc.

Bar-On, R. (2000). Emotional and social intelligence: Insights from the emotional quotient inventory. In R. Bar-On & D.A. Parker (Eds), *Handbook of Emotional Intelligence* (pp.363-389). San Francisco: Jossey-Bass.

Bar-On, R. & Parker, J.D.A. (2000). *BarOn Emotional Quotient Inventory: Youth Version (EQ- I:YV) Technical Manual*. Toronto, ON: Multi-Health Systems Inc.

Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.

Chan, D.W. (2003). Dimensions of emotional intelligence and their relationships with social coping among gifted adolescents in Hong Kong. *Journal of Youth and Adolescence*, 32, 409-418.

Ciarrochi, J.C., Chan, A.M.C. & Caputi, P. (2000). A critical evaluation of the emotional intelligence construct. *Personality and Individual Differences*, 28, 539-561.

Cooley, M.R., Turner, S.M. & Beidel, D.C. (1995). Assessing community violence: The children's report of exposure to violence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 201-208.

Coyne, J.C. & Gottlieb, B.H. (1996). The mismeasure of coping by checklist. *Journal of Personality*, 64, 959-991.

Dawes, A. & Donald, D. (1994). *Childhood and Adversity: Psychological Perspectives from South African Research*. Cape Town: David Philip Publishers.

Dawes, A., Tredoux, C. & Feinstein, A. (1989). Political violence in South Africa: Some effects on children of the violent destruction of their community. *International Journal of Mental Health*, 18, 16-43.

Duncan, D.F. (1996). Growing up under the gun: Children and adolescents coping with violent neighbourhoods. *Journal of Primary Prevention*, 16, 343-356.

Eisenberg, N. & Fabes, R.A. (1995). The relation of young children's vicarious emotional responding to emotional competence, regulation, and emotionality. *Cognition and Emotion*, 9, 203-228.

Ensink, K., Robertson, B.A., Zissis, C. & Leger, P. (1997). Post-traumatic stress disorder in children exposed to violence. *South African Medical Journal*, 87, 1526-1530.

Fields, L. & Prinz, R.J. (1997). Coping and adjustment during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review*, 17, 937-976.

Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.

Freitas, A.L. & Downey, G. (1998). Resilience: A dynamic perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 22, 263-285.

Garbarino, J. & Kostelny, K. (1996). The effects of political violence on Palestinian children's behavior problems: A risk accumulation model. *Child Development*, 67, 33-45.

Giaconia, R.M., Reinherz, H.Z., Silverman, A.B., Pakiz, B., Frost, A.K. & Cohen, E. (1995). Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(6), 945-951.

Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. New York: Bantam.

Govender, K. & Killian, B.J. (2001). The psychological effects of chronic violence on children living in South African townships. *South African Journal of Psychology*, 31, 1-11.

Hodes, M. (2000). Three key issues for young refugees' mental health. *Transcultural Psychiatry*, 39, 196-213.

Horn, J.L. & Trickett, P.K. (1998). Community violence and child development: A review of research. In P.K. Trickett & C. Schellenbach (Eds.). *Violence against children in the family and the community*. (pp.103-138). Washington, D.C. American Psychological Association.

Jaffe, P.G. & Baker, L.L. (1999). Why changing the YOA does not impact youth crime: developing effective prevention programs for children and adolescents. *Canadian Psychology*, 40, 30-32.

Jansen van Rensburg, J. (2001). Exposure to violence and the presence of depressive symptomatology among children in the North West province. Ongepubliseerde magisterverhandeling, Potchefstroom Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys, Potchefstroom.

Keppel-Benson, J.M., Ollendick, T.H. & Benson, M.J. (2002). Posttraumatic stress in children following motor vehicle accidents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 203-212.

Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S., Saunders, B.E. & Best, C.L. (1998). Rape, other violence against women, and posttraumatic stress disorder: Critical issues in assessing the adversity – stress- psychopathology relationship. In B.P. Dohrenwend (Ed.), *Adversity, stress, and psychopathology* (pp. 161-176). New York: Oxford University Press.

Klingman, A. (2001). Stress responses and adaptation of Israeli school-age children evacuated from homes during massive missile attacks. *Anxiety, Stress, and Coping*, 14, 149-172.

Kostelny, K. & Garbarino, J. (1994). Coping with the consequences of living in danger: The case of Palestinian children and youth. *International Journal of Behavioral Development*, 17, 595-611.

Lane, R.D. (2000). Levels of emotional awareness: Neurological, psychological, and social perspectives. In R. Bar-On & D.A. Parker (Eds), *Handbook of Emotional Intelligence* (pp. 171-192). San Francisco: Jossey-Bass.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

LePage-Lees, P. (1997). Exploring patterns of achievement and intellectual development among academically successful women from disadvantaged backgrounds. *Journal of College Student Development*, 38, 468-478.

Lewis, S. (1999). *An adult's guide to childhood trauma: Understanding traumatised children in South Africa*. Claremont, SA: David Phillip Publishers.

Martinez-Pons, M. (1998). The relation of emotional intelligence with selected areas of personal functioning. *Imagination, Cognition & Personality*, 17, 3-13.

Masten, A.S. (1994). Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity. In M.C. Wang & E. Gordon (Eds.). *Educational resilience in inner city America: Challenges and prospects* (pp. 3-25). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Matthews, G. & Zeidner, M. (2000). Emotional intelligence, adaptation to stressful encounters and health encounters. In R. Bar-On & D.A. Parker (Eds), *Handbook of Emotional Intelligence* (pp. 459-490). San Francisco: Jossey-Bass.

Mayer, J.D. & Geher, G. (1996). Emotional intelligence and the identification of emotion. *Intelligence*, 22, 189-113.

Mayer, J.D. & Salovey, P. (1993). The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence*, 17, 433-442.

Mayer, J.D., Salovey, P. & Caruso, D.R. (2000). Emotional intelligence as a zeitgeist, as personality and as a mental ability. In R. Bar-On & D.A. Parker (Eds), *Handbook of Emotional Intelligence* (pp. 92-118). San Francisco: Jossey-Bass.

McCallum, M. & Piper, W.E. (2000). Psychological mindedness and emotional intelligence. In R. Bar-On & D.A. Parker (Eds), *Handbook of Emotional Intelligence* (pp. 118-136). San Francisco: Jossey-Bass.

Mokutu, M. & Thompson, K. (2000). Working with children effected by violence: A reflection of the work of the trauma centre for survivors of violence and torture. *Southern African Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 12(1), 77-86.

Mrazek, D.A. & Mrazek, P.J. (1987). Resilience in child maltreatment victims: A conceptual exploration. *Child Abuse & Neglect*, 11, 357-366.

Müller, Y. (2000). *Adolescente se ervaring van gewelddadige episodes*. Ongepubliseerde magister-verhandeling, Potchefstroom Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys, Potchefstroom.

Nolen-Hoeksema, S. (1992). Children coping with uncontrollable stressors. *Applied and Preventative Psychiatry*, 1, 183-189.

Nunnally, J. & Bernstein, I.H. (1994). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.

Paschall, M.J. & Hubbard, M.I. (1998). Effects of neighbourhood and family stressors on African-American male adolescents' self-worth and propensity for violent behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 825-831.

Peltzer, K. (1999). Posttraumatic symptoms in a population of rural children in South Africa. *Psychological Reports*, 85, 646-650.

Punamäki, R.L., Qouta, S. & Sarraj, E.E. (1997). Models of traumatic experiences and children's psychological adjustment: The roles of perceived parenting and the children's own resources and activity. *Child Development*, 64, 718-728.

Pynoos, R.S. & Spencer, E. (1986). Witness to violence: The child interview. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25, 306-319.

Qouta, S., Punamäki, R.L. & Sarraj, E.E. (1995). The relations between traumatic experiences, activity and cognitive and emotional responses among Palestinian children. *International Journal of Psychology*, 30, 289-304.

Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.

Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119-144.

Saarni, C. (2000). Emotional competence: A developmental perspective. In R. Bar-On & D.A. Parker (Eds), *Handbook of Emotional Intelligence* (pp. 68-92). San Francisco: Jossey-Bass.

Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2003). *Synopsis of psychiatry*. (Ninth Ed.). Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia.

Scharfe, E. (2000). Development of emotional expression, understanding and regulation in infants and young children. In R. Bar-On & D.A. Parker (Eds), *Handbook of Emotional Intelligence* (pp. 244-263). San Francisco: Jossey-Bass.

Southam-Gerow, M.A. & Kendall, P.C. (2002). Emotional regulation and understanding implications for child psychopathology and therapy. *Clinical Psychology Review*, 22, 189-222.

Seedat, S., Van Nood, E., Vythlingum, B., Stein, D.J. & Kaminer, D. (2000). School survey of exposure to violence and posttraumatic stress symptoms in adolescents. *Southern African Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 12(1), 38-44.

Smith, P., Perrin, S., Yule, W., Hacam, B. & Stuvland, R. (2002). War exposure among children from Bosnia-Herzegovina: Psychological adjustment in a community sample. *Journal of Traumatic Stress*, 15(2), 147-156.

SAS Institute (2003). *SAS user's guide: Version 12.0*. New York: Author.

SPSS Incorporated (2001). *SPSS user's guide: Version 12.0*. New York: Author.

Steyn, H.S. (1999). *Praktiese beduidendheid: Die gebruik van effekgroottes*. Potchefstroom: Publikasiebeheer Komitee, Potchefstroom Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys, Potchefstroom.

Swiatek, M.A. (2001). Social coping among gifted high school students and its relationship to self-concept. *Journal of Youth and Adolescence*, 30, 19-30.

Terr, L. (1991). Childhood Traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20.

Thompson, R.A. & Calkins, S.D. (1996). The double-edged sword: Emotional regulation for children at risk. *Development and Psychopathology*, 8, 163-182.

Van der Merwe, J.S. (2003). *Die verband tussen interpersoonlike fortaliteit en weerstand teen posttraumatische stresssimptome by kinders*. Ongepubliseerde magisterverhandeling, Bloemfontein: Universiteit van die Vrystaat.

Van der Westhuizen, G.J., Monteith, J.L de K. & Steyn, H.S. (1989) Relative of different sets of variables to the prediction of the academic achievement of black students. *South African Journal of Education*, 9(4), 769-773.

Wallin, J. & Rubin, R.H. (1997). The role of the family in mediating the effects of community violence on children. *Aggression and Violent Behavior*, 2, 33-41.

BYLAAG A:

PTSD Checklist

Alhoewel die betrokke voorbeeld in Engels verskyn, is dit met behulp van die psigometriste aan elke kind verduidelik.

- Have you experienced or witnessed a life-threatening event that caused intense fear, helplessness or horror? Yes No

Do you re-experience the event in at least one of the following ways?

- Repeated, distressing memories and/or dreams? Yes No
- Acting or feeling as if the event were happening again (flashbacks or a sense of reliving it)? Yes No
- Intense physical and/or emotional distress when you are exposed to things that reminds you of the event? Yes No

Do you avoid reminders of the event and feel numb, compared to the way you felt before, in three or more of the following ways:

- Avoiding thoughts, feelings, or conversations about it? Yes No
- Avoiding activities, places, or people who remind you of it? Yes No
- Inability to remember important parts of what happened? Yes No
- Losing interest in significant activities in your life? Yes No
- Feeling detached from other people? Yes No
- Feeling that your range of emotions is restricted? Yes No
- Sensing that your future has shrunk Yes No

Are you troubled by two or more of the following:

- Problems sleeping? Yes No
- Irritability or outbursts of anger? Yes No
- Problems concentrating? Yes No
- Feeling “on guard”? Yes No
- Do you startle easily? Yes No