

- 6 138 550 37

U.O.V.S. BIBLIOTEK

o' at T

HIERDIE EKSEMPLAAR MAG ONDER
GEEN OMSTANDIGHEDE UIT DIE
BIBLIOTEK VERWYDER WORD NIE

University Free State



34300000465280

Universiteit Vrystaat

**DIE VOORKOMING VAN POST-TRAUMATIESE STRES:
DIE EVALUERING VAN 'N ONTLONTINGSPROGRAM**

deur

SONET JANSEN VAN VUUREN

Verhandeling voorgelê ter gedeeltelike vervulling van die graad

**MAGISTER SOCIETATIS SCIENTIAE
(KLINIESE SIELKUNDE)**

in die

**FAKULTEIT GEESTESWETENSKAPPE
DEPARTEMENT SIELKUNDE**

aan die

UNIVERSITEIT VAN DIE ORANJE-VRYSTAAT

Studieleier: Mnr. D.C. Odendaal

November 2000

Universiteit van die
Oranje-Vrystaat
BLOEMFONTEIN

3 1 MAY 2001

UOVS SASOL BIBLIOTHEK

Ek verklaar dat die verhandeling wat hierby vir die Magister Societatis Scientiae aan die Universiteit van die Oranje-Vrystaat deur my ingedien word, my selfstandige werk is en nie voorheen deur my vir 'n graad aan 'n ander universiteit/fakulteit ingedien is nie.

Ek doen voorts afstand van outeursreg op die verhandeling ten gunste van die Universiteit van die Oranje-Vrystaat.



.....
Sonet Jansen van Vuuren

San my ouers

ERKENNINGS EN DANKBETUIGINGS

My opregte dank en waardering aan die volgende persone:

- My Skepper, vir krag, liefde en wysheid deur jare van studie.
- Mnr Dirk Odendaal, vir sy bekwame leiding, ondersteuning en aanmoediging.
- Mev Letitia Jacobs, vir taalkundige en tegniese versorging.
- Dr Karel Esterhuyse, vir sy verwerking van die statistiese gegewens.
- My ouers, vir hul gebede, finansiële hulp en ondersteuning gedurende my studieloopbaan.
- Neil, vir sy raad, hulp, aanmoediging en geduld.

INHOUDSOPGAWE

	Bladsye
HOOFSTUK 1 : ALGEMENE INLEIDING	1
1.1 INLEIDING	1
1.2 DOEL VAN DIE STUDIE	3
1.3 NAVORSINGSPROBLEEM EN –HIPOTESES	4
1.4 VERLOOP VAN DIE STUDIE	4
HOOFSTUK 2 : POST-TRAUMATIESE STRESVERSTEURING	6
2.1 INLEIDING	6
2.2 ETIOLOGIE	7
2.2.1 Presipiterende faktore	8
2.2.2 Biologiese basis van Post-traumatiese stresversteuring	9
2.2.2.1 <i>Genetiese faktore</i>	9
2.2.2.2 <i>Biochemiese faktore</i>	9
2.2.2.3 <i>Neurobiologiese faktore</i>	10
2.2.3 Psigodinamiese faktore	10
2.2.3.1 <i>Kognitiewe model</i>	10
2.2.3.2 <i>Gedragmodel</i>	11
2.2.3.3 <i>Psigo-analitiese model</i>	11
2.2.3.4 <i>Persoonlikheidsteorie</i>	11

2.2.4	Sosiale en kulturele faktore	12
2.3	EPIDEMIOLOGIE, VERLOOP EN UITKOMS	13
2.4	SIMPTOME VAN POST-TRAUMATIESE STRESVERSTEURING	16
2.4.1	Indringing	17
2.4.2	Vermyding	18
2.4.3	Verhoogde opwekking	19
2.5	DIAGNOSTIESE KRITERIA	20
2.6	DIFFERENSIËLE DIAGNOSE	22
2.7	KOMORBIDITEIT	23
2.8	SAMEVATTING	25
	HOOFSTUK 3 : TRAUMA	27
3.1	INLEIDING	27
3.2	DEFINIËRING VAN TRAUMA	28
3.3	VOORKOMS VAN TRAUMA	29
3.4	TRAUMA AS GEVOLG VAN MISDAAD	32
3.4.1	Aanranding	34
3.4.1.1	<i>Algemeen</i>	34
3.4.1.2	<i>Voorkoms van aanranding</i>	34
3.4.1.3	<i>Impak van aanranding</i>	35

3.4.2	Verkragting	35
3.4.2.1	<i>Algemeen</i>	35
3.4.2.2	<i>Voorkoms van verkragting</i>	36
3.4.2.3	<i>Impak van verkragting</i>	37
3.4.3	Moord	38
3.4.3.1	<i>Algemeen</i>	38
3.4.3.2	<i>Voorkoms van moord</i>	38
3.4.3.3	<i>Impak van moord</i>	39
3.5	TRAUMA-INTERVENSIE	39
3.5.1	Kritiese insident spanningsontlonting	41
3.5.1.1	<i>Ontlonting op of naby die toneel</i>	41
3.5.1.2	<i>Aanvanklike ontlonting</i>	41
3.5.1.3	<i>Formele CISD-groep</i>	42
3.5.1.4	<i>Opvolg CISD-groepsessie</i>	44
3.6	KOSTE VAN TRAUMA	44
3.7	SAMEVATTING	45
	HOOFSTUK 4 : BEHANDELING VAN PTSV	47
4.1	INLEIDING	47
4.2	PSIGOTERAPEUTIESE TEGNIEKE	48
4.2.1	Kognitiewe gedragsterapie	48
4.2.1.1	<i>Opleiding</i>	49

4.2.1.2	<i>Blootstellingsterapie</i>	49
4.2.1.3	<i>Streshanteringsprogramme</i>	51
4.2.1.4	<i>Desensitisering</i>	51
4.2.2	Kognitiewe terapie	52
4.2.3	Korttermyn terapie	53
4.2.4	Routerapie	54
4.2.5	Groep terapie	55
4.2.6	Psigo-analise	56
4.2.7	Oogbeweging desensitisering herprosessering	57
4.2.8	Ander tegnieke	57
4.3	EFFEKTIWITEIT VAN PSIGOTERAPIE	58
4.4	SAMEVATTING	59
HOOFSTUK 5 : METODE VAN ONDERSOEK		61
5.1	INLEIDING	61
5.2	TIPE NAVORSING	61
5.3	NAVORSINGSONTWERP	62
5.4	SAMESTELLING VAN ONDERSOEKGROEP	62
5.5	VERANDERLIKES	63
5.5.1	Onafhanklike veranderlike	63
5.5.1.1	<i>Kriterium A</i>	63
5.5.1.2	<i>Kriteria B, C en D</i>	64
5.5.1.3	<i>Kriterium E</i>	64
5.5.1.4	<i>Kriterium F</i>	64

5.5.2	Afhanklike veranderlikes	65
5.6	MEETINSTRUMENT	70
5.7	HIPOTESEFORMULERING	70
5.8	DIE STATISTIESE TEGNIEK	71
5.9	SAMEVATTING	72
HOOFSTUK 6 : AANBIEDING EN BESPREKING VAN RESULTATE		73
6.1	INLEIDING	73
6.2	RESULTATE	73
6.2.1	Betrokkenheid by trauma	77
6.2.2	Tydsduur van intervensie	78
6.3	OPSOMMING VAN RESULTATE	80
6.4	LEEMTES IN DIE STUDIE	81
6.5	LEEMTES IN DIE TRAUMA-INTERVENSIEPROGRAM	82
6.6	AANBEVELINGS VIR VERDERE STUDIE	82
OPSOMMING		84
SUMMARY		86

BRONNELYS	88
LYS VAN TABELLE	vii
LYS VAN FIGURE	viii
BYLAE A VRAELYS TER BEPALING VAN POST-TRAUMATIESE STRESSIMPTOME	

LYS VAN TABELLE

	Bladsy	
Tabel 2.1	Kondisionele risiko van Post-Traumatiese Stresversteuring geassosieer met spesifieke tipes trauma in die Verenigde State van Amerika	14
Tabel 2.2	PTSV en lewenslange voorkoms van komorbiditeit	24
Tabel 3.1	Spesifieke misdaad per 100 000 van die populasie vir die onderskeie provinsies gedurende November 1999 tot Januarie 2000	33
Tabel 5.1	Frekwensieverdeling van ondersoekgroep rakende die biografiese veranderlikes	66
Tabel 5.2	Frekwensiedistribusie van ondersoekgroep rakende die tipe trauma en hul betrokkenheid daarby	68
Tabel 5.3	Frekwensiedistribusie van ondersoekgroep rakende hul ervaring van die terapeutiese ingreep	69
Tabel 6.1	Frekwensieverdeling van ondersoekgroep volgens onafhanlike veranderlike	74
Tabel 6.2	Chi-kwadraatwaardes vir die toets van verskille in biografiese inligting, tipe en betrokkenheid by trauma en ervaring van terapeutiese ingreep tussen diegene met PTSD en die daarsonder.	76
Tabel 6.3	T-toetswaardes van die toets van verskille in ouderdom tussen diegene met PTSD en die daarsonder	77

Tabel 6.4	Kruistabulering van groep ten opsigte van hul betrokkenheid by die traumatiese voorval	77
Tabel 6.5	Kruistabulering van groep ten opsigte van die tydsduur van die intervensie	79

LYS VAN FIGURE

Figuur 3.1	Lewenslange voorkoms van trauma	30
Figuur 4.1	Persentasie pasiënte wat goeie eindstaatfunksionering verkry het	59

HOOFSTUK 1

ALGEMENE INLEIDING

1.1 INLEIDING

Post-traumatische stresversteuring (PTSV) word gedefinieer as 'n versteuring met tipiese simptome wat ontwikkel nadat 'n persoon 'n traumatiese gebeurtenis aanskou het, daarvan gehoor het, of daarby betrokke was (APA, 1994).

Alhoewel PTSV 'n lang geskiedenis het, is dit vir die eerste keer in 1980 as 'n versteuring beskryf met die publikasie van die DSM-III (APA, 1980). Volpe (1996) meld dat traumatiese ervarings en die gevolg daarvan nie 'n nuwe verskynsel is nie, en dat post-traumatische reaksies reeds in die 16de eeu V.C. voorgekom het. Butler (1997) is van mening dat die diagnose van PTSV ter bevestiging dien dat trauma langtermyn effekte op 'n individu kan hê.

Die diagnose van PTSV word in 'n breë sin gemaak vir die ontwikkeling van verskeie affektiewe, kognitiewe, gedrags- en identiteitsreaksies op 'n verskeidenheid traumatiese gebeurtenisse (Bursztajn, Joshi, Sutherland & Tomb, 1995).

As gevolg van die hoë misdaadsyfer in Suid-Afrika (van die hoogste in die wêreld), kan daar verwag word dat baie van die publiek aan traumatiese

gebeure blootgestel word. Butler (1997) meld dat ongeveer drie uit elke vier persone in hul lewe blootgestel word aan ten minste een traumatiese gebeurtenis. Ernstige en langtermyn emosionele versteurings kan ontstaan na 'n verskeidenheid traumatiese ervarings (Barlow & Durand, 1995). Daar is al gevind dat PTSV voorkom as gevolg van oorlog, marteling en politieke geweld in gemeenskappe. Dit kom egter ook voor weens 'n wye verskeidenheid ander stressore, insluitend: verkragting, bloedskande, mishandeling, ander misdaad en natuurlike rampe (Simpson, 1992).

PTSV is een van die versteurings waarvan 'n bepaalde aspek van die etiologie (blootstelling aan trauma) bekend is (Barlow & Durand, 1995). Blootstelling aan 'n traumatiese gebeurtenis is noodsaaklik in die ontwikkeling van PTSV (McFarlane, 2000). Dit is egter ook waar dat nie alle mense wat aan 'n traumatiese gebeurtenis blootgestel is, PTSV ontwikkel nie. Sommige individue kan blootgestel word aan baie ernstige trauma waarna psigologies geen probleme ondervind word nie, terwyl selfs 'n relatief minder ernstige trauma genoegsaam kan wees om in ander gevalle 'n psigologiese versteuring te veroorsaak (Barlow & Durand). Faktore soos 'n persoon se individuele eienskappe, sy of haar persepsie van die gebeurtenis en die benutting van ondersteuning ná afloop van die traumatiese gebeurtenis, het ook 'n invloed op die ontwikkeling van PTSV (Sue, Sue & Sue, 1994; Barlow & Durand).

PTSV hoef dus nie gesien te word as 'n onvermydelike gevolg van trauma nie, maar eerder as 'n patologiese reaksie tot trauma (Allan, La Grange, Niehaus, Scheurkogel & Stein, 1998).

PTSV is vroeër gesien as 'n versteuring wat relatief min voorgekom het (Simpson, 1992). Bursztajn et al. (1995) meld egter dat PTSV tans as een van die mees algemene psigiatriese versteurings beskou word. Volgens die APA (1994) en Kaplan en Sadock (1998) is die verwagte voorkomssyfer van PTSV, in gevalle waar 'n persoon blootgestel is aan erge trauma, meer as 75%. Dit is dan ook duidelik dat 'n groter bewustheid van PTSV en strategieë om die

versteuring te voorkom van waarde sal wees vir die terapeut (Peterson, Prout & Schwarz, 1991).

Volgens Barlow en Durand (1995), blyk dit dat hoe groter die sosiale ondersteuningsnetwerk is, hoe kleiner is die kans om PTSV te ontwikkel. Pretorius en Van Rensburg (1998), Jefferson (1999) en Lerner (1997) noem dat intervensie onmiddellik na 'n psigologiese trauma die ontwikkeling van kroniese psigiatriese komplikasies, insluitent PTSV, kan voorkom. Turnbull (1998) en Jefferson noem ook dat die kanse vir die ontwikkeling van PTSV groter is in die afwesigheid van onmiddellike bystand om die oorweldigende emosionele trauma te hanteer.

Sonder behandeling kan PTSV vir jare voortduur. Ernstige trauma kan lei tot duidelik sigbare effekte in persone wat trauma oorleef het, hul kinders en selfs hul kleinkinders (Simpson, 1992; Friedman, 1997a). Solomon en Davidson (1997) meld dat 'n korter gemiddelde duur van simptome (3 jaar) by persone voorkom wat professionele behandeling vir PTSV ontvang het, in vergelyking met (5 jaar) by persone wat nie behandeling ontvang het nie. Volpe (1996) is van mening dat kennis rondom traumatiese stres - hoe dit ontwikkel, manifesteer en die lewens van persone met die versteuring affekteer - die eerste stap is in die rigting van die assessering en behandeling van PTSV.

1.2 DOEL VAN DIE STUDIE

Die doel van hierdie studie is tweeledig. Eerstens, om die doeltreffendheid van die intervensieprogram te bepaal, deur die voorkoms van PTSV by slagoffers van trauma wat die intervensieprogram deurloop het te bepaal. Tweedens word daar gepoog om vas te stel of daar enige eienskappe van die persoon, trauma of intervensie is wat in verband gebring kan word met die voorkoms, of afwesigheid van PTSV.

1.3 NAVORSINGSPROBLEEM EN –HIPOTEESES

Die Navorsingsprobleem in hierdie studie is om die effektiwiteit van die intervensieprogram in die voorkoming van die ontwikkeling van PTSV simptome, waar individue aan trauma blootgestel is en intervensie ontvang het, te bepaal. Daarbenewens word ondersoek ingestel na die moontlike ontwikkeling van PTSV by die persone wat aan beide trauma en die intervensieprogram blootgestel is. Vir diegene wat wel PTSV ontwikkel word daar verder ondersoek ingestel na moontlike veranderlikes wat die effektiwiteit van die program kon beïnvloed.

- **Demografiese besonderhede:** Geslag, ouderdom, ras, huwelikstatus, huistaal, werkstatus, opvoedkundige kwalifikasies, tipe trauma en betrokkenheid by trauma.
- **Tipe trauma en betrokkenheid daarby:** Motorongeluk, fisiese aanval, selfmoordpoging, selfmoord, verkragting, skietvoorval, moord, gewapende roof, motorfietsongeluk, inbraak en ander (ongespesifiseerd). Gepaardgaande met die individu se betrokkenheid, waarvan slagoffer, ooggetuie, familie van slagoffer en vriend van slagoffer die alternatiewe is.
- **Intervensie eienskappe:** Onmiddellikheid van intervensie, mate van opvolg, duur van gesprek, vorm wat intervensie aangeneem het en plek van intervensie.

1.4 VERLOOP VAN DIE STUDIE

Die studie word in twee dele verdeel naamlik die literatuuroorsig en die empiriese gedeelte. In die literatuuroorsig sal daar gepoog word om aan die hand van bestaande literatuur en navorsingsbevindinge die empiriese gedeelte teoreties te begrond.

In die eerste afdeling van die literatuurstudie word PTSD bespreek, daarna literatuur rakende trauma en krisisintervensie, voordat die afdeling afgesluit word met verskeie terapeutiese raamwerke vir die behandeling van PTSD.

In die tweede gedeelte, die empiriese gedeelte, word die metodologie van die studie bespreek. Die metode van data-insameling, die verwerking van resultate, asook die navorsingsbevindinge word hier bespreek. Die studie word afgesluit deur die bespreking van leemtes in die navorsing en aanbevelings vir verdere studie.

HOOFSTUK 2

POST-TRAUMATIESE STRESVERSTEURING

2.1 INLEIDING

Die diagnose van post-traumatiese stresversteuring (PTSV) word in 'n breë sin gemaak op die ontwikkeling van verskeie affektiewe, kognitiewe, gedrags- en identiteitsreaksies met betrekking tot 'n verskeidenheid traumatiese gebeurtenisse (Bursztajn et al. 1995). In die DSM-IV (APA, 1994), word PTSV gedefinieer as 'n versteuring met tipiese simptome wat ontwikkel nadat 'n persoon 'n traumatiese gebeurtenis aanskou het, daarvan gehoor het, of daarby betrokke was. Ook die intensiteit van die simptome varieer dikwels. Pretorius & Van Rensburg (1998) is van mening dat persone ook kan presenteer met non-spesifieke stressimptome.

Friedman (1997b) beskryf PTSV as 'n baie komplekse versteuring veral as die etiologie, psigobiologie, epidemiologie, komorbiditeit en behandeling daarvan in aanmerking geneem word. Hy meen dat PTSV moontlik al die neurobiologiese en psigologiese meganismes, wat ontwikkel is vir suksesvolle mededinging, aanpassing en oorlewing van organismes, betrek.

PTSV is die enigste versteuring waarvan die simptome direk verband hou met die psigososiale gebeurtenis wat dit voorgegaan het (Mollica & Caspi-Yavin, 1992). Dit is veral duidelik as die oorsprong en ontwikkeling van die term

PTSV in aanmerking geneem word. As gevolg van die teenwoordigheid van kardiologiese simptome by soldate, was "*Soldiers heart*" die naam van 'n sindroom, soortgelyk aan PTSD, gedurende die Amerikaanse Burgeroorlog. Tydens die Eerste Wêreldoorlog, was die sindroom "bomskok" genoem. Hierdie benaming was gegrond op die hipotese dat die sindroom die gevolg is van breintrauma, veroorsaak deur die bomontploffings. Simptome aanwesig by veterane van die Tweede Wêreldoorlog, oorlewendes van Nazi-konsentrasiekampe en die atoombom in Japan het bekend gestaan as "*combat neurosis*" of "*operational fatigue*". Die psigiatriese morbiditeit geassosieer met die veterane van die Viëtnamese oorlog het uiteindelik tot die konsep van PTSD, soos ons dit vandag ken, gelei (Kaplan & Sadock, 1997; Medley, 1996). Alloy, Acocella en Bootzin (1996) is van mening dat een sambreelterm vir al die bogenoemde simptome nie gewens is nie, aangesien die reaksies van slagoffers so uiteenlopend is. Afgesien van die uiteenlopende manifestering van die simptome beskryf die DSM-III (APA, 1980) al die bogenoemde versteurings as PTSD.

2.2 ETIOLOGIE

PTSD is waarskynlik die enigste versteuring waarvan die etiologie bekend is. Na persoonlike blootstelling aan 'n traumatiese gebeurtenis, kán die versteuring ontwikkel. Of die persoon PTSD ontwikkel of nie, is onderhewig aan verskeie biologiese, psigodinamiese, sosiale en kulturele faktore (Barlow & Durand, 1995). Yehuda (1999a) meen dat dit noodsaaklik is om die faktore wat tot die ontwikkeling van PTSD bydra uit te lig, veral as in ag geneem word dat slegs 'n gedeelte van traumaslagoffers uiteindelik PTSD ontwikkel.

Beyers en Novello (1997) meld dat die aanwesigheid van PTSD by slagoffers van 'n traumatiese gebeurtenis nie direk verband hou met die hoeveelheid, of graad van spanningsvolle gebeure nie. Emmelkamp en Van Oppen (1994) meen egter dat die hoeveelheid blootstelling aan die trauma, die duur van die traumatiese gebeurtenis en die mate van gevaar wat die trauma inhou, wel direk verband hou met die ernstigheid van die versteuring. 'n Komplekse

interaksie van 'n wye verskeidenheid veranderlikes, beide pre- en post-traumaties, bepaal die respons van 'n spesifieke individu op 'n sekere traumatiese gebeurtenis. Individuele verskille (soos persoonlikheid), trauma veranderlikes (soos die aard, ernstigheid, onvoorspelbaarheid en duur daarvan) en omgewingsveranderlikes (soos die sosiale ondersteuning na die trauma) tree in wisselwerking om die uiteindelijke effek van die trauma te bepaal (Allan, et al., 1998).

Die slagoffer se persoonlike, biologiese en psigologiese weerbaarheid speel 'n definitiewe rol in sy/haar reaksie op die gebeure. Hoe groter die kwesbaarheid by die persoon is, hoe groter is die kans om PTSS te ontwikkel (Barlow & Durand, 1995).

2.2.1 Presipiterende faktore

Blootstelling aan 'n traumatiese gebeurtenis blyk noodsaaklik te wees in die ontwikkeling van PTSS (Barlow & Durand, 1995; McFarlane, 2000). Volgens sowel Pretorius en Van Rensburg (1998) as Bursztajn et al. (1995), is hierdie blootstelling die belangrikste oorsaaklike faktor in die ontwikkeling van PTSS. Hierdie outeurs meld selfs dat die versteuring nie in die afwesigheid hiervan kan ontwikkel nie. 'n Diagnose van PTSS kan nie gemaak word indien daar nie aan kriteria A van die versteuring voldoen word nie (Friedman, 1997a). Hierdie kriteria lui soos volg:

Blootstelling aan 'n traumatiese gebeurtenis waar beide die volgende teenwoordig was:

- 1) Die persoon het 'n gebeurtenis of gebeure wat werklike dood (of die moontlikheid daarvan), of ernstige beserings, of die bedreiging van fisiese integriteit van homself/haarself op ander ingesluit het, beleef.
- 2) Die persoon se respons op die gebeure het intense vrees, hulpeloosheid of afgryse ingesluit.

Emmelkamp en Van Oppen (1994) verduidelik dat, alhoewel blootstelling aan 'n traumatiese gebeurtenis deel uitmaak van die diagnostiese kriteria van PTSV, dit alleen nie so 'n diagnose regverdig nie.

2.2.2 Biologiese basis van Post-traumatiese stresversteuring

2.2.2.1 Genetiese faktore

Tweelingstudies het getoon dat oorerflikheid wel 'n invloed het op die uiteindelijke ontwikkeling van PTSV simptomatologie. Sommige persone het dus 'n genetiese predisposisie tot die ontwikkeling hiervan (Allan et al., 1998). In 'n onlangse studie van die volwasse kinders van "Holocaust"-oorlewendes, is daar 'n verhoogde voorkoms van PTSV gevind, in die afwesigheid van verhoogde traumablootstelling. Hierdie resultate kan moontlik die genetiese predisposisie tot die ontwikkeling van PTSV ondersteun (Yehuda, 1999a). Barlow en Durand (1995) voeg by dat daar in die geval van 'n familiële geskiedenis van angsversteurings 'n groter moontlikheid tot die ontwikkeling van PTSV bestaan.

2.2.2.2 Biochemiese faktore

Simpson noem reeds in 1992 dat daar duidelike bewyse bestaan dat, alhoewel trauma 'n psigologiese oorsprong het, dit ook bepaalde chemiese veranderinge in die brein tot gevolg het. Die liggaam maak gebruik van verskeie hormone, soos adrenalien, gedurende 'n trauma, moontlik as deel van die oorlewingsmeganisme (Larkin, 1999), wat egter daartoe kan lei dat herinneringe rondom die trauma versterk. Turnbull (1998) noem ook dat hormone en neuro-oordragstowwe vrygestel word tydens blootstelling aan spanning, wat 'n rol in die prosessering en herroeping van herinneringe rondom die trauma speel.

2.2.2.3 *Neurobiologiese faktore*

Larkin (1999) noem dat die persepsie voorheen bestaan het dat veranderinge in breinstruktuur slegs kon plaasvind as gevolg van siektes of kongenitale defekte. 'n Nuwe hipotese word egter aangehang, naamlik dat veranderinge in breinstruktuur ook kan voorkom as gevolg van iets wat 'n persoon sien, voel of ervaar. Friedman het reeds in 1997 gemeld dat navorsing PTSS met stabiele neurobiologiese veranderinge in beide die sentrale en outonome sensuweestelsels assosieer (Friedman, 1997b). Butler (1997) voeg by dat neurowetenskaplikes nie net besig is om PTSS-simptomatologie met veranderinge in die chemiese samestelling van die brein in verband te bring nie, maar dat die struktuur van die brein selfs kan verander as gevolg van die reaksie op blootstelling aan 'n traumatiese gebeurtenis.

Nutt (2000) noem dat bogenoemde biologiese veranderinge gemanifesteer word as simptome, soos verhoogde opwekking en terugflitse, wat met PTSS geassosieer word. McFarlane (2000) meen dat PTSS moontlik 'n versteuring is waar daar óf 'n afwesigheid van die resolusie van die akute stresrespons was, óf dat onderliggende neurobiologiese sisteme na trauma onstabiel gebly het.

Indien al bogenoemde feite in aanmerking geneem word, is dit duidelik dat alhoewel PTSS 'n psigiatriese versteuring is, daar duidelike aanduiding is van die biologiese basis van die versteuring. Alhoewel die ontwikkeling van PTSS slegs gedeeltelik aan die hand van genetiese, biochemiese en neurobiologiese faktore verklaar kan word, is die effek van die versteuring duidelik op al drie hierdie gebiede.

2.2.3 **Psigodinamiese faktore**

2.2.3.1 *Kognitiewe model*

Die kognitiewe model gaan van die veronderstelling uit dat persone met PTSS nie in staat is om die trauma te prosesseer of te rasionaliseer nie. Daar is 'n

voortdurende beleving van spanning wat met die trauma geassosieer word, en pogings om herbeleving daarvan te vermy. Daar bestaan wisselende periodes by die persone waar daar beweeg word tussen die erkenning en blokkering van die gebeurtenis (Kaplan & Sadock, 1997). Kognitiewe teoretici voorspel dat hoe groter die gevoel van hulpeloosheid tydens die trauma, hoe groter die kwesbaarheid van die persoon tot die ontwikkeling van langtermyn psigiatriese versteurings (Alloy et al., 1996).

2.2.3.2 *Gedragsmodel*

Volgens die gedragsmodel bestaan daar twee fases in die ontwikkeling van PTSV. Eerstens word die traumatiese gebeurtenis (die ongekondisioneerde stimulus) afgepaar deur klassieke kondisionering met 'n gekondisioneerde stimulus (fisiese of psigiese herinneringe van die trauma). Tweedens ontwikkel persone deur instrumentele leer 'n patroon van vermyding van beide die gekondisioneerde en ongekondisioneerde stimulus (Kaplan & Sadock, 1997).

2.2.3.3 *Psigoanalitiese model*

Hierdie model stel voor dat die traumatiese gebeurtenis 'n onopgeloste konflik heraktiveer. Die oplewing van die trauma van die kindertyd veroorsaak regressie, en die gebruik van verdedigingsmeganismes. Versterking kan in sekere gevalle voorkom as gevolg van sekondêre gewin (Kaplan & Sadock, 1997).

2.2.3.4 *Persoonlikheidsteorie*

Die ontwikkeling van persoonlikheid word gesien as 'n relatiewe langdurige gedragpatroon, wat oor die leeftyd van die individu vasgelê word. Daar is ook geen twyfel dat persoonlikheid die vermoë en hanteringsmeganismes verskaf wat nodig, en voordelig kan wees by die bepaling van die manier waarop 'n individu wat aan trauma blootgestel is, dit prosessee en daarby aanpas nie (Miller, 1992).

Die moontlikheid dat persoonlikheidsversteurings geassosieer kan word met PTSV, is ook al bespreek. Een van die teorieë wat aangehang word is die feit dat patologie in 'n persoon se karakter kan lei tot 'n predisposisie vir die ontwikkeling van PTSV (Miller, 1992). Allan et al. (1998) meen dat persone wat angstig en afhanklik is, nie hulself laat geld nie en dit moeilik vind om gemaklik in nuwe situasies aan te pas, gewoonlik meer vatbaar is vir die ontwikkeling van PTSV. Alloy et al. (1996) meld ook dat 'n persoon se psigologiese sterkte voor die trauma 'n bepalende rol speel in die ontwikkeling van PTSV.

2.2.4 Sosiale en kulturele faktore

Indien 'n persoon sosiale ondersteuning gebied word na blootstelling aan 'n traumatiese insident, verminder die kans dat hy/sy PTSV sal ontwikkel (Barlow & Durand, 1995). McGorry (1998) noem ook dat daar individuele verskille bestaan in die manier waarop persone ekstreme situasies hanteer, en dat kulturele faktore ook bydra tot die vorming van individuele response.

Allan et al. (1998) en Long (1992) noem dat persone met 'n geskiedenis van sielkundige of psigiatriese behandeling 'n groter kans het om PTSV te ontwikkel, as persone daarsonder. Bursztajn et al. (1995) en Yehuda (1999a) voeg by dat nie net 'n geskiedenis van vorige psigiatriese toestande nie, maar ook jeugdigheid, ondergemiddelde intellektuele vermoë, beperkte hanteringsmeganismes, familiële disfunksie en onvoldoende sosiale ondersteuning tot 'n hoër risiko by die ontwikkeling van PTSV aanleiding gee. Alloy et al. (1996) het op sy beurt gevind dat daar by vroue, persone onder die ouderdom van vyf en veertig en swart persone 'n groter risiko bestaan vir die ontwikkeling van hierdie toestand. Alhoewel PTSV op enige ouderdom kan voorkom, is dit as gevolg van die aard van presipiterende faktore meer algemeen tydens jong volwasseheid. Die versteuring kom in meer gevalle voor by enkel, geskeide, wedustaat en sosiaal onttrekte persone asook diegene in lae sosio-ekonomiese groepe (Kaplan & Sadock, 1997). Bursztajn

et al. noem ook dat PTSV meer gereedelik voorkom by persone wat glo dat hulle ten tyde van die trauma in 'n veilige plek was.

In die voorafgaande literatuur is daar verwys na verskeie faktore wat tot die ontwikkeling van PTSV kan bydra. Aan die hand hiervan word daar egter gesien dat 'n komplekse interaksie tussen verskeie faktore vir die ontwikkeling van PTSV bestaan. Dit sal moeilik, indien nie onmoontlik nie, wees om slegs een oorsaaklike faktor vir die ontwikkeling van PTSV te identifiseer. Dit is dus belangrik om bewus te wees van al die moontlike faktore wat 'n persoon kan predisponer of bydra tot die ontwikkeling van PTSV.

2.3 EPIDEMIOLOGIE, VERLOOP EN UITKOMS

Bursztajn et al. (1995) meld dat PTSV beskou word as een van die mees algemene psigiatriese versteurings, wat alle segmente van die populasie raak. Medley (1996) voeg by dat die voorkoms van PTSV bepaal word deur die blootstelling aan traumatiese gebeurtenisse in daardie spesifieke populasie, en dat algehele bepalings nie baie insiggewend is nie. Kessler (2000) skryf bogenoemde toe aan die feit dat die meeste navorsing oor PTSV op spesifieke traumas fokus, soos fisiese of seksuele aanranding, natuurlike rampe en oorlog. Minder is dus bekend rondom die totale voorkoms in die algehele populasie

Volgens Kaplan en Sadock (1997) word die lewenslange voorkoms van PTSV in die VSA, geskat op 1% tot 3% van die algemene populasie, 'n addisionele 5% tot 15% kan subkliniese vorme van die versteuring ervaar.

Volgens Barlow en Durand (1995) en Bursztajn et al. (1995), wil dit voorkom asof die voorkoms van PTSV direk verband hou met die intensiteit en erns van die persoonlike ervaring van trauma. Volgens Foa (1997) is die verskil in die voorkoms van PTSV afhangend van die tipe trauma waaraan die persoon blootgestel is. Sy meld ook dat vroulike slagoffers van aggressiewe aanranding, vyf keer meer geneig is tot die ontwikkeling van PTSV as vroulike

slagoffers wat aan nie-kriminele trauma blootgestel is. In hierdie groepe waar daar 'n hoër risiko vir die ontwikkeling van PTSV bestaan, is die voorkomssyfer so hoog as 75% (Kaplan & Sadock, 1997).

Kessler (2000) merk dat die voorkoms van PTSV tot 'n groot mate afhang van die tipe trauma waaraan hulle blootgestel was, en die mate van betrokkenheid van die individu (Tabel 2.1).

Tabel 2.1: Kondisionele risiko van Post-Traumatiese Stresversteuring geassosieer met spesifieke tipes trauma in die Verenigde State van Amerika

Blootstelling aan trauma	Mans	Vroue
	%	%
Blootstelling aan spesifieke tipes trauma		
Ooggetuie van 'n traumatiese insident	6.4	7.5
Lewensbedreigende ongeluk	6.3	8.8
Natuurlike ramp	3.7	5.4
Gedreig met 'n wapen	1.9	32.6
Geliefde ervaar traumatiese insident	4.4	10.4
Fisiese aanval	1.8	21.3
Seksuele aanranding anders as verkragting	12.2	26.5
Verkragting	65.0	45.9
Enige trauma	8.1	20.4

Uit bostaande tabel is dit duidelik dat die risiko tot die ontwikkeling van PTSV vir vrouens veral in die geval van fisiese aanvalle (21,3%), seksuele aanranding anders as verkragting (26,5%), dreigement met 'n wapen (32,6%) en verkragting (45,9%) uitstaan. Dit is ook duidelik dat in die geval van mans die risiko tot die ontwikkeling van PTSV hoog is in die geval van seksuele aanranding anders as verkragting (12,2%) en verkragting (65,0%). Dit is interessant om daarop te let dat die risiko tot die ontwikkeling van PTSV slegs in die geval van verkragting hoër is vir mans (65,0%) as vir vrouens (45,9%).

Ensink, Robertson, Zissis en Leger (1997) het 'n studie uitgevoer waar 60 Xhosa-sprekende kinders tussen die ouderdomme van 10 en 16 jaar; 30 van kinderhuise in Khayelitsha, en 30 van 'n skool in Khayelitsha in die steekproef ingesluit is. Die resultate dui daarop dat 26,6% van kinders in kinderhuise, en 16,6% van die kinders in die skool, wat blootgestel was aan geweld, aan die

DSM-III-R kriteria vir PTSS voldoen het. 'n Totaal van 21,6% van die kinders in hierdie hoë-risikogroep is gediagnoseer met PTSS.

In 'n studie van Peltzer (1998) is 'n vergelyking getref tussen getraumatiseerde en nie-getraumatiseerde subjekte rakende die voorkoms van PTSS, depressie en angstigheid. Die steekproef het bestaan uit 262 nie-blanke eerstejaar sielkundestudente van die Universiteit van die Noorde. Ses-en-vyftig van die studente in die studie het voorheen 'n traumatiese gebeurtenis ervaar, 12% van hierdie studente (14% vrouens en 7% mans) het volgens die Mississippi-skaal vir PTSS, aan die kriteria vir PTSS voldoen.

Beyers en Novello (1997) het sewe jaar na die Westdene-busramp 'n opvolgstudie gedoen op die 19 oorlewendes van die ongeluk. Een van die doelwitte van die studie was om ondersoek in te stel rakende die langtermyn-effekte van die traumatiese gebeure op die primêre slagoffers van die ramp. Meer as 'n kwart van die respondente (26,3%) het steeds 'n vorm van geassosieerde vrees ervaar. Sommige slagoffers het melding gemaak van 'n mate van slaapversteurings, terwyl 31,5% melding gemaak het van 'n gevoel van algemene weerloosheid. Daar was ook respondente (15,7%) wat somtyds in 'n mindere mate rusteloosheid, irriteerbaarheid, verhoogde aktiwiteitsvlakke en gevoelens van hulpeloosheid en depressie ervaar, wat verband hou met die ramp. Twee respondente (10,5%) het steeds terugflitse van die ongeluk ervaar.

Marais, De Villiers, Möller en Stein (1999) het in hul studie ondersoek ingestel na die voorkoms van huislike geweld. In hierdie groep het 21,5% 'n geskiedenis van huislike geweld gerapporteer, waarvan 35,3% van hierdie individue met PTSS gediagnoseer is.

Die meerderheid (70-90%) slagoffers wat uiteindelik PTSS ontwikkel, presenteer binne een maand na die traumatiese gebeurtenis met die volle reeks simptome (Pretorius & Van Rensburg, 1998). Studies van verskeie populasies wat aan trauma blootgestel is, toon dat indien individue spontaan van PTSS herstel, die proses gewoonlik binne die eerste drie maande

plaasvind. Ander toon die neiging dat 'n chroniese versteuring ontstaan (Solomon & Davidson, 1997). Medley (1996) noem dat in meer as 50% van gevalle, PTSV 'n chroniese verloop aanneem, en word die versteuring gewoonlik komorbied tot ander psigiatriese versteurings aangetref. Pretorius en Van Rensburg noem ook dat ongeveer 70% van PTSV-gevalle 'n goeie prognose het, gegewe 'n vroeë diagnose en 'n behandelingsprogram spesifiek vir PTSV. Sodra PTSV 'n chroniese verloop aanneem, is response op behandeling minder gunstig.

Volgens Friedman (1997b), Lubin, Loris, Burt en Johnson (1998) en Kessler (2000) is sindrome addisioneel tot PTSV deur sommige navorsers voorgestel. "Gekompliseerde PTSV" is 'n nuwe entiteit en omsluit ander simptome wat by slagoffers van trauma waargeneem word. Persone wat slagoffers van chroniese interpersoonlike geweld is, is nie alleen meer geneig om aan chroniese PTSV te ly nie, maar die profiel van simptome is ook meer kompleks. In sodanige gevalle behels dit dikwels ernstige vorme van dissosiasie, labiliteit van emosie, swak impulsbeheer, somatisering, selfmutilerende gedrag, preokkupasie met die oortreder, en probleme met die bepaling van sinvolheid van die trauma. Persone met gekompliseerde PTSV toon gewoonlik al die simptome van PTSV.

Verskeie opinies rondom die voorkoms, verloop en uitkoms van PTSV bestaan. Daar word selfs deur sommige navorsers voorgestel dat 'n addisionele sindroom tot PTSV ingestel moet word, weens die uiteenlopendheid van die verloop van die versteuring. Navorsers erken egter oor die algemeen dat PTSV 'n werklike en ernstige sindroom is, wat in alle lewensfere voorkom.

2.4 SIMPTOME VAN POST-TRAUMATIESE STRESVERSTEURING

Uit die literatuur word hoofsaaklik twee tendense met die indeling van die simptomatologie van PTSV geïdentifiseer. Enersyds word die simptome verdeel in die manifestasie van kognitiewe, gedrags-, psigologiese en

affektiewe simptome asook identiteitsveranderinge (Bursztajn et al., 1995). Andersyds bestaan 'n triade van PTVS-simptomatologie wat bestaan uit indringing, vermyding en verhoogde opwekking (Stein & Levenstein, 1998; APA, 1999).

Die simptomatologie sal vervolgens aan die hand van hierdie triade bespreek word.

2.4.1 Indringing

Brewin (1998) meld dat sielkundiges in die verlede die onvermoë om sekere aspekte van onaangename ervaringe te onthou, of die onvermoë om dit te vergeet, as die kern van sekere probleme beskou het. Indringende herinneringe, geheueverlies, probleme om te konsentreer, onoplettendheid, selfkritiek, bekommernis, wantroue teenoor ander en verwagting van teëspoed maak volgens Bursztajn et al. (1995) en Volpe (1996) deel uit van die kognitiewe simptomatologie, of indringing van PTVS.

Larkin (1999) noem dat die liggaam adrenalien vrystel tydens blootstelling aan 'n traumatiese gebeurtenis, wat bydra tot die hantering van die trauma, maar terselfdertyd 'n sterker geheue rondom die traumatiese gebeurtenis tot gevolg het.

Dit is algemeen vir persone met PTVS om baie duidelike, hoogs ontstellende herinneringe vir 'n tydperk wat wissel van 'n paar minute tot 'n uur, by verskeie geleenthede binne 'n bepaalde week te ervaar (Brewin, 1998). Soms is die aanvang van die herbelewing van die gebeurtenis baie skielik. Hierdie herbelewing staan bekend as 'n "terugflits" (Barlow & Durand, 1995). Die APA (1999) meld dat hierdie terugflitse met pynlike emosies gepaardgaan. Die terugflits kan in sommige gevalle so sterk wees dat dit vir die persoon voel of hy die trauma weer beleef, asof dit voor hom/haar afspeel soos in 'n nagmerrie.

Pretorius en Van Rensburg (1998) noem dat kinders nie noodwendig melding maak van herhaalde ontstellende herinneringe aan die traumatiese gebeurtenis nie, maar temas of aspekte van die trauma herhaaldelik in spel uitgedruk kan word.

2.4.2 Vermyding

Vermyding bestaan uit die gedrags-, kognitiewe of emosionele strategieë waardeur persone met PTSV poog om die moontlikheid te verminder dat hulle blootgestel sal word aan aspekte van die trauma, of indien daar wel blootstelling is, die intensiteit van die psigologiese reaksie minimaal sal wees (Friedman, 1997a). Vermyding van enige stimulus wat 'n persoon kan herinner aan die gebeurtenis, beperking van emosionele ervaring en uitdrukking, en 'n onvermoë om sekere aspekte van die gebeurtenis te onthou, kan deel uitmaak van die vermyding by persone met PTSV (Barlow & Durand, 1995; Jefferson, 1999). Bewustelike herbelewing of herinnering aan die trauma, is die vernaamste eienskap van PTSV, waartydens pasiënte onsuksesvol poog om duidelike, emosioneel uitlokkende beelde van die trauma te vermy (Brewin, 1998). Friedman (1997a) noem dat gedragstrategieë vir vermyding in ernstige gevalle as agorafobie kan presenteer op grond van die persoon se vrees om die huis te verlaat as gevolg van 'n vrees vir konfrontasie met herinneringe aan die traumatiese gebeurtenis.

'n Belangrike eienskap van PTSV is verminderde responsiwiteit. In minder ernstige gevalle voel die persoon vervreem van ander, en dat hy/sy nie tussen andere hoort nie (Emmelkamp, Bouman & Scholing, 1992). Dit is dan ook duidelik dat vermydingsimptome persoonlike verhoudinge kan affekteer (APA, 1999), te wete, die pasiënt vermy emosionele verbinding met familie, kollegas en vriende. Bursztajn et al. (1995) verwys na gevoelens van ingeperkte toekoms, verwydering van die verlede, vervreemding van die self, ander en werk, gevoelens van onwerklikheid, ontoereikendheid en waardeloosheid. Gevoelens van skuld en skaamte kom veral by seksuele trauma voor (Pretorius & Van Rensburg, 1998).

Daar word gemeen dat die beperking van emosionele ervaringe ook deel kan uitmaak van vermydende gedrag. Dit is moontlik dat slagoffers onbewustelik poog om die ervaring van emosie te vermy (Barlow & Durand, 1995). In ernstige gevalle is daar 'n totale onvermoë by die persoon aanwesig om emosie te ervaar (Emmelkamp et al., 1992). Friedman (1997a) skryf bogenoemde toe aan die feit dat persone met PTSV nie sterk emosie kan deurstaan nie. Die APA (1999) beskryf hierdie emosionele inperking aan die hand van 'n tweeledige proses: aanvanklik is daar 'n gevoelloosheid by die individu teenwoordig terwyl verminderde emosies en slegs roetine take uitgevoer kan word. Later, met herbelewing van die trauma, kan die individu fluktueer tussen tydperke van emosionele oorweldiging, en die onvermoë om emosies te ervaar, of uit te druk. Friedman (1997a) meen dat daar 'n skeiding tussen die kognitiewe en die emosionele aspekte van die psigologiese ervaring plaasvind, en slegs die kognitiewe aspekte van die trauma word waargeneem.

2.4.3 Verhoogde opwekking

Daar is verskeie manifestasies van verhoogde opwekking by persone met PTSV. Sekere individue voel voortdurend bedreig deur die trauma wat hul oorspronklik ervaar het. Irriteerbaarheid en onverklaarbare woede-uitbarstings kom in sekere gevalle by hierdie persone voor. As gevolg van nagmerries kan slagoffers insomnia ontwikkel. Hierdie voortdurende gevoel dat gevaar dreig, veroorsaak 'n verhoogde skrikrespons by persone met PTSV (APA, 1999).

Friedman (1997a) verwys na simptome wat ooreenkomste met paniek en veralgemeende angsversteuring toon. Simptome soos insomnia en irriteerbaarheid is generiese angssimptome, terwyl hiperwaaksaamheid en verhoogde skrikrespons meer eie aan PTSV is. In buitengewone gevalle kan die hiperwaaksaamheid deur ander as paranoia waargeneem word.

Verslawende gedrag soos alkohol en substansmisbruik, kan ook gesien word as 'n vorm van vermyding, waar die pasiënt 'n toestand van vergetelheid najaag (Emmelkamp et al., 1992). Die APA (1999) voeg by dat nie net alkohol- en substansmisbruik problematies kan wees nie, maar ook swak impulsbeheer, wat tot verhoogde selfmoord-risiko by hierdie persone lei.

2.5 DIAGNOSTIESE KRITERIA

Volgens die APA (1994) stel die DSM-IV die volgende kriteria ten einde PTSD te diagnoseer:

- A. Die persoon is blootgestel aan 'n traumatiese gebeurtenis waar beide van die volgende teenwoordig was:
 - (1) Die persoon het 'n voorval wat werklike of dreigende dood of ernstige besering behels, of 'n bedreiging tot die fisiese integriteit van die self of ander beleef, aanskou of was daarmee gekonfronteer.
 - (2) Die persoon se respons op die gebeurtenis het intense vrees, hulpeloosheid of afgryse ingesluit. *Let wel:* By kinders kan dit uitgedruk word as disorganiseerde of agiteerde gedrag.
- B. Die traumatiese gebeurtenis word herhaaldelik herbeleef op een (of meer) van die volgende maniere:
 - (1) Herhaaldelike en indringende ontstellende herinneringe van die gebeurtenis, insluitend beelde, denke of persepsies. *Let wel:* By kinders mag herhaalde spel voorkom waarin temas of aspekte van die trauma uitgedruk word.
 - (2) Herhaaldelike ontstellende drome van die gebeurtenis. *Let wel:* By kinders kan vreesaanjaende drome sonder herkenbare inhoud voorkom.
 - (3) Optrede of 'n gevoel dat die traumatiese gebeurtenis weer plaasvind (sluit 'n gevoel in van herbelewing van die

ervaring, illusies, hallusinasies en disosiatiewe terugflits-episodes, insluitend daardie wat voorkom by ontwaking of by intoksifikasie). *Let wel:* By kinders kan trauma spesifieke hervasstelling voorkom.

(4) Intense psigologiese spanning wanneer blootgestel aan interne of eksterne wenke, wat 'n aspek van die traumatiese gebeurtenis simboliseer of daarmee korreleer.

(5) Psigologiese reaktiwiteit met blootstelling aan interne of eksterne wenke wat 'n aspek van die traumatiese gebeurtenis simboliseer of daarmee korreleer.

C. Volgehoue vermyding van stimulu wat geassosieer word met die trauma en vermindering van algemene responsiwiteit (nie teenwoordig voor die trauma), soos gesien deur drie (of meer) van die volgende:

(1) Pogings tot vermyding van denke, gevoelens of gesprekke wat geassosieer word met die trauma.

(2) Pogings tot vermyding van aktiwiteite, plekke of mense wat herinneringe aan die trauma opwek.

(3) Onvermoë om sekere belangrike aspekte van die trauma te herroep.

(4) Merkbare verminderde belangstelling of deelname aan betekenisvolle aktiwiteite.

(5) Gevoelens van skeiding of vervreemding van ander.

(6) Beperkte affek (byvoorbeeld onvermoë om liefdevol te voel).

(7) Gevoel van ingeperkte toekoms (byvoorbeeld verwag nie om 'n loopbaan, huwelik, kinders of 'n normale lewensverwagting te hê nie).

D. Volgehoue simptome van verhoogde opwekking (nie teenwoordig voor die trauma), soos aangedui deur twee (of meer) van die volgende:

(1) Probleme om aan die slaap te raak, of slaap vol te hou.

(2) Irriteerbaarheid of woede-uitbarstings.

- (3) Probleme met konsentrasie.
 - (4) Hiperwaaksaamheid.
 - (5) Oordrewe skrikrespons.
- E. Duur van die versteuring (simptome in kriteria B, C, en D) is meer as 1 maand.
- F. Die versteuring veroorsaak klinies betekenisvolle spanning of inperking op sosiale, beroeps- of ander belangrike areas van funksionering.

Spesifiseer indien:

Akuut: Indien simptome minder as 3 maande voortduur.

Kronies: Indien simptome vir langer as 3 maande voortduur.

Spesifiseer indien:

Met uitgestelde aanvang: Indien die aanvang van die simptome ten minste 6 maande na blootstelling aan die stressor voorkom.

2.6 DIFFERENSIËLE DIAGNOSE

Die APA (1994) merk dat by die diagnosering van PTSV, die stressor ekstreem van aard moet wees. In teenstelling daarmee kan die stressor in 'n aanpassingsversteuring van enige intensiteit wees. PTSV verskil van ander angsversteurings in die sin dat die bron van spanning 'n oorweldigende eksterne gebeurtenis is. Alhoewel dit in sekere opsigte dus kan ooreenstem met ander angsversteurings, kan die reaksie tot 'n mate verstaan word (Alloy et al., 1996).

Volgens die DSM-IV kriteria van PTSV kan die versteuring nie gediagnoseer word voordat een maand nie verloop het na afloop van die trauma nie. Akute stresversteuring word gediagnoseer indien PTSV simptome voorkom binne die eerste maand na blootstelling aan die traumatiese gebeurtenis. Akute stresversteuring is 'n nuwe byvoeging tot die DSM-IV, en plaas klem op die ernstige reaksie wat sommige persone onmiddellik na blootstelling aan 'n traumatiese gebeurtenis ervaar (Barlow & Durand, 1995).

Verminderde belangstelling, beperkte affek, slaapprobleme en swak konsentrasie is gemeenskaplike simptome van PTSV en Depressie. Irriteerbaarheid, hiperwaaksaamheid en verhoogde skrikrespons is simptome van beide PTSV en Veralgemeende Angsversteurings. Wanneer 'n persoon met PTSV blootgestel word aan aspekte van die trauma kan die reaksie tot die stimilus presenteer as 'n paniekaanval (Brady, 1997). Deur al bogenoemde feite in berekening te bring, word daar klem geplaas op die noodsaaklikheid om in alle sielkundige evaluasies noukeurige navraag na moontlike PTSV te doen.

In Obsessief-Kompulsiewe Versteuring, is daar herhaalde indringende denke, maar word as ontoepaslik ervaar, en hou nie verband met 'n traumatiese gebeurtenis nie. Daar moet ook 'n onderskeid gemaak word tussen Malingering en PTSV, veral in situasies waar daar aanspraak gemaak kan word op finansiële vergoeding, geskiktheid vir pensioen en forensiese bepalings (APA, 1994).

Indien die simptomatologie, na blootstelling aan 'n ekstreme stressor, voldoen aan die kriteria van 'n ander versteuring (bv. Major depressiewe versteuring, Konversie), moet hierdie diagnoses eerder, of saam met, PTSV gegee word (APA, 1994).

2.7 KOMORBIDITEIT

Dit is algemeen vir persone wat voldoen aan die diagnostiese kriteria van PTSV, om ook te voldoen aan 'n ander diagnostiese kriteria, vir een of meer bykomende diagnoses (Brady, 1997; Friedman, 1997a). Brady voeg by dat hierdie opmerking gestaaf kan word deur verskeie epidemiologiese ondersoeke wat toon dat ongeveer 80% van persone met PTSV, ten minste aan een ander stel diagnostiese kriteria van 'n psigiatriese versteuring voldoen.

Medley (1996) meld dat die kliniese beeld van die individu met PTSV beïnvloed word deur hul persoonlikheid en die situasie waarin hy homself bevind, en soms deur die wyse waarop die simptome tot op hede hanteer is (bv. Alkoholmisbruik).

PTSV is veral geneig om komorbied tot affektiewe versteurings, ander Angsversteurings, Substansmisbruik, Somatiserings- en Dissosiatiewe versteurings voor te kom (Amir, Kaplan, Efroni & Kotler, 1999; Brady, 1997; Friedman, 1997a). Emmelkamp et al. (1992), en Medley (1996) noem bykomend tot bogenoemde dat selfmoordgedagtes en -aksies gereeld by persone met PTSV voorkom.

Die komorbiditeit van PTSV met ander versteurings is van belang weens die invloed wat dit kan uitoefen op die beeld wat die PTSV aanneem en die kliniese verloop daarvan. Daar is 'n verskeidenheid studies wat fokus op die komorbiditeit van ander psigiatriese diagnoses in individue met PTSV.

Tabel 2.2: PTSV en lewenslange voorkoms van komorbiditeit

Studie	% Met ander versteurings	
	Met PTSV	Sonder PTSV
Kessler et al. ¹		
Mans*	88.3	54.8
Vroue*	79.0	46.2
Kulka et al. ²	98.8	40.6
Breslau et al. ³	82.8	44.3

* $p < .05$ deur twee-kantige toets, benaderende persentasies

¹Kessler, Sonnega, Bromet, Huges en Nelson (1996).

²Kulka, Schlenger, Fairbank, Hough, Jordan, Marmar en Weiss (1990).

³Breslau, Davis en Andreski (1991).

Uit bogenoemde tabel is dit duidelik dat persone met PTSV merkbaar meer komorbiede psigiatriese versteurings het, as persone sonder 'n diagnose van PTSV. In al die genoemde studies is die komorbiditeit van ander Psigiatriese versteurings by PTSV nagenoeg dubbeld soveel as die komorbiditeit in kombinasies van ander psigiatriese versteurings.

Brady (1997) beklemtoon die feit dat PTSD die onderliggende psigiatriese diagnose kan wees in pasiënte met 'n verskeidenheid kliniese beelde. Daar word egter gemeen dat die hoë komorbiditeit wat by PTSD voorkom, moontlik toegeskryf kan word aan die afwesigheid van 'n uitsluitingskriteria by die diagnose van PTSD (Friedman, 1997a; McFarlane, 2000). McFarlane meld dat daar tot op hede min belangstelling was in die nie-spesifieke rol van trauma in die ontwikkeling van ander psigiatriese versteurings. Die verloop van PTSD en komorbiede toestande is dus moontlik onafhanklik, en trauma opsigself is moontlik 'n belangrike risiko tot die ontwikkeling van verskeie ander psigiatriese versteurings.

Uit die literatuur is daar twee tendense rondom die diagnose van PTSD duidelik. Sommige skrywers plaas klem op die komorbiditeit van PTSD, wat impliseer dat volledige navraag gedoen moet word na die voorkoms van PTSD, met die presentering van enige versteuring. Ander ontken die hoë komorbiditeit syfers, en meen dat daar eerder subtipes van PTSD identifiseer moet word. Ongeag die standpunt wat ingeneem word, is dit belangrik vir die terapeut om te beseft dat korrekte diagnose 'n merkbare invloed op terapie sal uitoefen.

2.8 SAMEVATTING

PTSD is 'n verswakkende toestand, wat volg na 'n traumatiese gebeurtenis. Algemene simptomatologie van PTSD sluit onder andere herhaaldelike vreesaanjaende denke oor en herinneinge aan die gebeurtenis, beperking in emosionele uitdrukking, veral teenoor persone waar daar voorheen hegte bande was, in. Die term PTSD is eers bekend gestel in die DSM-III. Aanvanklik was versteurings soortgelyk aan PTSD onder publieke aandag gebring deur oorlogsveterane. PTSD kan egter die gevolg wees van 'n wye verskeidenheid traumatiese gebeurtenisse. Die traumatiese gebeurtenis kan iets wees wat die betrokke persoon se lewe bedreig het, of die lewe van iemand na aan hom/haar, of dit kan iets wees wat die persoon aanskou het.

Wat ook al die oorsaak van die probleem, sommige persone met PTSV herbeleef die trauma in die vorm van nagmerries en ontstellende herinneringe aan die betrokke dag. Slaapprobleme, depressie, 'n gevoel van vervreemding van ander of 'n verhoogde skrikrespons kan ook deel vorm van die simptomatologie van PTSV. Daar kan 'n verlies aan belangstelling, van voorheen genotvolle take wees, en selfs emosionele inperking. Irriteerbaarheid en aggressiwiteit is algemene simptome van PTSV. Baie spanning kan ervaar word indien die persoon blootgestel word aan aspekte wat herinneringe rondom die trauma veroorsaak.

PTSV kan voorkom op enige ouderdom, insluitend by kinders. Die versteuring kan komorbied tot Depressie, Substansmisbruik, Angstigheid en 'n wye verskeidenheid ander versteurings voorkom. Die simptome kan in sommige gevalle baie ernstig wees, en in ander gevalle minder ernstig. In ernstige gevalle kan persone probleme ondervind om effektief te funksioneer in hul werksomstandighede, en kan selfs probleme ondervind met sosialisering.

Nie alle persone wat blootgestel word aan 'n traumatiese gebeurtenis ontwikkel PTSV nie. PTSV word slegs gediagnoseer indien die simptome langer duur as 'n maand. In die gevalle waar PTSV wel ontwikkel, begin die simptome gewoonlik binne die eerste drie maande na die trauma. Die verloop van die versteuring verskil; sommige persone herstel spontaan binne drie maande, in ander gevalle kan die versteuring 'n chroniese verloop aanneem.

HOOFSTUK 3

TRAUMA

3.1 INLEIDING

Die risiko om blootgestel te word aan 'n traumatiese gebeurtenis is reeds vir 'n geruime tyd deel van die menslike bestaan (Friedman, 1997a). Daar word wyd gemeld dat Suid-Afrika oorheers word deur 'n kultuur van geweld. Politieke, kriminele en huishoudelike geweld is lank reeds eienskappe van die Suid-Afrikaanse sosiale omgewing (Niehaus, Van Niekerk & Stein, 1998). In Suid-Afrika het die kombinasie van politieke, sosiale en familiële trauma miljoene mense, en in baie gevalle totale gemeenskappe, reeds op verskeie terreine geaffekteer (Simpson, 1992).

Alhoewel PTSD algemeen voorkom, is dit nie naastenby so algemeen soos geweld nie (Stein & Levenstein, 1998). Friedman (1997a) is van mening dat die sleutel tot begrip van die wetenskaplike basis, en kliniese uitdrukking van PTSD, die begrip van die konsep "trauma" is.

Die DSM-III-R definieer 'n traumatiese stressor as 'n fenomeen buite die normale reeks van menslike ervaringe en wat merkbare spanning in enige individu sal veroorsaak (APA, 1987). Hierdie traumatiese gebeurtenisse sluit die volgende in: oorlog, martelary, verkragting, natuurrampe (soos aardbewings en vloede) en mensgemaakte rampe (soos vlieg- en

motorongelukke). Traumatiese gebeure word duidelik onderskei van die stressore wat deel uitmaak van die normale lewensloop, soos egskeding, mislukking, verwerping, ernstige siekte en finansiële probleme (Friedman, 1997a). Met die publikasie van die DSM-IV (APA, 1994) word 'n traumatiese gebeurtenis gedefinieer as 'n gebeurtenis wat werklike dood (of die moontlikheid daarvan), of ernstige besering, of die bedreiging van fisiese integriteit van hom-/haarself of ander insluit. Die persoon se respons tot die gebeure moet intense vrees, hulpeloosheid of afgryse insluit. Daar is dus 'n klemverskuiwing vanaf die traumatiese gebeurtenis na die individu se reaksie daarop. Jefferson (1999) beklemtoon ook die noodsaaklikheid dat gevoelens van intense vrees, hulpeloosheid of verskrikking deur die gebeurtenis gewek moet word.

3.2 DEFINIËRING VAN TRAUMA

Die woord "trauma" is afgelei van die Griekse woord wat wond of deurboor beteken (Turnbull, 1998). Erikson (1976) beskryf die impak van trauma as 'n deurbooring van die psige, wat skielik en kragtig deur 'n persoon se verdediging breek, sodat die persoon nie effektief daarteenoor kan reageer nie.

Friedman (1997a) meld dat 'n kliniese ervaring rondom die diagnose van PTSV getoon het dat individuele verskille bestaan rakende die kapasiteit om katastrofiese spanning te hanteer. Om hierdie rede word erkenning gegee dat trauma, soos byvoorbeeld pyn, nie 'n eksterne verskynsel is wat volkome objektief gesien kan word nie. Dit is belangrik om te beseef dat, hoewel daar belangstelling in die subjektiewe aspekte van die traumatiese blootstelling is, daar ook traumatiese gebeurtenisse soos verkragting, martelary en ernstige oorlog is, wat deur naastenby enige individu as traumaties ervaar sal word.

Volpe (1996) beskryf traumatiese gebeurtenisse as onverwags en buite die beheer van mense. Dit laat 'n persoon kwesbaar en onseker in sy omgewing, nadat die persoon se sin vir veiligheid en sekuriteit oorweldig is. McFarlane

(2000) onderskei trauma van alledaagse gebeurtenisse op grond van die vrees en hulpeloosheid wat met trauma, anders as daaglikse gebeure, gepaard gaan. Verder is daar 'n verskil in die kwaliteit en aard van emosionele herinnering wat uit traumatiese gebeurtenisse voortspruit. Beyers en Novello (1997) meen dat, alhoewel trauma oor die algemeen gedefinieer word as 'n liniêre gebeurtenis wat lukraak voorkom, dit beskou kan word in die groter ekosistemiese perspektief as 'n gebeurtenis wat deel uitmaak van 'n wêreld van rampe en geluk, vooruitgang en verwoesting, ontwikkeling en disintegrasie, vrede en oorlog, lewe en dood.

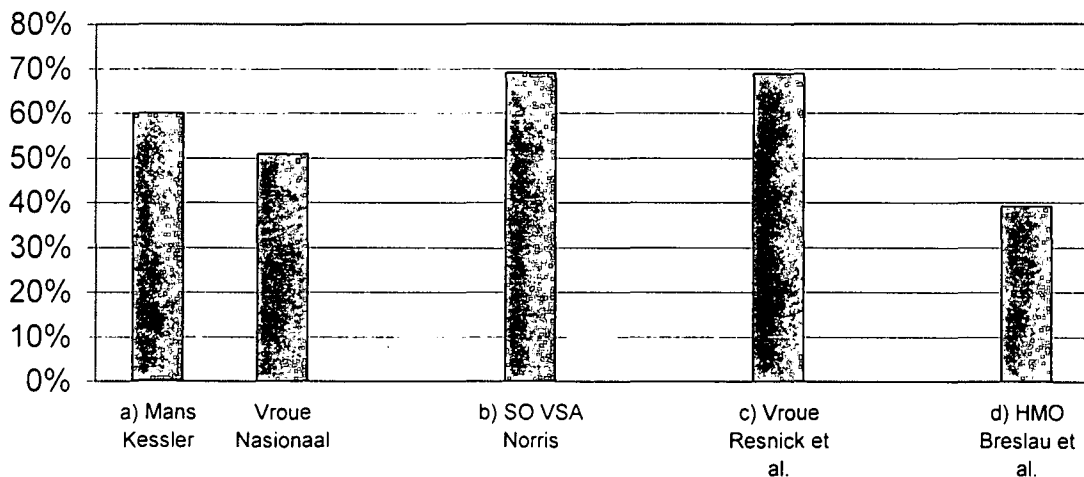
Boulware (1994) merk dat trauma 'n eenmalige ervaring soos verkragting, aanranding, roof, ongeluk of natuurlike ramp kan wees, of soos in die geval van seksuele mishandeling, lewe in die gevangenis of 'n konsentrasiekamp en om 'n vlugteling te wees, langdurig van aard kan wees. Smith (1998) plaas sterk klem op die hulpeloosheid wat met 'n traumatiese gebeurtenis gepaard gaan.

Vir doeleindes van hierdie studie sal trauma beskou word as 'n eenmalige gebeurtenis wat duidelik onderskei kan word van alledaaglikse stressore. Traumatiese situasies wat in die studie ingesluit word, is onder meer: motorongelukke, fisiese aanranding, selfmoordpogings, selfmoord, verkragting, skietvoorvalle, moord, gewapende roof en huisbraak.

3.3 VOORKOMS VAN TRAUMA

Alhoewel 'n verskeie studies rakende die voorkoms van PTSV by slagoffers van trauma uitgevoer is, is daar minder navorsing bekend aangaande die voorkoms van trauma in die algemene populasie (Kessler, 2000). Brewer (1994) noem dat, as gevolg van verskillende leefwyses en assosiasies, die risiko van blootselling aan trauma toeneem hoe jonger die individu is. Op dieselfde wyse bepaal geslag in 'n groot mate die tipes trauma waaraan 'n persoon blootgestel sal word.

Solomon en Davidson (1997) maak melding van vier studies (Kessler et al., Norris, Resnick et al. En Breslau et al.) waar die algehele voorkoms van trauma in die Amerikaanse populasie bepaal is.



Figuur 3.1: Lewenslange voorkoms van trauma

Hierdie studies word vervolgens bespreek soos vervat in Solomon en Davidson (1997).

- a) Kessler en andere het 'n studie uitgevoer waar die algemene populasie van die VSA gebruik is. Daar is persoonlike onderhoude met naastebly 6000 persone tussen die ouderdomme van 15 en 54 jaar gevoer. Daar is gevind dat 60% mans en 51% vroue ten minste een traumatiese gebeurtenis in hul leeftyd beleef het. Naastebly 17% mans en 13% vroue wat blootstelling aan trauma gehad het, het meer as drie sodanige insidente beleef.
- b) Norris het in sy studie soortgelyke resultate verkry. Die resultate dui daarop dat 69% van die steekproef van 'n 1000 persone ten minste een traumatiese gebeurtenis in hul lewens ervaar het. Die meetinstrument wat deur Norris gebruik is, het 'n fyner meting verkry rakende die lewenslange blootstelling aan trauma. In Norris se studie was dit duidelik dat 'n hoër lewenslange voorkoms van trauma by mans as by vrouens aanwesig is (73,6% teenoor 64,8% onderskeidelik).

- c) Resnick et al. het 'n telefoniese studie uitgevoer. 'n Verteenwoordigende steekproef van 4008 vrouens is in die studie ingesluit. Die resultate was soortgelyk aan dié van Norris. Resultate dui aan dat 68,9% van die vroue aan ten minste een traumatiese gebeurtenis in hul lewe blootgestel was.
- d) In teenstelling met bogenoemde studies verkry Breslau et al. 'n lewenslange voorkoms van trauma van slegs 39,1% in 'n studie van 1007 jong volwassenes in Detroit, Michigan. 'n Moontlike verklaring vir hierdie verskil kan wees dat die studie beperk was tot lede van 'n gesondheidsinstandhouding-organisasie (HMO). HMO-populasies het 'n hoër sosio-ekonomiese status as die algemene populasie, en kan die rede wees vir die verskil in resultate.

Volgens Corrigan et al. (2000) is die volgende statistieke op die Suid-Afrikaanse samelewing van toepassing:

- a) Een uit elke vyf huishoudings het ten minste een huishoudelike misdaad (waarvan huisbraak en diefstal die algemeenste) gedurende 1997 beleef.
- b) Een uit elke 200 huishoudings is in 1997 aan ten minste een moord blootgestel.
- c) Ongeveer 3,8 miljoen Suid-Afrikaners, ouer as 16, was slagoffers van ten minste een individuele misdaad.
- d) Een uit elke 250 persone was gedurende 1997 'n slagoffer van 'n seksuele misdaad.
- e) In 1998 was daar 775 aanvalle op plase, 134 boere is in hierdie tydperk vermoor – 'n toename van 123% in die hoeveelheid aanvalle en 58% in die hoeveelheid moorde in vergelyking met 1997.
- f) 'n Studie van die Verenigde Nasies in 1998 toon dat Suid-Afrika die vierde hoogste vuurwapenverwante moordsyfer in die wêreld het; 'n gemiddeld van 30 persone sterf daaglik in Suid-Afrika weens vuurwapenverwante moord.

- g) In 1997 is slegs 32% van aangeklaagdes aan moord skuldig bevind. Meer as 'n driekwart (84%) van die verkragtingsake was onsuksesvol om tot vonnisoplegging te lei.

Uit bogenoemde is dit duidelik dat groot getalle persone daaglik aan 'n wye verskeidenheid traumatiese gebeurtenisse blootgestel word. Soos duidelik uit die vorige hoofstuk blyk, kan die gevolge van blootstelling aan traumatiese gebeurtenisse verskeie onaangename gevolge hê. Statistiek rondom die voorkoms van trauma is 'n duidelike aanduider van die aantal persone wat die risiko loop om PTSV te ontwikkel.

3.4 TRAUMA AS GEVOLG VAN MISDAAD

Die mees algemene standpunt wat met betrekking tot misdaad in Suid-Afrika ingeneem word, is dat misdaadsyfers dramaties toegeneem het na die 1994-verkiesing. Daar word selfs geglo dat die daarmee gepaardgaande bekendstelling van die nuwe Handves vir Menseregte, wat die regte van alle burgers beskerm (selfs diegene wat van misdaad aangekla word), bygedra het tot die toename in wetteloosheid. Een van die redes wat aangevoer word vir die verhoogde misdaadsyfers is die groter polisienetwerk wat in hierdie tydperk statistieke help genereer het. Statistieke weerspieël dus hoë misdaadsyfers, en dui selfs daarop dat misdaad in sekere kategorieë toeneem, terwyl die syfers moontlik nie die werklike stand van sake korrek weerspieël nie. Indien in berekenig gebring word dat 'n groter geografiese gebied in die data vervat is, is die toename in misdaad in werklikheid laer as wat vroeër die geval was (Schönteich, 1999).

Volgens die Suid-Afrikaanse Polisie diens (2000) is die volgende tendense in aangemelde misdaad waarneembaar:

- a) 'n Afname in ses tipes misdade, naamlik moord, poging tot moord, huisbraak by besigheidspersone, voorraaddiefstal, motordiefstal en brandstigting, word waargeneem.

- b) 'n Verdere ses tipes misdade, naamlik verkragting, winkeldiefstal, diefstal van/uit motors, beskadiging van eiendom, dwelmverwante misdaad en dronkbestuur is besig om te stabiliseer.
- c) 'n Toename ten opsigte van roof, aanranding, huisbraak by residensiële persele, ander roof, ander diefstal (alle diefstal anders as voorraad-, motor- en winkeldiefstal en diefstal van/uit motors), kommersiële misdaad en die onwettige besit van vuurwapens betref, word waargeneem.

Hoewel uit bogenoemde blyk dat misdaad moontlik stadig toeneem of selfs afneem, is die stand van misdaad in Suid-Afrika steeds opvallend. Vervolgens word daar gekyk na die voorkoms van sekere misdade wat by die onderskeie provinsies gedurende die tydperk November 1999 tot Januarie 2000 by die SAPD aangemeld is.

Tabel 3.1: Spesifieke misdaad per 100 000 van die populasie vir die onderskeie provinsies gedurende November 1999 tot Januarie 2000*

Misdaad	RSA	GP	W- KAAP	N-KAAP	MPUMA- LANGA	OVS	N-WES	KZN	O- KAAP	N- PROV.
Huisbraak Residensiël	173,8	283,8	280,4	206,4	183,2	172,0	137,8	135,1	124,7	70,1
Huisbraak Besigheid	54,6	67,2	96,9	96,0	58,2	63,9	49,9	42,1	38,5	33,7
Ander roof	47,1	91,8	72,5	62,1	25,4	34,7	45,0	34,9	33,6	16,4
Voorraadroof	24,1	3,6	10,8	60,1	35,9	53,2	28,4	28,7	38,8	8,1
Winkeldiefstal	38,2	55,9	61,9	70,4	33,4	35,4	17,1	37,8	31,1	16,2
Motordiefstal	58,0	158,6	63,6	14,9	37,8	28,3	29,6	53,3	22,3	12,0
Diefstal uit motors	109,3	180,5	257,0	98,2	83,6	74,7	58,2	95,7	69,1	30,9
Ander diefstal	303,2	481,7	523,5	428,8	289,8	319,2	262,3	234,6	199,4	119,9
Bedrog	42,0	103,2	54,7	34,9	26,0	32,9	24,0	28,8	25,2	12,4
Moord	14,0	16,2	21,4	15,2	9,4	9,4	8,7	18,2	16,1	3,9
Poging tot moord	17,7	23,9	24,5	13,5	15,3	10,7	15,3	22,7	13,2	8,0
Roof met verswarende omstandighede	59,0	152,4	55,9	11,2	39,4	18,7	33,0	64,5	26,5	13,5
Verkragting	34,8	44,2	49,4	51,3	30,2	36,5	36,8	29,4	31,6	20,6
Aanranding	184,4	217,7	255,1	508,7	195,2	201,8	201,0	108,4	186,8	125,0

*Misdadiginligting en -ontledingsentrum, Suid-Afrikaanse Polisiediens (2000)

Uit bogenoemde gegewens is dit opvallend dat die misdaadsyfers veral hoog is in die geval van ander diefstal (303,2), aanranding (184,4) en residensiële huisbraak (173,8). Slagoffers van verskeie tipes trauma is deur die traumalyn bygestaan. In die geval van trauma as gevolg van misdaad word die volgende tipes misdade as belangrik geag: aanranding (184,4), verkragting (34,8) en moord (14,0) en sal vervolgens bespreek word.

3.4.1 Aanranding

3.4.1.1 Algemeen

Aanranding word gedefinieer as die opsetlike toediening, poging tot of dreigende toediening van 'n besering op 'n ander persoon (Brewer, 1994). Aanranding is 'n gewelddadige misdaad, en is tans die misdaad met die hoogste voorkomsyfer in Suid-Afrika. Gemelde outeur noem verder dat hierdie kriminele aktiwiteit in die meeste gevalle deur 'n persoon of persone wat nie aan die slagoffer bekend is nie, uitgevoer word. Alhoewel misdaadstatistieke daarop dui dat sekere groepe persone 'n hoër risiko tot viktimisasie toon, is dit nodig dat alle persone bewus moet wees van die potensiele bedreiging van fisiese of emosionele aard aan die hand van 'n misdadiger.

3.4.1.2 Voorkoms van aanranding

Brewer (1994) noem dat aanranding deur 'n vreemdeling direk verband hou met die lewenswyse en roetine-aktiwiteite van die slagoffer en die geleenthede tot misdaad van die misdadiger. In tabel 3.1 kan waargeneem word dat die voorkoms van aanranding in die tydperk November 1999 tot Januarie 2000 so hoog was as 184,4 per 100 000 van die Suid-Afrikaanse populasie. In vergelyking met vorige statistieke is aanranding een van die misdade wat tans 'n sterk toename in Suid-Afrika toon.

3.4.1.3 *Impak van aanranding*

Selfs in die geval waar 'n persoon deur 'n misdadiger gekonfronteer word, afgesien daarvan of hy suksesvol was in sy poging tot die oortreding, is hierdie persoon 'n slagoffer. Die slagoffer ervaar 'n gevoel van verlies, wat gepaard gaan met blootstelling aan misdaad. Hierdie gevoel van verlies kan verder ontwikkel in 'n gevoel van skending van die self. Die slagoffer se fundamentele psigologiese sin van sekuriteit word bedreig, en herstel nie weer maklik nie (Brewer, 1994).

'n Belangrike psigologiese effek van misdaad is die skade wat dit aanrig aan die gevoel dat 'n persoon in beheer van sy/haar eie lewe is. Hierdie gevoel van beheer is belangrik vir 'n gesonde selfbeeld. Dit is veral moeilik om die gevoel van beheer te herstel in die geval van aanranding. Bykomend tot die gevoel van oorweldiging, is daar ook die besef by die individu dat 'n ander persoon beheer oor sy/haar lewe uitgeoefen het. Afgesien van hierdie gevoel van verlies moet die slagoffer ook die skuldgevoelens rondom die insident verwerk (Brewer, 1994; Neiderbach, 1986).

Bard en Sangrey (1979) beskryf drie fases waardeur 'n slagoffer van misdaad sal gaan: Die eerste fase is die impak en gedisorganiseerde fase. Tydens hierdie fase word die slagoffer oorweldig met gevoelens van vrees, onbevoegdheid en isolasie. Die tweede fase is die terugslagfase, waar die vraag "Waarom ek?" die predominante strydvraag in die slagoffer se lewe is. Tydens die derde fase poog die individu om 'n normale rol in die samelewing te hervat.

3.4.2 **Verkragting**

3.4.2.1 *Algemeen*

Met die groei van feministiese bewegings is die aandag toenemend gefokus op die voorkoms van verkragting en die aard van die psigologiese respons

van die slagoffer. Verkragting was vroeër beskou as 'n misdaad van passie waar die slagoffer gesien is as 'n medepligtige, terwyl verkragting nou as 'n geweldsmisdaad wat sonder uitsondering 'n emosionele krisis by die slagoffer veroorsaak, beskou word (Bassuk, 1980; Holmstrom & Burgess, 1978). Soos in die geval van ander krisistoestande veroorsaak die krisis van verkragting, komplekse emosies en simptome wat ontvou in 'n voorspelbare orde binne 'n bepaalde tyd. Volgens laasgenoemde navorser moet kwessies rondom die krisis opgelos en geïntegreer word ten einde te verhoed dat die slagoffer probleme ondervind met die terugkeer na die vorige vlak van funksionering.

3.4.2.2 *Voorkoms van verkragting*

Die voorkoms van verkragting in Suid-Afrika is een van die hoogste in die wêreld. In 1988 is 'n totaal van 19 308 aanklagtes van verkragting deur die Suid-Afrikaanse Polisie (SAPD) ontvang. In 1996 verhoog die syfer na 'n skokkende 50 481 (Allan et al., 1998). Spratt (1999) meld dat 49 280 vroue en kinders in 1998 verkragting gerapporteer het. Meer as 45% hiervan is na die hof verwys, waarvan slegs 9% tot vonnisoplegging gelei het.

Volgens Allan et al. (1998) dui inligting van die Nasionale Instituut vir Misdaad Voorkoming en Rehabilitasie (NICRO), daarop dat die situasie erger is as wat statisties weerspieël word. NICRO skat dat slegs een uit elke twintig verkragtings by die SAPD aangemeld word. Teen hierdie agtergrond word daar gereken dat daar elke 83 sekondes 'n verkragting plaasvind. Die SAPD het onlangs selfs die ekstreme skatting gemaak dat een verkragting elke 35 sekondes in Suid-Afrika plaasvind (Allan et al., 1998). Spratt (1999) stel dat tussen 30% en 70% van gevalle nooit gerapporteer word nie.

Soveel as een uit elke vier verkragte vroue in Suid-Afrika is slagoffers van die sogenaamde "*gang rape*". Volgens Spratt (1999), meld die Universiteit van Suid-Afrika se Instituut vir Sosiale en Gesondheidswetenskappe dat daar in meer as 25% van verkragtingsgevalle meer as een verkragter betrokke is.

Spratt (1999) maak ook melding van die volgende bevindinge:

- a) Volgens Interpol, het Suid-Afrika die hoogste verkrachtingsyfer in die wêreld.
- b) In 1996 was die voorkoms van verkragting in Suid-Afrika drie keer hoër as in die Verenigde State van Amerika.
- c) In die 12 maande tussen Augustus 1998 en Julie 1999 was 17 503 gevalle van verkragting by kinders deur die Kinderbeskermingseenheid ondersoek.
- d) In 1998, het 32% van verkrachtings landswyd, meisies onder die ouderdom van 17 betrek. Slegs 11% van hierdie gevalle het gelei tot die oplegging van 'n vonnis.

3.4.2.3 *Impak van verkragting*

Daar is veral drie faktore wat bydra tot die ernstigheid van die reaksie op verkragting. Alhoewel verkragting deur byna enige persoon as 'n krisis ervaar sal word, is daar egter individue by wie 'n groter risiko tot krisisbeleving aanwesig sal wees, byvoorbeeld 'n volwassene wat as kind molesteer is. 'n Tweede faktor is die aard van die voorafgaande gebeurtenis. In sommige gevalle gaan die verkragting met geweld en vernedering gepaard. In ander gevalle vind die verkragting oor 'n langer tyd plaas en soms is meer as een misdadiger betrokke. Die derde element behels die individuele pogings om die krisis op te los. Wat veral belangrik is, is die hanteringsmeganismes van die slagoffer gedurende en direk na afloop van die verkragting (Bassuk, 1980; Brewer, 1994).

Verkragting is die ergste vorm van skending van die self, met indringing van die innerlike en mees persoonlike ruimte van die individu; gepaardgaande daarmee is 'n verlies aan outonomie en beheer (Notman & Nadelson, 1980). Die mees algemene psigologiese effekte van verkragting is vernedering, isolasie en skuldgevoelens vir sowel as die slagoffer en familie. Daar is in geen ander omstandighede as in die geval van verkragting, 'n groter gevoel van vrees en verlies teenwoordig by 'n slagoffer van misdaad nie (Brewer,

1994). In vele gevalle vorm die slagoffer 'n opinie dat hy/sy verantwoordelik is vir dit wat gebeur het (Jones, 1991).

As gevolg van die traumatiese gebeurtenis, wat normale hanteringsmeganismes oorskry, kan die slagoffer verhoogde angstigheid ervaar, hulpeloos voel, en 'n verskeidenheid ander simptome ontwikkel. Die situasie vereis van die slagoffer om hanteringsmeganismes te wysig of om nuwe hanteringsmeganismes te ontwikkel. Indien dit nie plaasvind nie, vind regressie plaas. Weens die emosionele staat van die slagoffer, is hierdie 'n optimale tyd vir effektiewe intervensie. Die moontlikheid bestaan dat die intervensie nie net tot die oplossing van die spesifieke krisis bydra nie, maar kan ook ondersteuning met persoonlike groei bied (Bassuk, 1980).

3.4.3 Moord

3.4.3.1 Algemeen

Moord is 'n kriminele handeling wat volg na intense konflik tussen minstens twee persone en wat opgelos is deur dodelike geweld. Die verhouding tussen die slagoffer en die misdadiger, intrafamilieel of vreemdeling, speel 'n belangrike rol in die wyse waarop die misdadiger verhoor word. Dit wil voorkom dat, indien 'n slagoffer deur 'n algehele vreemdeling vermoor is, die regering meer geneig is tot toewysing van swaarder straf aan die misdadiger (Karmen, 1990).

3.4.3.2 Voorkoms van moord

Volgens tabel 3.1 is die voorkoms rondom moord die laagste met 14,0 per 100 000 van die populasie. Dit is belangrik om daarop te let dat hierdie statistieke slegs verwys na die slagoffers, en nie na die hoeveelheid persone wat indirek betrokke (ooggetuie, familie/vriend van slagoffer) is by die misdaad nie. Perreira (1999) noem dat by slegs 52 uit elke 100 000 persone moord die oorsaak van dood is. Dit word ook genoem dat, terwyl moord

tussen 1974 en 1997 met 184% gestyg het, aangemelde moorde tussen 1996 en 1997 met 8,4% gedaal het.

3.4.3.3 *Impak van moord*

Min literatuur aangaande die impak van moord is beskikbaar. Daar is tot dusver nie veel aandag geskenk aan die familie, vriende en ooggetuies van hierdie misdaad nie. Volgens Schurink, Snyman, Krugel en Slabbert (1992) is daar min misdade waarvan die oorlewende en indirekte slagoffers sulke ernstige, langtermyn- en verregaande gevolge ervaar. Die persone naaste aan die familie – oorlewende gesinslede, familie en vriende – word die ergste getraumatiseer. Die psigologiese gevolge van die trauma word vir baie jare, indien nie vir die res van hul lewens nie, saamgedra.

3.5 TRAUMA-INTERVENSIE

Pretorius en Van Rensburg (1998), Jefferson (1999) en Lerner (1997) noem dat intervensie onmiddellik na 'n psigologiese trauma die ontwikkeling van chroniese psigiatriese komplikasies, insluitend PTSV, kan voorkom. Volgens eersgenoemde outeurs kan sosiale ondersteuning voor en na afloop van die gebeurtenis voorkomend van aard vir die ontwikkeling van die versteuring wees. Turnbull (1998) en Jefferson (1999) noem ook dat die kans vir die ontwikkeling van PTSV groter is in die afwesigheid van onmiddellike bystand om die oorweldigende emosionele trauma te hanteer. Krisisintervensie waar ventilasie van emosies en beelde, geassosieer met die trauma, aangespreek word, is wenslik.

Daar is uiteenlopendheid in die beskouing van die rol van trauma-intervensie in die behandeling van PTSV. Larkin (1999), Medley (1996) en Bolwig (1998) meld dat kenners dit eens is dat trauma-intervensie die gekose behandeling vir PTSV is, maar voeg by dat daar tot op hede min statistiese steun daarvoor bestaan. Eersgenoemde outeur meld ook dat ontlofting selfs negatiewe gevolge kan inhou. Indien ontlofting op die verkeerde wyse en/of op 'n

verkeerde tyd gedoen word, mag dit 'n ongewenste uitkoms hê. Turnbull (1998) plaas ook klem op die feit dat krisisintervensie deur ervare en opgeleide individue hanteer moet word. Onervare persone kan veroorsaak dat die impak van die traumatiese situasie vererger word, en dat die slagoffer selfs meer skade berokken word as in die afwesigheid van 'n intervensie. Amir et al. (1998) het egter gevind dat krisisintervensie positief deur die slagoffers beleef word, aangesien dit die slagoffers help in die hantering van hul gevoel van hulpeloosheid en oorlewingskuld. Sommige individue leer om met ander oor die voorval te praat, wat kan bydra tot 'n meer gesonde beskouing van die trauma. Lerner (1997) noem egter dat enige persoon wat direk met slagoffers van traumatiese gebeure werk, in die posisie is om effektiewe intervensie te kan bied.

Weens die aard van oorlewingskuld is dit belangrik om hierdie begrip kortliks te bespreek. Oorlewingskuld is 'n moeilike konsep vir die slagoffer om te verstaan. Aan die een kant is daar 'n verligting dat jy leef, aan die ander kant is daar skuld omdat jy oorleef het, terwyl ander nie so gelukkig was nie (Parkinson, 1993). Wat die skuldgevoel vererger is, dat dit op realiteite, die werklike dood van andere en die pogings om self aan die lewe te bly, gebaseer is. Hierdie skuldgevoel kan uiteindelik tot self-destruktiewe gedrag deur die oorlewende lei (Goodwin, 1987).

Daar is ook persone wat die mening huldig dat intervensie, wat direk na blootstelling aan 'n traumatiese gebeurtenis voorkom, die meeste sukses behaal en dat die beste resultate verkry word indien intervensie plaasvind binne ure of dae na blootstelling aan die traumatiese gebeurtenis (Friedman, 1997a; Labardee, 1999). Onmiddellike ondersteuning sal egter nie in alle gevalle die ontwikkeling van PTSV voorkom nie. Daar word gemeen dat sekere individue oor 'n groter biologiese weerbaarheid tot die ontwikkeling van die versteuring beskik, en dat hulle ondanks 'n terapeutiese ingreep PTSV sal ontwikkel (Butler, 1997; Solomon & Benbenishty, 1988). Verskeie faktore beïnvloed die ontwikkeling van PTSV. Bogenoemde word nie tans deur individue wat trauma-intervensie toepas, in ag geneem nie. Hanterings- en verdedigingsmeganismes, vorige blootstelling aan trauma, 'n geskiedenis van

psigologiese morbiditeit en dissiatiewe gedrag, met verwysing na die traumatiese ervaring, kan van kardinale belang wees vir die uiteindelijke impak en gevolg van die insident (Bolwig, 1998). Indien hierdie faktore nie in ag geneem word met die ontlooting nie, sal in sekere gevalle nie die gewenste effek bereik word nie.

3.5.1 Kritiese Insident Spanningsontlooting

Hierdie benadering is gegrond op die oortuiging dat psigologiese herstel van psigologiese skade aangehelp word deur intervensie waar die slagoffer die spanningsvolle insidente aan iemand anders kan vertel (Bolwig, 1998). Mitchell se kritiese insident spanningsontlooting (CISD), word beskou as 'n uiters effektiewe ontlootingsprogram (Departement van Maatskaplike Dienste, 1995). Vervolgens word hierdie proses beskryf soos deur die Departement van Maatskaplike Dienste uiteengesit.

3.5.1.1 Ontlooting op of naby die toneel

Ontlooting word toegepas op of naby die toneel waar die trauma plaasgevind het. Hierdie fase geskied op 'n informele wyse. Die krisiswerker help die werkers en slagoffers om hul gevoelens te ventileer, en terselfdetyd vind supervisie plaas om die voorkoms van akute stresreaksies te monitor en te rapporteer. Hierdeur word die krisiswerker in staat gestel om persone wat akute stresreaksies toon, van die situasie te onttrek en in 'n minder spanningsvolle omgewing te plaas. Die krisiswerker sien toe dat die slagoffer deur verdere fisiese en psigiese skade, en teen sekondêre trauma beskerm word (media, nuuskurigheid, departementeel, ensovoorts).

3.5.1.2 Aanvanklike ontlooting

Die aanvanklike ontlootingsfase geskied gewoonlik enkele ure na afloop van die traumatiese insident. Die groep kan deur 'n opgeleide krisiswerker gefasiliteer word, maar ontlooting geskied gewoonlik sonder 'n leier, en vind

plaas wanneer die groep begin ontspan en 'n atmosfeer van gemeenskaplike ondersteuning gevorm word. Groeplede begin die insident en hul gevoelens op 'n spontane manier bespreek.

3.5.1.3 *Formele CISD-groep*

Die formele *CISD*-groep word deur 'n opgeleide krisiswerker gelei en daar word gereeld van 'n tweede krisiswerker gebruik gemaak. Die groep-intervensie vind gewoonlik tussen 24 en 28 uur na afloop van die insident plaas, en duur tussen 3 en 5 ure. Dit is uiters belangrik dat hierdie fase deur 'n opgeleide persoon uitgevoer word weens die moontlikheid van intense emosies wat deur sekere groeplede ervaar kan word. Daar is sewe stappe wat in hierdie fase ingesluit is:

a) Bekendstelling

Die reëls van die *CISD*-model word aan die groeplede verduidelik. Die feit dat die inligting vertroulik is, word beklemtoon. Dit is belangrik dat die groeplede bewus is van die feit dat die doel van die groep is om ondersteuning te bied, en nie is om 'n feitelike weergawe van die insident te verkry nie.

b) Feitelike fase

Tydens hierdie fase deel die groeplede die feite van die insident met mekaar. Dit is belangrik dat die feite met behulp van al die sintuie herroep word.

c) Denkfase

Gedurende hierdie fase word die gedagtes van die groeplede rondom die insident bespreek. Groeplede word aangemoedig om hul gedagtes gedurende en na 'afloop van die insident met die

groep te deel. Verskillende waarnemings word geïdentifiseer en kognitiewe herstrukturering kan plaasvind.

d) Emosionele fase

Die groep bespreek hul emosionele reaksies op die trauma. Emosies wat hulle tydens die insident ervaar het en in die huidige situasie ervaar, word breedvoerig bespreek. Dit is belangrik dat die groepleier daarop let dat die groep nie oorweldig word deur een persoon, of dat enige persoon uitgesluit word nie.

e) Fisiese en psigiese simptome

Groeplede bespreek spesifieke fisiese en psigiese simptome wat hulle tydens die insident ervaar het en tans ervaar. Die bewustheid en identifisering van gemeenskaplike simptome dra by tot die ontwikkeling van die normaliteitsbeginsel, en gee die groeplede 'n sin van beheer. Dit is belangrik dat die groepleier in hierdie fase inligting rakende die normaliteit van die spesifieke reaksies weergee.

f) Stresshantering

Groeplede bespreek hoe hulle in die verlede en tans spanning hanteer. Praktiese tegnieke en vaardighede word geïdentifiseer, bygevoeg en bespreek.

g) Afsluiting

Inligting word geïntegreer en vrae word beantwoord. Dit is belangrik om die groep in te lig aangaande waar addisionele hulp verkry kan word. Die moontlikheid van 'n volgende sessie kan bespreek word, indien dit nodig blyk te wees.

3.5.1.4 Opvolg CISD-groepsessie

In sommige gevalle kan 'n opvolgsessie nodig wees, wat in individuele of groepverband kan geskied.

3.6 KOSTE VAN TRAUMA

Solomon en Davidson (1997) meld dat slagoffers van trauma oor die algemeen onwillig is om hulp te soek, wat gevolglik enorme finansiële implikasies, nie net vir die slagoffer nie, maar ook vir die Departement van Gesondheid en die samelewing inhou. Foa (1997) maak ook melding van die geweldige onkoste wat met chroniese PTSV vir die slagoffer en die samelewing gepaardgaan.

Volgens Solomon en Davidson (1997) is psigiatriese inperking 'n ernstige gevolg van blootstelling aan trauma, maar is egter nie die enigste negatiewe gevolg nie. Individue wat blootgestel was aan 'n traumatiese gebeurtenis, ontwikkel in baie gevalle ander probleme, byvoorbeeld by fisiese gesondheid-, sosiale en beroepsfunksionering. Daar word dan ook bygevoeg dat by persone met PTSV 'n groter risiko bestaan om gesondheidsprobleme te ontwikkel.

PTSV oefen selfs 'n negatiewe invloed op organisasies uit. Hierdie versteuring lei tot verlaagde produktiwiteit, afwesigheid, 'n geneigdheid tot ongelukke en lei tot gedrag wat die werknemer se vervulling van werkvereistes, en uiteindelik die produktiwiteit van die organisasie beïnvloed (Allan et al., 1998). Navorsing toon dat 9,7% van persone wat sedert April 1998 tot April 1999 hul beroepe verlaat het, dit gedoen het met die doel om te emigreer. Nagenoeg twee-derdes (60%) van hierdie persone het die hoë misdaadsyfer as rede aangevoer (Louw, 1999).

In 1991 het tussen 3,1 en 4,7 miljoen slagoffers van misdaad in Amerika behandeling vir geestesongesteldheid ontvang en wel teen 'n beraamde

koste van \$8,3 - \$9,7 biljoen (Solomon & Davidson, 1997). Die mening is egter dat hierdie beramings 'n onderskatting van die totale koste is.

3.7 SAMEVATTING

Ons leef in 'n samelewing waar misdaad aan die orde van die dag is. Daaglik word duisende mense in Suid-Afrika blootgestel aan verskeie tipes misdaad, en verskillende vorme van trauma. Hierdie persone is almal blootgestel aan die risiko om PTSV te ontwikkel.

Bekamping van misdaad kan 'n invloed uitoefen op die hoeveelheid persone wat blootgestel word aan traumatiese gebeurtenisse. Weens die aard van traumatiese gebeurtenisse, sal daar selfs met totale uitwissing van misdaad, steeds slagoffers van trauma wees. Die verantwoordelikheid berus dus by die samelewing om die effek van traumatiese gebeurtenisse tot die minimum te beperk, waarvan een moontlike metode, trauma-intervensie kan wees. Teen hierdie agtergrond is die traumalyn aan die Universiteit van die Oranje-Vrystaat gevestig. Die behoefte bestaan egter om die effektiwiteit van hierdie poging te evalueer.

Die blootstelling aan traumatiese gebeure het nie net 'n geweldige impak op die persone betrokke nie, maar selfs op die breë samelewing en die land se ekonomie. Die onkoste verbonde aan die gevolge van trauma, beloop astronomiese bedrae. Die besigheidsektor verloor personekrag, nie net weens die direkte effek van trauma en misdaad nie, maar ook weens die sekondêre effek daarvan. Dit is dan ook hierdie faktore wat 'n rol speel in die behoefte na 'n effektiewe metode om die ontwikkeling van PTSV en die gevolge daarvan te bekamp.

Wat krisisintervensie betref, wil dit voorkom asof baie meningsverskille steeds rakende die wenslikheid daarvan bestaan. Uit die literatuur is daar veral drie standpunte duidelik. Aan die een kant van die spektrum is daar die individue wat die opinie huldig dat krisisintervensie die ontwikkeling van PTSV kan

voorkom, en aan die ander kant die individue wat meen dat dit in sekere gevalle selfs skade kan aanrig en dat die persoon beter af sou wees in die afwesigheid van enige intervensie. Derdens is daar dié wat meen dat, indien die intervensie nie positiewe effekte tot gevolg het nie, dit ten minste nie skade kan aanrig nie.

In hierdie studie word die hipotese gestel dat indien trauma-intervensie direk na afloop van traumatiese blootstelling plaasvind, dit die ontwikkeling van PTSV kan voorkom. Die effektiwiteit van so 'n intervensieprogram word in hierdie studie ondersoek. Dit is egter ook waar dat selfs in die teenwoordigheid van trauma-intervensie 'n proporsie van die individue steeds PTSV sal ontwikkel. In die volgende hoofstuk word verskillende terapeutiese benaderings in die hantering van PTSV bespreek.

HOOFSTUK 4

BEHANDELING VAN PTSV

4.1 INLEIDING

Die voorkoming van psigiatriese versteurings word verdeel in primêre, sekondêre en tersiêre voorkoming. Primêre voorkoming behels die voorkoming van die aanvang van 'n versteuring om sodoende die voorkoms daarvan te verminder. Sekondêre voorkoming sluit die vroeë identifisering en spoedige behandeling van versteurings in, om sodoende die voorkoms te verminder deur die siekteduur te verkort. Tersiêre voorkoming behels die vermindering van die voorkoms van residuele ongeskiktheid of inkorting in funksionering as gevolg van die psigiatriese versteuring (De Wet & Swartz, 1993).

Foa (1997) meld dat 'n dringende behoefte bestaan vir die effektiewe korttermynbehandeling van PTSV, nie alleen vir die pasiënt se eie gesondheid nie, maar ook om die pasiënt en die samelewing die geweldige onkoste van chroniese PTSV te spaar. Butler (1997) meld dat 'n wye verskeidenheid terapieë met goeie resultate beskikbaar is vir die behandeling van PTSV. Behandeling fokus gewoonlik op die vermindering van angstigheid asook op streshanteringstegnieke. De Wet en Swartz (1993) meen dat 'n omvattende behandelingsplan vir die behandeling van PTSV vereis word, weens die multifaktoriale patogenetiese aard van die versteuring. Die benadering wat

uiteindelik gebruik word, sal afhang van die terapeut en sy persepsie ten opsigte van die aard van die versteuring (Yehuda, 1999b).

Navorsing toon dat langtermynsimptome van PTSV verminder kan word deur traumatiese herinneringe vroegtydig te konfronteer (Butler, 1997; Huisamen, 1993). Volgens Bursztajn et al. (1995) kan die angs met PTSV geassosieer, chronies raak en lei tot die onvermoë om 'n beroep te beoefen indien behandeling uitgestel of vermy word.

Butler (1997) merk dat intervensie kort na die trauma, met die spesifieke doel om hormoonvlakke te verlaag, 'n persoon jare se lyding kan spaar. Volgens Solomon en Davidson (1997) is daar gevind dat 'n korter gemiddelde duur van simptome (3 jaar) by persone voorkom wat professionele behandeling vir PTSV ontvang het, in vergelyking met die duur van simptome (5jaar) by persone wat nie behandeling ontvang het nie. Hierdie bevinding toon dat behandeling wat aan PTSV-lyers gebied word, die gemiddelde duur van die versteuring kan verkort.

Vervolgens word 'n aantal tegnieke bespreek wat aangewend kan word in die behandeling van PTSV.

4.2 PSIGOTERAPEUTIESE TEGNIEKE

4.2.1 Kognitiewe gedragsterapie

Die kognitiewe gedragsbenadering is gegrond op die aanname dat kennisies, emosies en gedrag in interaksie is, en dat hulle in 'n oorsaak-gevolg verhouding teenoor mekaar staan (Marais & Möller, 1998; Scott & Stradling, 1997). Die kognitiewe gedragsbenadering fokus op PTSV as 'n gekondisioneerde vreesrespons wat verwyder kan word deur bepaalde tegnieke (Yehuda, 1999b).

Boulware (1994) meld dat kognitiewe gedragsterapie in menige gevalle effektief is. Gesprek rondom die trauma, en die leerproses van alternatiewe optrede teenoor die traumatiese gebeurtenis, word vergemaklik indien die traumatiese insident in die terapeutiese omgewing herbeleef kan word. Volgens Medley (1996) is kognitiewe gedragstegnieke tans die mees belowende strategieë vir die behandeling van spesifieke PTSS-simptome.

Volgens Foa (1997) is daar spesifiek twee tipes kognitiewe gedragsterapieë by vroulike slagoffers van seksuele en nie-seksuele aanranding nagevors. Volgehoue blootstelling vereis van die pasiënt om die trauma herhaaldelik te herleef en om die gevreesde situasies en objekte wat verband hou met die trauma te konfronteer. Streshanteringsprogramme leer aan die pasiënt 'n verskeidenheid tegnieke om angssimptome te verminder.

4.2.1.1. Opleiding

Dit is belangrik om die pasiënt se kennis en bewustheid rondom die oorsake en simptome van PTSS aan te spreek. Die proses van opleiding kan help met die pasiënt se begrip van die traumatiese gebeurtenis. Die pasiënt kan aanvullende inligting gegee word in die vorm van boeke, artikels en uitdeelsukke (Marais & Möller, 1998). Die *American National Centre for PTSD* (2000) plaas klem op die feit dat dit nie net uiters belangrik is om die pasiënt in te lig rondom die feite van PTSS nie, maar dat die slagoffer se familie ook by die proses betrokke moet wees.

4.2.1.2. Blootstellingsterapie

Die gebruik van die kondisioneringsteorie in die konseptualisering van PTSS het daartoe gelei dat kenners blootstellingsterapie, wat voorheen suksesvol was met fobies, toepas in die behandeling van PTSS (Foa, 2000). De Wet en Swartz (1993) noem dat sommige terapeute blootstelling aan die herinneringe van die trauma as een van die belangrikste aspekte van terapie beskou. Volgens eersgenoemde outeur het die idee dat blootstelling aan die traumatiese gebeurtenis deel moet uitmaak van die traumaterapie, 'n

gevestigde geskiedenis in die sielkunde en psigiatrie. Blootstelling deur middel van beelding maak herbelewing van die gebeurtenis in 'n veilige, beheerde omgewing moontlik, terwyl reaksies en oortuigings rakende die insident aandag kan geniet (American National Centre for PTSD, 2000).

Blootstellingsterapie bestaan uit 'n stel tegnieke wat ontwerp is om die pasiënt te help om die gevreesde objekte, situasies, herinneringe en beelde te konfronteer (Foa, 2000; Ballenger et al., 2000). Die tegniek behels vier benaderings:

- a) Opleiding rakende algemene reaksies op trauma.
- b) Asemhalingstegnieke om ontspanning te bevorder.
- c) Herhaaldelike beleving van die trauma.
- d) Herhaaldelike verbalisering van die traumatiese gebeurtenis.

Hierdie tegnieke word gebruik om emosionele betrokkenheid van die pasiënt te bevorder en direkte situasies wat angs wek, en vermy word, omdat die pasiënt herinner word aan die trauma, aan te spreek (De Wet & Swartz, 1993; Foa, 1997; Foa, 2000).

Ballenger et al. (2000) meld dat een van die voordele van blootstellingsterapie is dat verbetering van simptome voorkom in so min as 9 tot 12 sessies. Foa (1997) meld dat hierdie behandeling nie net effektief is nie, maar ook baie maklik is om aan te leer. Die grootste uitdaging lê daarin om die terapeut se twyfel oor die wreedheid van die terapie te oorkom. Die feit bly egter staan dat die tegniek suksesvol is. Nie alleen verminder PTVS-simptome nie, maar die slagoffer leer ook om probleme te konfronteer en te oorwin, eerder as om dit te vermy. In teenstelling hiermee noem De Wet en Swartz (1993) dat oorstimulering wel komplikasies kan veroorsaak, soos die verergering van 'n depressiewe beeld, die verhoging van selfmoorddrange, die sneller van paniekaanvalle en intensifisering van substansmisbruik.

4.2.1.3 *Streshanteringsprogramme*

Weens die feit dat PTSV sekere simptome in gemeen het met Veralgemeende Angsversteuring, het kenners streshanteringsprogramme op individue met PTSV begin toepas. Streshanteringsprogramme het hul oorsprong in die siening dat patologiese angs voortvloei uit 'n tekort aan vaardighede om angs te hanteer (Foa, 2000).

Volgens Foa (2000) en Marais en Möller (1998) voorsien hierdie programme die pasiënte van hanteringsmeganismes om spanning te verminder wanneer dit voorkom. Streshanteringsprogramme bestaan uit: ontspanningsterapie, asemhalingsoefeninge, positiewe beelding, kognitiewe herstrukturering en afleidingstegnieke. Laasgenoemde outeurs meen selfs dat die pasiënt stresssimptome en angstigheids met gereelde oefening kan baasraak, sonder die gebruik van medikasie.

4.2.1.4 *Desensitiserings*

Desensitisasie kan op verskeie wyses toegepas word. Daar word onderskei tussen hoofsaaklik twee tipes desensitiserings: eerstens is daar desensitiserings rakende die trauma self, en tweedens desensitiserings teenoor situasies wat vermy word.

Eerstens word desensitiserings van die trauma aangespreek. Die pasiënt word gevra om 'n bandopname van die oorspronklike trauma te maak. Hierdie opname moet dan ten minste een keer per dag geluister word, maar die band mag nie afgeskakel word voordat die pasiënt nie 'n groter mate van ontspanning ervaar nie. Sekere asemhalings- en ontspanningstegnieke kan gebruik word terwyl die pasiënt na die bandopname luister. Sommige pasiënte verkies dit om van bio-terugvoer apparaat gebruik te maak, terwyl hulle na die bandopname luister (Scott & Stradling, 1997).

Tweedens moet desensitiserings plaasvind rondom situasies wat vermy word. Desensitiserings is veral bruikbaar wanneer vermyding gegrond is op vrees en

bedreiging. Dit is belangrik om die situasies te identifiseer wat die pasiënt as bedreigend ervaar. Die vermyde situasies word deur die pasiënt in 'n hiërargie geplaas op grond van die hoeveelheid ongemak wat elkeen van die situasies by die pasiënt ontlok. Die situasie wat die meeste ongemak wek, word bo aan die hiërargie geplaas. Huiswerk word gegee wat daarop gerig is om uiteindelik die situasie bo aan die hiërargie baas te raak (Scott & Stradling, 1997). Die *American National Centre for PTSD* (2000) beskou desensitisering voordelig in die sin dat die trauma stapsgewys aangespreek word deur te begin by minder ontstellende situasies.

Kognitiewe gedragsterapie maak van verskeie tegnieke gebruik om die simptomatologie van PTSV aan te spreek. Die terapeut kan besluit of alle tegnieke geïnkorporeer gaan word in die terapie, en of 'n seleksie gemaak moet word van die mees gepaste tegnieke vir die spesifieke geval. Die spesifieke stel simptome waarmee die pasiënt presenteer, sowel as die persoonlikheid van die pasiënt, sal 'n invloed uitoefen op die tegnieke wat gebruik word. Dit is belangrik dat die terapeut sensitief sal bly teenoor die unieke behoeftes van die pasiënt.

4.2.2 Kognitiewe terapie

Foa (2000) meld dat alle terapieë vir PTSV effektief is tot die mate waartoe hulle daarin slaag om foutiewe denke te verander. Therapieë is ontwikkel om spesifiek irrasionele kognisies aan te spreek wat uiteindelik gelei het tot die ontwikkeling van kognitiewe terapeutiese programme vir PTSV.

Kognitiewe terapie is gebaseer op die veronderstelling dat sekere disfunkionele denkpatrone patologiese emosies voortbring. Hierdie emosies is sigbaar in die manifestasie van psigiatriese versteurings, insluitende PTSV. Die disfunkionele kognisies en die resulterende emosies lei tot irrasionele gedrag. Kognitiewe terapie leer die pasiënte om die disfunkionele kognisies te identifiseer, hul uit te daag, en te vervang met funksionele, realistiese oortuigings (Foa, 2000).

Marais en Möller (1998) meen dat die doel van terapie is om die pasiënt te help met die integrasie van die trauma in die basiese aannames oor die self en die wêreld. Die fokus is spesifiek op die pasiënt se basiese aannames rondom veiligheid, bevoegdheid en beheer. Didaktiese tegnieke, asook identifisering en betwisting van disfunksionele denke, word in die behandeling toegepas (De Wet & Swartz, 1993).

4.2.3 Korttermyn terapie

Korttermyn terapie is in alle areas van die sielkunde toenemend in aanvraag weens 'n al hoe groter aanvraag daarvoor asook die koste daaraan verbode (McGorry, 1998).

Munczek (1998) noem dat korttermyn terapie in baie gevalle nie die optimale behandeling bied nie, maar dat dit in die meeste gevalle die enigste moontlike opsie is. Hierdie navorser noem verder verskeie redes waarom daar in sekere gevalle op korttermyn terapie gefokus word:

- a) Daar is 'n beperkte hoeveelheid sielkundiges in Derdewêreldlande en 'n groot behoefte aan hulle dienste.
- b) Korttermyn terapie bied meer mense toegang tot beperkte psigoterapeutiese hulpbronne.
- c) In die meeste derdewêreld-lande is daar geen model vir langtermyn terapie beskikbaar nie.
- d) Persone is dikwels meer gemaklik met korter terapeutiese ingrepe.
- e) Terapie word in verskeie gevalle vermy weens die stigma wat daaraan kleef.
- f) Die beperkte tyd benodig vir die ingreep maak korttermyn terapie meer toeganklik vir pasiënte.

Volgens Eagle (1992) is die rol van die terapeut in korttermyn terapie hoofsaaklik om inligting te ontlok, ondersteuning te bied en vervul ook 'n

opvoedkundige funksie. Die doel is om die pasiënt so vinnig as moontlik 'n gevoel van selfgenoegsaamheid te laat herwin. Dit is egter belangrik om selfs in korttermyn terapie stadig te begin, en nie té vinnig té veel inligting rondom die trauma te verkry nie. Dit is ook belangrik om die pasiënt in te lig oor die doelwitte van die terapie. Daar word tydens die verloop van die terapeutiese proses gepoog om die pasiënt se gevoelens en simptome beter te begryp. Ontspanningstegnieke word ook aangeleer om simptome te verlig (Munczek, 1998).

Daar is verskeie voordele en nadele verbonde aan korttermyn terapie. Daar is verskeie faktore wat 'n invloed uitoefen op die modaliteit wat uiteindelik gebruik gaan word. Die terapeut maak van kliniese oordeel en ondervinding gebruik tydens die opsomming van die situasie.

4.2.4 Routerapie

Die persoon met PTSV mag rou oor die verlies wat ervaar is met die trauma. Hierdie rouproses is meestal onvoltooid en mag vassteek in die ontkennings-, aggressiewe of depressiewe fase. Die take van die rouproses behoort deurgewerk te word, sodat die persoon kan voortgaan met sy lewe (De Wet & Swartz, 1993).

Die rouproses kan, alhoewel nie rigied, in vier fases verdeel word. Daar is ook nie 'n voorgeskrewe manier in watter volgorde die fases deurgemaak moet word nie, en kan van persoon tot persoon verskil. Die verdeling van die proses in verskillende fases vergemaklik dit egter vir die terapeut om bewus te wees van die onderskeie fases waardeur die pasiënt kan beweeg. Daar kan aanvanklik skok en ontkenning voorkom gevolg deur woede wat kan oorgaan in depressie. Indien die proses suksesvol verloop, behoort daar uiteindelik beweeg te word na aanvaarding en vrede (Parkinson, 1993; Dunlop, 1978).

Verskillende tegnieke kan gebruik word om beweging deur die fases te vergemaklik. Hierdie tegnieke sal verskil afhangend van die situasie en die

verlies wat ervaar is (Jones, 2000). Spesifieke tegnieke wat genoem word is die skryf van briewe, organisering van 'n roudiens, viering van die individu se lewe.

4.2.5 Groepterapie

Die eerste keuse vir die behandeling van PTSV sal individuele terapie wees. Slagoffers van PTSV beleef die trauma in die meeste gevalle baie persoonlik, en wil nie graag hul familie en vriende hieraan blootstel nie (Eagle, 1992). Lubin et al. (1998) noem ook dat individuele terapie die aangewese keuse is vir die vermindering van PTSV-simptome by meervoudig getraumatiseerde vroue. Groepterapie is in hierdie geval gebruik, maar bloot vir selfbeeldontwikkeling, verbetering van interpersoonlike vaardighede en die vermindering van sosiale isolering.

Alhoewel die hantering van PTSV nog nie ten volle in groepverband ge-evalueer is nie (Medley, 1996), is dit bruikbaar gevind in die behandeling van PTSV, veral ter aanvulling van individuele terapie (Eagle, 1992; Simpson, 1992). Lubin et al. (1998) meen egter dat groepterapie ook suksesvol aangewend kan word vir die vermindering van PTSV-simptome. Daar is gevind dat groepterapie veral kragtig is in die "normalisering" van simptome, deurdat persone gemeenskaplike eienskappe in ander groeplede kan identifiser. Die groepe voorsien die groeplede ook van 'n ondersteuningsstelsel (APA, 1999; Eagle, 1992; Medley, 1996).

In teenstelling hiermee beskou die *American National Centre for PTSD* (2000) groepterapie as 'n ideale terapeutiese omgewing weens die begrip wat by lede gekweek word rakende hul eie simptome en ervaring van trauma deur te luister na ander groeplede. Friedman (1997a) meen dat groepterapie die beste opsie is in die behandeling van chroniese PTSV.

4.2.6 Psigo-analise

Een van die inherente doelwitte van psigo-analise is integrasie van die traumatiese ondervinding. Die terapeutiese proses is daarop gerig om die trauma in simboliese orde te plaas. Dit moet dus deel word van die individu se verlede, en in 'n relevante tydsdimense geplaas word. Die werklike trauma moet verander word in iets wat onthou of onderdruk kan word, maar nie herbeleef sal word as die werklikheid nie (Varvin, 1998).

Volgens Krystal (1988:142) is die kern van psigo-analitiese traumateorie soos volg: "A paralyzed, overwhelmed state, with immobilization, withdrawal, possible depersonalization, and evidence of disorganization. There may be a regression in any or all spheres of mental functioning and affect-expression".

Beide die terapieë van konstruksie en dekonstruksie erken die rol van trauma, mishandeling en deprivasie in die oorsprong van emosionele versteurings. Terwyl sekere omgewingsfaktore erken word, word trauma, mishandeling en deprivasie in die tradisioneel dekonstrukturele benadering beskou as die oorsprong van angs, woede, skuldgevoelens, konflikte, verdedigings, transferensie en projeksie. Hierdie simptome kan aangespreek word met behulp van analise (Carveth, 1999). Hierdie outeur noem verder dat die terapeut 'n omgewing van veiligheid, begrip en positiewe responsiwiteit aan die pasiënt bied. Die tekorte wat ontstaan weens trauma, deprivasie en beperkte ontwikkeling word gevul in hierdie omgewing en nuwe, gesonder strukture gebasseer op positiewe internalisering en identifikasie, met die empatiese en optimaal responsiewe terapeut, ontwikkel.

Medley (1996) meen dat, alhoewel 'n bewustheid van die onderliggende dinamiese prosesse bruikbaar is vir die terapeut, psigodinamiese benaderings oor die algemeen nie behulpsaam by volwassenes met PTSV is nie.

4.2.7 Oogbeweging desensitisasie herprosessering

Sakardiese oogbeweging en desensitisasie herprosessering (OBDH) is 'n relatief nuwe terapie vir die behandeling van PTSV, en bestaan uit 'n vorm van blootstelling aan die traumatiese gebeurtenis en sakardiese oogbewegings. In OBDH word beelde rondom die trauma gevisualiseer terwyl oogbewegings, deur die vinnige heen-en-weer bewegings van die terapeut se vinger te volg, uitgevoer word. 'n Kognitiewe komponent word ook ingesluit, die pasiënt word gevra om negatiewe denke te vervang met positiewe denke (Foa, 2000; Friedman, 2000).

Kliniese bewyse ten opsigte van die effektiwiteit van OBDH bestaan, hoewel daar egter nie enige teoretiese basis bestaan wat die werking van die tegniek verklaar nie (Turnbull, 1998; *American National Centre for PTSD*, 2000).

Een voordeel van OBDH is die vinnige effek daarvan in vergelyking met sekere gedragsbenaderings, wat gewoonlik 'n sekere vorm van geleidelike blootstelling insluit (Turnbull, 1998).

4.2.8 Ander Tegnieke

Benaderings soos realiteitsterapie, gestaltterapie en logoterapie kan aanvullend tot ander terapieë gebruik word. Biblioterapie word toegepas deur boeke te lees of na video's te kyk. Beide hipnose en narko-analise kan diagnosties en terapeuties vir die behandeling van PTSV aangewend word (De Wet & Swartz, 1993). Die APA (1999) stel in sekere gevalle ook gesinsterapie voor, omdat individue met PTSV deur die gedrag van hul gades en kinders beïnvloed kan word.

Minder bekende tegnieke soos "Thought Field"-terapie en "Tapas Acupressure" word deur Friedman (2000) gemeld.

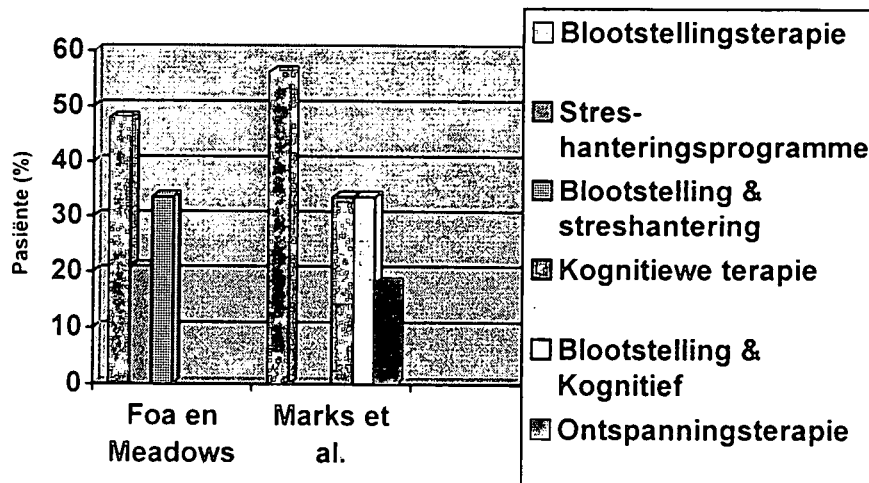
4.3 EFFEKTIVITEIT VAN PSIGOTERAPIE

De Vries (1998) noem dat dit waar is dat die waarde van trauma-intervensie nog nie bewys is nie, maar dat die meeste persone wat enige vorm van terapie ontvang, tevredenheid toon teenoor die ingrepe wat aangebied word. Summerfield (1998) antwoord hierop dat die klaarblyklike voordele van traumaprogramme eerder sosiokultureel as wetenskaplik van aard is.

Daar is verskeie faktore wat bydra tot die uitkomst van terapie. Volgens Foa (2000) dra die pasiënt se persepsie dat terapie kredietwaardig is, 'n hoë mate van motivering, gereelde bywoning van terapeutiese sessies, en die afwesigheid van voortdurende omgewingstressore by tot positiewe terapeutiese uitkomst. Dit wil egter voorkom asof daar by persone wat terapie die meeste nodig het, die swakste verbintenis tot terapie voorkom. Volgens Tarrier, Sommerfield en Pilgrim (1999) bestaan daar geen twyfel oor die invloed van die omgewing, en die aard van die verhouding van die getraumatiseerde individu met 'n betekenisvolle ander, op die effek van terapie nie. Vir Palumbo (1998) moet terapeute gebruik maak van teenoordrag om die pasiënt 'n gevoel van begrip te bied, en die versekering dat hy/sy nie meer alleen hoef te wees nie.

Met die beoordeling van die sukses van terapie moet daar egter in gedagte gehou word dat sommige pasiënte geweldige druk ervaar in die geval van wetlike en geregtelike prosedures, finansiële probleme, gesondheids probleme, periodes van major depressie, ensovoorts. Met inagneming van hierdie faktore is 'n geïntegreerde en langtermynbenadering in die hantering van PTSV nodig (Marais & Möller, 1998).

Foa (2000) maak melding van twee studies wat uitgevoer is waar verskillende psigoterapeutiese ingrepe met mekaar vergelyk is ten opsigte van goeie funksionering wat uiteindelik verkry is.



Figuur 4.1: Persentasie pasiënte wat goeie eindstaat-funksionering verkry het

In bogenoemde figuur dui goeie eindstaat-funksionering op $\geq 50\%$ verbetering op PTVS-telling en 'n telling van < 7 op die Beck Depressievraelys.

Uit bogenoemde tabel is dit duidelik dat in albei studies die grootste mate van sukses met blootstellingsterapie bereik is. Naas blootstellingsterapie, blyk blootstellingsterapie gekombineer met streshanteringprogramme, kognitiewe terapie, en blootstellingsterapie gekombineer met kognitiewe terapie ook relatief suksesvol te wees.

4.4 SAMEVATTING

Sonder die behandeling van PTVS, kan hierdie versteuring vir dekades voortduur (Simpson, 1992).

'n Feit wat egter nie betwis kan word nie, is dat persone met PTVS behandeling benodig. Die terapeutiese benadering waarop die terapeut gaan besluit, gaan afhang van sy persoonlike voorkeure asook vorige suksesse wat

met 'n spesifieke terapeutiese raamwerk behaal is. Met verwysing na die terapeutiese raamwerke wat in die hoofstuk bespreek is, is dit duidelik dat, indien 'n persoon reeds aan PTSD ly, 'n verskeidenheid terapeutiese ingrepe tot die terapeut se beskikking is in die hantering daarvan en dat blootstellingsterapie die beste resultate behoort te lewer.

HOOFSTUK 5

METODE VAN ONDERSOEK

5.1 INLEIDING

In die voorafgaande hoofstukke is met behulp van die literatuurstudie gepoog om 'n teoretiese grondslag te lê vir die empiriese gedeelte wat volg. In dié gedeelte word die ondersoekgroep, meetinstrumente, hipoteses en die statistiese tegniek bespreek.

In die metodologiese gedeelte van die studie sal eerstens aandag gegee word aan die navorsingsontwerp, asook die wyse van insameling van gegewens. Die samestelling en grootte van die ondersoekgroep, hipotesestelling en statistiese tegniek word daarna aangebied.

5.2 TIPE NAVORSING

Die navorsingstudie behels *ex post facto*-navorsing, aangesien die ondersoekgroep reeds aan die twee onderskeie groepe (aanwesigheid en afwesigheid van PTSV) behoort het (Huysamen, 1988). Volgens hierdie outeur kan die navorser ten opsigte van die tipe navorsing geen beheer oor die proefpersone se posisie ten opsigte van die onafhanklike veranderlike

uitoefen nie en daarom word daar na die onafhanklike veranderlike as die klassifikasiefaktor verwys.

5.3 NAVORSINGSONTWERP

Daar word in die studie gebruik gemaak van die kriteriumgroeponwerp. Lede van die ondersoekgroep behoort reeds aan verskillende groepe met betrekking tot die onafhanklike veranderlike. Volgens Huysamen (1995) is die doel van die ondersoek om vas te stel of hierdie groepe ten opsigte van die afhanklike veranderlike verskil.

In hierdie studie word die onafhanklike veranderlike verteenwoordig deur die aanwesigheid of afwesigheid van PTSV. Die afhanklike veranderlikes kan in drie hoofgroepe verdeel word:

- (a) Biografiese inligting: geslag, huwelikstatus, ras, huistaal, opvoedkundige kwalifikasies en werkstatus.
- (b) Tipe trauma en betrokkenheid daarby.
- (c) Ervaring van die terapeutiese ingreep na trauma.

Wat die laaste veranderlike (ervaring van die terapeutiese ingreep na trauma) betref, is verskeie aspekte deur die proefpersone beoordeel, naamlik: tydsduur wat verloop het voordat intervensie plaasgevind het, tydsduur van die intervensie self, waar die ingreep plaasgevind het, vorm van intervensie (groep of individueel) en hoe opvolg plaasgevind het.

5.4 SAMESTELLING VAN ONDERSOEGROEP

In die tydperk Desember 1998 tot Desember 1999 is 1260 slagoffers van trauma terapiees deur die traumaspan begelei. Daar is gebruik gemaak van die span se databasis om kontaknommers van die trauma slagoffers te bekom. Slegs 176 van hierdie groep het beskikbare adresse of

telefoonnommers gehad. Daar is gepoog om elkeen van hierdie persone te kontak. Weens foutiewe adresse, telefoonnommers, onwilligheid om aan die studie deel te neem, afsterwe van persone en verhuising, kon slegs 77 van hierdie persone uiteindelik bereik word, en is hulle in die studie betrek.

Hierdie ondersoekgroep bestaan dus uit 77 persone wat aan trauma blootgestel is, as 'n hoë risikogroep beskou vir die ontwikkeling van PTSV beskou word, en 'n trauma intervensieprogram deurloop het.

Die ondersoekgroep word vervolgens in terme van die onafhanklike en afhanklike veranderlikes, soos die ondersoekgroep daarop gerespondeer het, bespreek.

5.5 VERANDERLIKES

5.5.1 Onafhanklike veranderlike

Soos reeds aangedui, is die aan- of afwesigheid van PTSV die onafhanklike veranderlike in hierdie ondersoek. 'n Gestruktureerde onderhoud is deur die navorser opgestel, gebaseer op die DSM-IV kriteria vir PTSV. Vervolgens word hierdie kriteria bespreek, en word aangedui op watter wyse persone gediagnoseer is met PTSV, al dan nie.

5.5.1.1 *Kriterium A:*

Al die persone wat terapeuties deur die traumaspan begelei is, was blootgestel aan 'n traumatiese insident waar:

- 1) Die persoon 'n gebeurtenis of gebeure wat werklike dood (of die moontlikheid daarvan), of ernstige beserings, of die bedreiging van fisiese integriteit van hom-/haarself op ander ingesluit het, beleef.
- 2) Die persoon se respons op die gebeure intense vrees, hulpeloosheid of afgryse ingesluit het.

Al die persone in die ondersoekgroep voldoen dus aan kriteria A van PTSV.

5.5.1.2 *Kriteria B, C en D:*

Die vraelys is gestruktureer met die doel om navrae na die voorkoms van PTSV-simptome te rig, soos in die DSM-IV beskryf. Die respondente is gevra om die voorkoms van die simptome aan die hand van 'n vyfpunt Likert-skaal te beoordeel. Slegs in die geval waar aangedui is dat simptome nooit voorkom nie, is die simptome afwesig vir die diagnosering van PTSV. Dit wil sê dat selfs in die geval waar die simptome selde voorkom, dit as voldoende beskou is as 'n simptome van PTSV. Kategorieë waarop simptome beoordeel moes word, sluit in: Minstens een vorm van herbelewing (Kriteria B), drie van vermyding (Kriteria C) en twee van verhoogde opwekking (Kriteria D) moes by die respondent aanwesig gewees het.

5.5.1.3 *Kriterium E:*

Hierdie kriteria vereis dat die simptome in kriteria B, C en D vir meer as een maand teenwoordig moet wees. Al die respondente is tussen 6 en 12 maande na blootstelling aan die trauma opgevolg. Indien simptome in hierdie tyd vir minder as 'n maand voorgekom het, is dit op die vraelys as afwesig aangedui. Slegs simptome wat ten tyde van die onderhoud teenwoordig was vir ten minste een maand, is aangedui. Dit wil sê dat, indien 'n simptome as aanwesig aangedui is (ongegag die mate daarvan) dit reeds vir ten minste een maand teenwoordig was. Die rede hiervoor is dat enige vorm van retrospektiewe verslag rakende die teenwoordigheid en duur van simptome uitgesluit sou word. Onakkurate herroeping van hierdie inligting sou so ver moontlik uitgesluit word.

5.5.1.4 *Kriterium F:*

Hierdie kriteria vereis dat die versteuring klinies beduidende spanning of inperking op sosiale, beroeps- of ander belangrike areas van funksionering

veroorzaak. Al die onderhoude is persoonlik met die respondente gevoer, wat die navorser in staat gestel het om hierdie kriteria klinies te beoordeel. Al die respondente wat uiteindelik met PTVS gediagnoseer is, het inperking op ten minste een van die genoemde kriteria beleef. Hierdie inperking was van so 'n aard dat hulle in terapie betrokke was, of dat hulle minstens 'n behoefte getoon het dat die navorser hulle na 'n gepaste persoon vir terapie verwys.

5.5.2 Afhanklike veranderlikes

Die ondergroep in die navorsingstudie bestaan uit 77 slagoffers van trauma, wat gedurende die tydperk Desember 1998 tot Desember 1999 terapie deur die traumaspan begelei is. Die ondergroep word vervolgens in terme van die biografiese veranderlikes, die tipe trauma en hul betrokkenheid daarby, asook die ervaring van die persone rakende die terapeutiese ingreep bespreek. Met die uitsondering van ouderdom, is al die veranderlikes op die nominale skaal gemeet. Ouderdom is wel op die intervalskaal gemeet en ten opsigte van hierdie veranderlike sal die gemiddelde en standaardafwyking verskaf word.

Die verspreiding van die totale ondergroep rakende die biografiese veranderlikes word in tabel 5.1 verskaf. Die verspreiding van die tipe trauma en die slagoffers se betrokkenheid daarby sal in tabel 5.2, en hul ervaring van die terapeutiese ingreep in tabel 5.3 verskaf word.

Tabel 5.1: Frekwensiedistribusie van ondergroep rakende die biografiese veranderlikes

Afhanklike veranderlike	f	%
Geslag: Manlik	23	29,9
Vroulik	54	70,1
TOTAAL	77	100
Huwelikstatus: Ongetroud	26	33,8
Getroud	39	50,6
Geskei	5	6,5
Weduwee/wewenaar	5	6,5
Woon saam	1	1,3
Vervreem	1	1,3
TOTAAL	77	100
Ras: Asiër	0	0,0
Blank	59	76,6
Kleurling	8	10,4
Swart	10	13,0
TOTAAL	77	100
Huistaal: Afrikaans	56	72,7
Engels	11	14,3
Sotho	7	9,1
Tswana	3	3,9
Xhosa	0	0,0
TOTAAL	77	100
Opvoedkundige kwalifikasie: Geen	4	5,2
Laerskool	18	23,4
Hoërskool	39	50,6
Kollege/Technikon	11	14,3
Universiteit	5	6,5
TOTAAL	77	100
Werkstatus: Voltyds	47	61,0
Deeltyds	2	2,6
Werkloos	8	10,4
Pensionaris	7	9,1
Ander (ongespesifiseerd)	13	16,9
TOTAAL	77	100

Uit tabel 5.2 is dit duidelik dat die ondergroep hoofsaaklik uit dames (70,1%), getroude persone (50,6%), blanke persone (76,6%), Afrikaanssprekendes (72,7%), persone met hoërskoolopleiding (50,6%) en persone wat voltyds werk (61,0%) bestaan.

Dit is verder vanuit hierdie tabel duidelik dat daar in sekere kategorieë van die afhanklike veranderlikes nie genoegsame persone is om in die verdere

ontledings te gebruik nie. Ten opsigte van die volgende veranderlikes is enkele aanpassings gemaak, en wel soos volg:

- (a) Huwelikstatus: Die kategorieë "woon saam" en "vervreem" is weggelaat weens lae frekwensies.
- (b) Ras: Die kategorie "Asiër" is weggelaat aangesien niemand in hierdie kategorie voorkom nie.
- (c) Huistaal: Drie kategorieë is geskep naamlik: Afrikaans, Engels en Swart taal (Sotho, Tswana en Xhosa is saam gegroepeer).
- (d) Opvoedkundige kwalifikasie: Vier groepe is geskep naamlik: Geen, laerskool, hoërskool en naskoolse opleiding (Kollege, Technikon en Universiteitsopleiding is saam gegroepeer).
- (e) Werkstatus: Drie kategorieë is geskep, naamlik: werksaam (voltyds en deelyds is saam gegroepeer), werkloos en pensionaris.

Die ondersoekgroep het 'n gemiddelde ouderdom van 36,17 jaar met 'n standaardafwyking van ongeveer 15,5 jaar. Die jongste proefpersoon is 6 jaar, terwyl die oudste persoon 69 jaar is. Die ondersoekgroep verskil merkbaar ten opsigte van ouderdom en kan moontlik die resultate beïnvloed. Die navorser het in die geval van jonger kinders vroeë eenvoudiger aangebied sodat dit ten volle verstaan kon word deur die respondent.

Tabel 5.2: Frekwensiedistribusie van onderzoekgroep rakende die tipe trauma en hul betrokkenheid daarby

Afhanklike veranderlike	f	%
Tipe trauma: Motorongeluk	8	10,4
Fisiese aanval	3	3,9
Selfmoordpoging	6	7,8
Selfmoord	14	18,2
Verkragting	3	3,9
Skietvoorval	3	3,9
Moord	4	5,2
Gewapende roof	27	35,1
Inbraak	4	5,2
Ander (ongespesifiseerd)	5	6,5
TOTAAL	77	100
Betrokkenheid: Slagoffer	37	48,1
Ooggetuie	12	15,6
Familie van slagoffer	21	27,3
Vriend van slagoffer	7	9,1
TOTAAL	77	100

Uit bogenoemde tabel is dit duidelik dat die drie tipes trauma wat die meeste voorgekom het, in die eerste plek gewapende roof (35,1%), tweedens selfmoord (18,2%) en derdens motorongelukke (10,4%) is.

In ongeveer die helfte van die onderzoekgroep (48,1%) was die persoon self 'n slagoffer in die trauma.

Dit is verder vanuit hierdie tabel duidelik dat daar in sekere kategorieë van die afhanklike veranderlikes nie genoegsame persone is om in die verdere ontledings te gebruik nie. Ten opsigte van die volgende veranderlikes is enkele aanpassings gemaak, en wel soos volg:

- (a) Tipe trauma: Drie kategorieë is gevorm, naamlik: selfmoord, gewapende roof en ander tipe trauma.
- (b) Betrokkenheid by trauma: drie kategorieë is gevorm, naamlik: slagoffer, ooggetuie en familie/vriend van die slagoffer.

Tabel 5.3: Frekwensiedistribusie van ondersoekgroep rakende hul ervaring van die terapeutiese ingreep

Afhanklike veranderlike	f	%
Tydsduur voor intervensie: Minder as ½ uur	14	18,2
Tussen ½ uur en 1 uur	29	37,7
Tussen 1 en 2 ure	13	16,9
Langer as 2 ure	21	27,3
TOTAAL	77	100
Tydsduur van intervensie: Minder as ½ uur	8	10,4
Tussen ½ uur en 1 uur	35	45,5
Tussen 1 en 2 ure	26	33,8
Langer as 2 ure	8	10,4
TOTAAL	77	100
Plek van intervensie: Op trauma toneel	38	49,4
Hospitaal	15	19,5
Huis	22	28,6
Polisiekantoor	2	2,6
TOTAAL	77	100
Opvolg: Geen	44	57,1
Telefonies	4	5,2
Persoonlike besoek	8	10,4
Verwys na ander persoon/instansie	21	27,3
TOTAAL	77	100

Uit bogenoemde tabel is veral die volgens tendense duidelik. In meer as die helfte van die gevalle (55,9%) het die intervensie binne 1 uur na die voorval plaasgevind. In bykans 80% van die gevalle het die konsultasie tussen 'n halfuur en 2 ure geduur, selde korter as 'n halfuur (10,4%) of langer as 2 ure (10,4). Die helfte (49,4%) van die intervensies het op die traumatoneel plaasgevind. In nagenoeg al die intervensies (92,2%) is die slagoffers individueel gekonsulteer, slegs in 6 van die 77 gevalle is slagoffers in groepsverband hanteer. Dit is dan ook duidelik dat die meerderheid van die individue (57,1%) geen opvolg ontvang het nie, terwyl ongeveer 'n kwart (27,3%) van die persone wel na 'n ander persoon of instansie vir verdere hantering verwys is.

Daar sal nou oorgegaan word om die meetinstrument wat gebruik is in meer besonderhede te bespreek.

5.6 MEETINSTRUMENT

Die vraelys wat in hierdie studie gebruik is, is deur die navorser self opgestel. Eerstens word ondersoek ingestel ten opsigte van die demografiese gegewens, geslag, geboortejaar, huwelikstatus, ras, huistaal, opvoedkundige kwalifikasies en werkstatus van die respondent. Tweedens word daar bepaal aan watter tipe trauma die individu blootgestel was en wat sy/haar betrokkenheid by die trauma was. Hierdie inligting, met die uitsondering van die individu se geboortejaar, word uit die aard van die kategorieë nominaal gemeet.

Daarna word kriteria B, C en D, soos uiteengesit in die DSM-IV (1994), aan die respondent gestel. Hierdie simptome word aan die hand van 'n vyfpunt Likert-skaal beoordeel.

Laastens word die eienskappe wat die intervensie aangeneem het, soos deur die respondent beoordeel, gevra. Hierdie vrae is ook nominaal gemeet.

Die meetinstrument is gebruik om die voorkoms van PTSV in die ondersoekgroep te bepaal. Inligting rakende die biografiese gegewens, tipe trauma en betrokkenheid daarby, en die ervaring van die terapeutiese ingreep is gebruik om te bepaal of daar enige beduidende verskille bestaan tussen die groep wat gediagnoseer is met PTSV, en dié sonder die versteuring.

5.7 HIPOTESEFORMULERING

Soos aangedui in paragraaf 1.2 is die doel van die studie tweeledig. Ten einde die eerste doelwit te ondersoek sal die voorkoms van PTSV by hierdie ondersoekgroep vasgestel word en met soortgelyke hoë risiko-groepe vergelyk word. Weens 'n gebrek aan inligting by laasgenoemde groepe sal hierdie studie se bevindinge slegs by wyse van 'n oorsigtelike bespreking met ander soortgelyke studies vergelyk word. Dus word daar in die eerste geval geen statistiese hipotese geformuleer nie.

Ten opsigte van die tweede doelwit van die studie, naamlik of daar enige eienskappe van die persoon, trauma of intervensie is wat in verband gebring kan word met die voorkoms of afwesigheid van PTSV, is dit duidelik dat die afhanklike veranderlike uit drie hoofgroepe bestaan. Gevolglik is besluit om ten opsigte van elk van hierdie groepe 'n navorsingshipotese te formuleer. Gevolglik is die volgende hipoteses geformuleer:

- (a) Daar bestaan 'n beduidende verskil tussen persone met en dié sonder PTSV en hul biografiese omstandighede.
- (b) Daar bestaan 'n beduidende verskil tussen persone met en dié sonder PTSV en die tipe trauma en hul betrokkenheid daarby.
- (c) Daar bestaan 'n beduidende verskil tussen persone met en dié sonder PTSV en hul ervaring van die terapeutiese ingreep.

Elk van hierdie geformuleerde navorsingshipoteses kan in statistiese terme soos volg voorgestel word:

$$H_0 : P_{jk} = P_j P_k \text{ vir elk van die } jk\text{-selle}$$

$$H_1 : P_{jk} \neq P_j P_k \text{ vir ten minste een van die } jk\text{-selle}$$

Waar: j verwys na die aantal kolomme en

k verwys na die aantal rye vir elke betrokke situasie

(Huysamen, 1988)

Die statistiese prosedures wat gebruik is, sal vervolgens bespreek word.

5.8 DIE STATISTIESE TEGNIEK

Ten opsigte van die voorgenoemde hipoteses is die veranderlikes (met die uitsondering van ouderdom) op 'n nominale vlak gemeet en in hierdie geval sal die chi-kwadraattoets vir homogeniteit (Huysamen, 1988) gebruik word om

die gestelde hipoteses te ondersoek. Ten opsigte van die veranderlike ouderdom, wat op die intervalskaal gemeet is, sal die *t*-toets vir onafhanklike groepe uitgevoer word.

Die 5%-peil van beduidendheid word in hierdie studie gebruik. Al die statistiese tegnieke is met behulp van SAS-programmatuur (SAS Institute, 1985) gedoen.

5.9 SAMEVATTING

Dié hoofstuk lei die empiriese gedeelte van die navorsingstudie in. Hoewel die resultate uit die navorsing verkry, in die volgende hoofstuk aangebied en bespreek word, is daar reeds in hoofstuk 5 belangrike inligting verkry, waaruit moontlike afleidings gemaak kan word. Dit hou verband met die inligting weergegee deur middel van frekwensiedistribusies ten opsigte van die ondersoekgroep. Die ondersoekgroep blyk hoofsaaklik vroulik, blank, getroud en Afrikaanssprekend te wees. Die meeste lede van die ondersoekgroep se hoogste opvoedkundige kwalifikasie is hoërskoolopleiding en die beklee van 'n voltydse beroep.

Die navorsingsontwerp en -hipoteses, asook die bespreking van die insameling van gegewens, die statistiese tegniek en die meetinstrument het 'n belangrike deel van dié hoofstuk gevorm. In die volgende hoofstuk word die resultate van die statistiese tegniek aangebied en bespreek.

HOOFSTUK 6

AANBIEDING EN BESPREKING VAN RESULTATE

6.1 INLEIDING

In die voorafgaande gedeelte is die teorie van die eksperimentele ontwerp bespreek, terwyl die resultate wat uit die studie verkry is, vervolgens aangebied en bespreek sal word. Data verkry is gereduseer, sodat gevolgtrekkings gemaak kan word oor watter veranderlikes toepaslik is vir verwerking.

In die volgende gedeelte sal die inferensiële statistiek, naamlik resultate verkry uit die chi-kwadraattoets, aangebied en bespreek word (Huysamen, 1988).

6.2 RESULTATE

Die afhanklike veranderlikes is, soos beskryf in hoofstuk 5, na uitvoering van 'n frekwensiedistribusie geselekteer en gegroepeer om die geldigheid van die statistiese tegniek te verhoog. Die chi-kwadraattoets is met behulp van die SAS-rekenaarprogrammatuur uitgevoer. Die resultate word vervolgens verskaf.

Tabel 6.1: Frekwensieverdeling van onderzoeksgroep volgens onafhanklike veranderlike

PTSV	f	%
Aanwesig	24	31,2
Afwesig	53	68,8
Totaal	77	100,0

Vervolgens word bogenoemde resultate in verband gebring met vorige studies en verwagte voorkomssyfers van PTSD in hoërisiko-groepe.

Kaplan en Sadock (1997) skat die voorkomssyfer van PTSD in hoërisiko-groepe so hoog as 75%. In teenstelling met hierdie skatting meen Kessler (2000) dat die voorkoms van PTSD tot 'n groot mate afhang van die tipe trauma waaraan die slagoffer blootgestel was. Die verwagte voorkomssyfer van PTSD in enige tipe trauma is volgens laasgenoemde outeur egter 8,1% vir mans en 20,4% vir vrouens, wat merkbaar laer is as die voorkoms van PTSD in hierdie studie se ondersoeksgroep (31,2%).

In die studie van Ensink et al. (1997) is 21,6% van die kinders in die steekproef met PTSD gediagnoseer. Peltzer (1998) het in sy studie van 262 swart eerstejaarsielkunde-studente van die Universiteit van die Noorde, by slegs 12% van die proefpersone 'n diagnose van PTSD gemaak. Die lae voorkomssyfer in hierdie groep kan moontlik toegeskryf word aan die feit dat dit nie 'n hoërisiko-groep vir die ontwikkeling van PTSD was nie.

Beyers en Novello (1997) het in hul opvolgstudie van die Westdene-busramp nie diagnoses van PTSD gemaak nie, maar wel gevind dat 26,3% van die respondente steeds 'n vorm van geassosieerde vrees ervaar het. Daar was 31,5% gevalle wat melding gemaak het van 'n gevoel van algemene weerloosheid. Daar was selfs in hierdie groep respondente (15,7%) wat rusteloosheid, irriteerbaarheid, verhoogde aktiwiteitsvlakke en gevoelens van hulpeloosheid en depressie ervaar het, wat verband hou met die ramp. In slegs 10,5% van die gevalle is steeds terugflitse van die ongeluk ervaar. Dit is

egter belangrik om in gedagte te hou dat die studie slegs 19 persone ingesluit het, en dat die studie sewe jaar na die ongeluk uitgevoer is. Dit is dus moeilik om die resultate van hierdie studie te vergelyk met die bevindinge van Beyers en Novello.

Marais et al. (1999) het in 'n groep waar huishoudelike geweld aanwesig was, en wat dus ook 'n hoërisiko-groep is, by 35,3% van die individue PTSV gediagnoseer.

Dit is duidelik dat in die geval van hoërisiko-groepe die voorkoms van PTSV met tussen 8,1% en 75% wissel. In hierdie studies word daar nie gemeld dat die persone enige vorm van intervensie ontvang het nie. In die geval van laerisiko-groepe wissel die voorkoms van PTSV tussen 1% en 12%.

Uit bogenoemde navorsing is dit duidelik dat die meerderheid studies van die hoërisiko-groepe die voorkoms van PTSV tussen 20% en 30% beraam. Dit is slegs Kaplan en Sadock (1997) wat 'n beduidende hoër persentasie van 75% aandui. Vir doeleindes van hierdie studie word die voorkomssyfer van PTSV in hoërisiko-groepe op tussen 20 en 30% geskat.

In die lig van bogenoemde feite wil dit voorkom asof die voorkoms van PTSV in die studie (31,2%) goed met resultate van bogenoemde studies vergelyk kan word. Dit is egter belangrik om daarop te let dat in die genoemde studies geen vorm van intervensie betrokke was nie. Dit wil dus blyk asof die trauma-intervensie, soos dit op hierdie stadium bestaan, nie enige daadwerklike voorkoming van PTSV vir die slagoffers van trauma bied nie.

Tabel 6.2: Chi-kwadraatwaardes vir die toets van verskille in biografiese inligting, tipe en betrokkenheid by trauma en ervaring van terapeutiese ingreep tussen diene met PTSD en dié daarsonder (N=312 en Vryheidsgraad = 1)

Afhanklike veranderlike	v	X²	p-waarde
<i>Biografiese inligting</i>			
Geslag	1	0,008	0,928
Huwelikstatus	3	0,587	0,899
Ras	2	1,947	0,738
Huistaal	2	2,535	0,282
Opvoedkundige kwalifikasie	3	4,503	0,212
Werkstatus	2	2,933	0,231
<i>Trauma</i>			
Tipe	2	3,605	0,165
Betrokkenheid	2	7,255	0,027*
<i>Ervaring van intervensie</i>			
Tydskuur voor intervensie	3	6,033	0,110
Tydskuur van intervensie	3	9,151	0,027*
Plek van intervensie	3	1,258	0,739
Vorm van intervensie	1	2,947	0,086
Opvolging deur traumaspan	3	2,431	0,488

*p ≤ 0,05

Uit die tabel blyk dit dat daar ten opsigte van die persoon se betrokkenheid by die trauma asook die tydsduur van intervensie op die 5%-peil beduidende verskille tussen diene met PTSD en diene sonder PTSD voorkom. Die nulhipotese kan dus in hierdie twee gevalle verwerp word. Ten opsigte van al die ander gevalle moet die nulhipotese egter behou word.

Daar was dus soos verwag, 'n beduidende verskil tussen persone met en dié sonder PTSD wat betrokkenheid by die trauma betref. Betreffende die ervaring van die terapeutiese ingreep is daar slegs 'n beduidende verskil tussen die twee groepe wat die tyd van die ingreep betref. Die statistiese resultate ondersteun egter nie die hipotese dat enige van die ander veranderlikes 'n beduidende invloed uitgeoefen het op die ontwikkeling van PTSD nie.

Tabel 6.3: T-toetswaardes vir die toets van verskille in ouderdom tussen diegene met PTSV en die daarsonder

PTSV	X	s	t	p
Aanwesig	34,54	14,57	-0,609	0,5493
Afwesig	36,91	16,25		

Uit bogenoemde tabel blyk dit dat die gemiddelde ouderdomme van die twee groepe nie statisties beduidend verskil nie. Die nulhipotese moet dus in hierdie geval ook behou word. Hieruit is dit dus duidelik dat in hierdie studie die ouderdom van die proefpersoon nie 'n beduidende invloed uitgeoefen het op die ontwikkeling van PTSV nie. Dit kan dus afgelei word dat ouderdom in hierdie geval nie die persone gepredisponeer het tot die ontwikkeling van PTSV nie.

Ten einde die resultate beter te kan verstaan, word daar vir die twee betrokke veranderlikes kruistabelle verskaf en bespreek.

6.2.1 Betrokkenheid by trauma

Die frekwensies en rypercentasies vir die twee groepe (met en sonder PTSV) word ten opsigte van die persoon se betrokkenheid by die traumatiese voorval in Tabel 6.3 verskaf.

Tabel 6.4: Kruistabulering van groep ten opsigte van hul betrokkenheid by die traumatiese voorval

PTSV	Betrokkenheid by trauma			Rytotaal
	Slagoffer	Ooggetuie	Familie/vriend van slagoffer	
Aanwesig	17 70,83%	2 8,33%	5 20,83	24 31,17%
Afwesig	20 37,74%	10 18,87%	23 43,4%	53 68,83%
Kolomtotaal	37 48,05%	12 15,58%	28 36,36%	77 100%

Uit die tabel is dit duidelik dat, in vergelyking met diegene by wie PTSD afwesig is, 'n baie groter proporsie met PTSD die slagoffer was – 70,83% teenoor 37,74%. Met ander woorde, diegene wie direk aan die trauma blootgestel is, toon 'n groter neiging om PTSD te ontwikkel as diegene wie 'n familielid/vriend van die slagoffer was of wie net 'n ooggetuie van die insident was.

Blootstelling aan 'n traumatiese insident is noodsaaklik vir die ontwikkeling van PTSD (Barlow & Durand, 1995; McFarlane, 2000). Foa (1997) is van mening dat daar 'n verskil is in die voorkoms van PTSD afhangend van die tipe trauma waaraan die persoon blootgestel is. Dit is egter nie in hierdie studie gevind nie. Volgens Barlow en Durand (1995) en Bursztajn et al. (1995) hou die voorkoms van PTSD direk verband met die intensiteit en erns van die persoonlike ervaring van die trauma. Die bevindinge van die voorkoms van PTSD in hierdie studie, waar 'n groot hoeveelheid self die slagoffer in die trauma was, kan moontlik hierdeur verklaar word. Dit is moontlik dat die intensiteit waarmee die individu die trauma beleef tot 'n groot mate afhang van sy direkte betrokkenheid daarby, wat moontlik groter kan wees in die geval waar die individu self die slagoffer van die trauma was. In die geval waar die individu 'n ooggetuie of slegs familie/vriend van die slagoffer was, is dit moontlik dat die subjektiewe ervaring van die traumatiese gebeurtenis minder intens is.

6.2.2 Tydsduur van intervensie

Die frekwensies en rypersentasies vir die twee groepe (met en sonder PTSD) ten opsigte van die tydsduur van die intervensie word vervolgens verskaf.

Tabel 6.5: Kruistabulering van groep ten opsigte van die tydsduur van die intervensie

PTSV	Tydsduur van intervensie				Rytotaal
	Minder as ½ uur	Tussen ½ uur en 1 uur	Tussen 1 en 2 uur	Meer as 2 ure	
Aanwesig	6 25,0%	10 41,67%	5 20,83%	3 12,50%	24 31,17%
Afwesig	2 3,77%	25 47,17%	21 39,62%	5 9,43%	53 68,83%
Kolomtotaal	8 10,39%	35 45,45%	26 33,77%	8 10,39%	77 100%

Uit hierdie tabel is dit duidelik dat in vergelyking met diegene by wie PTSD afwesig is, 'n baie groter proporsie met PTSD minder as 'n ½ uur se intervensie ontvang het, naamlik 25,0% teenoor 3,77%. Met ander woorde diegene wie 'n relatief kort tydperk van intervensie ontvang het, was meer geneig om PTSD te ontwikkel as diegene wie vir 'n langer tydperk aan intervensie onderwerp is.

Talle skrywers meld dat intervensie onmiddellik na 'n psigologiese trauma die ontwikkeling van chroniese psigiatriese komplikasies, insluitend PTSD, kan voorkom (Jefferson, 1999; Lerner, 1997; Pretorius & Van Rensburg, 1998). Baie inligting bestaan rondom die geneigdheid tot die ontwikkeling van PTSD in die afwesigheid van onmiddellike bystand na 'n oorweldigende emosionele trauma (Jefferson, 1999; Turnbull, 1998). Min inligting bestaan egter aangaande die tydsduur wat die intervensie moet aanneem om optimaal te funksioneer.

Dit is interessant om daarop te let dat 'n statisties beduidende verskil tussen die groep met PTSD en dié daarsonder bestaan, met betrekking tot die tyd wat met die slagoffer deurgebring is. 'n Groot aantal van die persone wat vir minder as 'n halfuur intervensie ontvang het, het uiteindelik PTSD ontwikkel. Die rede hiervoor kan moontlik wees dat die tyd wat saam met die slagoffer deurgebring is, nie genoegsame ventilasie van hul emosies meegebring het nie.

Dit moet egter ook in gedagte gehou word dat die tyd wat saam met die slagoffer deurgebring is, direk bepaal word deur die erns van die trauma, soos deur die traumawerker opgesom, die behoefte van die slagoffer en die emosionele toestand van die slagoffer tydens intervensie. Dit kan dus moontlik wees dat in die tydperk wat die traumawerker met die slagoffer deurgebring het, daar nie enige aanduiding was dat die individu die trauma nie effektief sal kan verwerk nie.

Dit is dan ook hierdie kwessie wat dit uiters belangrik maak dat die traumaprogram soos dit op die oomblik bestaan, aangepas word om voorsiening te maak vir hierdie gevalle. Soos dit hier duidelik blyk, kan die effek van die trauma eers later sy tol eis. Dit sou dus van waarde wees indien persone wat deur die traumaspan begelei is, opgevolg word ten einde te verseker dat die persoon goed aanpas na afloop van die trauma.

6.3 OPSOMMING VAN RESULTATE

Uit die frekwensiedistribusie (voorkoms van PTSV) en die resultate van die chi-kwadraattoets word die volgende afgelei:

- Uit die frekwensiedistribusie-resultate is daar waardevolle inligting ten opsigte van die voorkoms van PTSV in hierdie groep verkry:
 - Die voorkoms van PTSV in hierdie ondersoekgroep is bepaal op 31%. Hierdie persentasie stem in 'n groot mate ooreen met verskeie voorstellings waar daar geen intervensie betrokke is nie (Beyers & Novello, 1997; Ensink et al., 1997; Kessler, 2000; Marais et al., 1999).

Die verwagte voorkomssyfer van PTSV in hierdie groep was laer as die voorspelling van ander studies, weens die terapeutiese ingreep wat vir

hierdie groep aangebied was. Dit wil dus voorkom asof die intervensieprogram nie die ontwikkeling van PTSV verhoed het nie.

- Die resultate van die chi-kwadraattoets toon die volgende:
 - Daar blyk 'n verband tussen betrokkenheid by trauma en die ontwikkeling van PTSV te bestaan. Uit die resultate blyk dat persone wat self 'n slagoffer in die traumatiese gebeurtenis was, meer geneig is tot die ontwikkeling van PTSV, terwyl die voorkoms van PTSV laer is vir die groepe wat slegs 'n ooggetuie of vriend/familie van die slagoffer was.
 - 'n Verband blyk tussen die tydsduur van die intervensie en die ontwikkeling van PTSV te bestaan. Daar bestaan 'n statisties beduidende verskil tussen diegene wat PTSV ontwikkel het, en dié wat nie die versteuring ontwikkel het nie aangaande die tydperk van intervensie. Diegene wat 'n relatief kort tydperk van intervensie (minder as 'n halfuur) ontvang het, was meer geneig om PTSV te ontwikkel as diegene wie vir 'n langer tydperk aan intervensie onderwerp is.

6.4 LEEMTES IN DIE STUDIE

Die leemtes in die navorsingstudie het veral betrekking op die empiriese gedeelte en kan as volg beskryf word:

- Die toetsing van die hipoteses is bemoeilik deur die beperkte aantal persone wat uiteindelik vir die studie beskikbaar was. 'n Groter steekproef sou tot gevolg gehad het dat die frekwensies van die selle van die chi-kwadraattoets vergroot en sodoende 'n hoër betroubaarheid van resultate verseker het.

- Deurdat daar gepoog is om retrospektiewe inligting tot die minimum te beperk, is daar slegs inligting bekom aangaande die hoeveelheid individue wat ten tyde van die studie PTSV gehad het. Inligting betreffende die algehele voorkoms van PTSV vanaf blootstelling aan die traumatiese gebeurtenis tot die uitvoer van die studie het dus verlore gegaan.

6.5 LEEMTES IN DIE TRAUMA-INTERVENSIE PROGRAM

- 'n Stelsel waar inligting ten opsigte van adresse en kontaknommers op dieselfde wyse deur traumawerkers ingesamel en aangeteken word sal navorsing baie vergemaklik en tot 'n groter betroubaarheid van resultate lei.
- 'n Gebrekkige verwysing- en opvolgsisteem veroorsaak dat slagoffers van trauma nie genoegsaam opgevolg word nie.
- Uit die resultate kan afgelei word dat, soos die traumalyn op die oomblik funksioneer, en indien die groep proefpersone as 'n hoërisikogroep beskou word, dit nie bydra tot die voorkoming van die ontwikkeling van PTSV nie. Indien hierdie terapeutiese intervensieprogram aangepas kon word, kan die ontwikkeling van PTSV voorkom word.

6.6 AANBEVELINGS VIR VERDERE STUDIE

Die volgende aanbevelings kan ten opsigte van verdere studie gemaak word:

- Om die veralgemeenbaarheid en betroubaarheid van die resultate van die studie te vergroot, moet die steekproef vergroot word.

- Die korrektheid en betroubaarheid van die insameling van inligting sal beter beheer kan word indien 'n eksperimentele studie eerder as 'n retrospektiewe studie uitgevoer word.
- Die voorkoms van PTSV gedurende enige tydperk na die voorkoms van die trauma, kan bepaal word deur die studie oor 'n langer tydperk uit te voer.

Die aanbevelings sluit die hoofstuk oor die bespreking van resultate af. Die totale studie word afgesluit deurdat dit samevattend opgesom word.

OPSOMMING

Uit die literatuurstudie blyk dit dat PTSV 'n ernstige versteuring is, wat alle segmente van die samelewing affekteer. Talle navorsers het al studies uitgevoer met betrekking tot die bepaling van PTSV in die algemene populasie, en ook in groepe wat blootgestel is aan verskillende tipes trauma. Die ontwikkeling van PTSV hou verband met blootstelling aan traumatiese gebeurtenisse, en kan nie ontwikkel in die afwesigheid van hierdie situasies nie.

Uit die literatuur is voorts afgelei dat redelike kontroversie bestaan rakende die moontlikheid om die ontwikkeling van PTSV te voorkom. Sommige skrywers meen dat intervensie onmiddellik na blootstelling aan 'n traumatiese gebeurtenis die ontwikkeling van PTSV kan voorkom, terwyl ander meen dat trauma-intervensie in sekere gevalle meer skade kan aanrig as wat dit positiewe gevolge kan hê. Die hipotese dat blootstelling aan 'n trauma-intervensieprogram die voorkoms van PTSV by hoërisiko-groepe sal verminder, is gestel om sodoende die effektiwiteit van die intervensieprogram te beoordeel.

Uit die literatuur is verder afgelei dat verskeie biologiese, psigodinamiese, sosiale en kulturele faktore in verband staan met die ontwikkeling van PTSV. Die hipotese dat verskeie veranderlikes, naamlik biografiese veranderlikes, tipe trauma en betrokkenheid daarby en die beleving van die intervensieprogram met die ontwikkeling van PTSV verband hou, is gevorm.

Eerstens is PTSV as psigiatriese versteuring bestudeer. Daarna was dit ook nodig om trauma, as oorsaak van PTSV te bespreek. Hier is ook verwys na misdaad in Suid-Afrika en die invloed daarvan op die blootstelling aan trauma in ons land. 'n Belangrike deel van die studie was dan ook om verskillende psigoterapeutiese benaderings vir die behandeling van PTSV te bespreek.

Na die bespreking van verskillende resultate is die metode van ondersoek bespreek. Sewe en sewentig persone wat in die tydperk Desember 1998 tot Desember 1999 deur die traumaspan terapieë begelei is, is in die ondersoekgroep ingesluit. 'n Bepaling van die voorkoms van PTSV in hierdie groep is gedoen en 'n chi-kwadraattoets vir onafhanklikheid is uitgevoer ten einde die verband tussen die onderskeie afhanklike veranderlikes en die voorkoms van PTSV te ondersoek.

Resultate kan as volg aangemeld word:

- 'n Totaal van 31% van die ondersoekgroep is gediagnoseer met PTSV.
- Enkele van die onafhanklike veranderlikes blyk in die studie 'n verband met die voorkoms van PTSV te toon:
 - In gevalle van betrokkenheid by trauma (persone wat self slagoffers van 'n traumatiese insident was) was die voorkoms van PTSV hoër as by diegene wat slegs ooggetuies of vriend/familie van die slagoffer was.
 - Tydsduur van intervensie. Persone wat onderwerp was aan 'n korter tydsduur van intervensie (minder as 'n halfuur) was meer geneig om PTSV te ontwikkel as diegene wat 'n langer tydperk van intervensie ondergaan het.

Benewens belangrike afleidings wat uit resultate gemaak kon word, was die studie waardevol in die opsig dat dit duidelik toon dat verdere navorsing ten opsigte van die effektiwiteit van die intervensieprogram noodsaaklik is.

SUMMARY

From the literature it is evident that PTSD is a serious disorder which affects all segments of the society. A number of researchers have conducted research with reference to the prevalence of PTSD in the broader society and in high-risk groups. The development of PTSD is related to exposure to a traumatic incident, and does not develop in the absence of these instances.

From the literature it is also evident that some controversy exists regarding the possibility to prevent the development of PTSD. Some writers are of the opinion that intervention directly after exposure to a traumatic situation can prevent the development of PTSD, while others are of the opinion that in certain instances intervention can do more harm than good. The hypothesis was stated that exposure to a trauma intervention programme will reduce the development of PTSD in high-risk groups in order to determine the effectiveness of this intervention programme.

Literature states that a variety of biological, psychodynamic, social and cultural factors are related to the development of PTSD. The hypothesis that various variables (such as biological variables, type of trauma and the involvement of the victim, and the way in which the intervention programme was experienced) are related to the development of PTSD, was formed.

In the first instance PTSD was studied as a psychiatric disorder. Thereafter it was important to discuss trauma as a cause of PTSD. There was referred to crime in South Africa and the impact that it has on exposure to traumatic incidents in our country.

Seventy-seven victims of trauma, who were seen by the trauma workers between December 1998 and December 1999, were included in the study. The prevalence of PTSD was determined in this group, and the chi-square test for independence was administered to determine the relationship between various dependent and independent variables and the prevalence of PTSD.

Results are as follows:

- A total of 31% of the subjects was diagnosed with PTSD.
- From the study it was clear that only two variables seemed to be related to the development of PTSD:
 - The incidence of PTSD in people involvement in trauma (persons who were victims of a traumatic incident) was higher than in those who were only eyewitnesses or friends/family of the victim.
 - Time of intervention. Persons who were subjected to a shorter period of intervention (less than half an hour) tended to develop PTSD to a higher degree than those who had undergone a longer period of intervention.

Apart from important conclusions that could be made from the results, the study was valuable due to the fact that it is, however, evident that further research regarding the effectiveness of the intervention programme is inevitable.

BRONNELYS

- Allan, A., La Grange, H., Niehaus, D., Scheurkogel, R. & Stein, D. (1998). More about post-traumatic stress disorder. *Continuing Medical Education Journal*, **16**(2), 138-148.
- Alloy, L.B., Acocella, J. & Bootzin, R.R. (1996). *Abnormal psychology* (7th ed.). New York: McGraw-Hill.
- American National Center for PTSD (2000). Treatment of PTSD. *A National Center for PTSD Fact Sheet*. Retrieved September 12, 2000 from the World Wide Web: <http://www.atss-hq.com/>.
- American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, D.C.: APA.
- American Psychiatric Association (APA). (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed. rev.). Washington, D.C.: APA.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, D.C.: APA.
- American Psychiatric Association (APA). (1999). Let's talk facts about ... Posttraumatic stress disorder. Retrieved April 16, 2000 from the World Wide Web: <http://www.aaets.org/arts/art1.htm>.
- Amir, M., Kaplan, Z., Efroni, R. & Kotler, M. (1999). Suicide risk and coping styles in posttraumatic stress disorder patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, **68**(2), 76-81.

- Amir, M., Weil, G., Kaplan, Z., Tocker, T. & Witztum, E. (1998). Debriefing with brief group psychotherapy in a homogeneous group of non-injured victims of a terrorist attack: a prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **98**(3), 237-242.
- Ballenger, J.C., Davidson, J.R.T., Lecrubier, Y., Nutt, D.J., Foa, E.B., Kessler, R.C., McFarlane, A.C. & Shalev, A.Y. (2000). Consensus statement on posttraumatic stress disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, **61**(suppl. 5), 60-66.
- Bard, M. & Sangrey, D. (1979). *The crime victim's book*. New York: Basic Books.
- Barlow, D.H. & Durand, V.M. (1995). *Abnormal psychology*. Washington, D.C.: Brooks/Cole.
- Bassuk, E.L. (1980). A crisis theory perspective on rape. In S.L. McCombie (Ed.), *The rape crisis intervention handbook* (pp.121-129). New York: Plenum.
- Beyers, D. & Novello, A. (1997). PTSD: Impact on youth's progression to young adulthood: report back on a seven year follow-up of Westdene bus-disaster survivors. *Die Maatskaplikewerk – Navorsers – Praktisyn*, **10**(2), 189-199.
- Bolwig, T.G. (1998). Debriefing after psychological trauma. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **98**(3), 169-170.
- Boulware, C. (1994). Post Traumatic Stress Disorder. Retrieved April 16, 2000 from the World Wide Web: <http://www.aaets.org/arts/art71.htm>.

- Brady, K.T. (1997). Posttraumatic stress disorder and comorbidity: Recognizing the many faces of PTSD. *Journal of Clinical Psychiatry*, **58**(suppl. 9), 12-15.
- Breslau, N., Davis, D.C. & Andreski, P. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder of an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, **48**, 216-222.
- Brewer, J.D. (1994). *The danger from strangers, confronting the threat of assault*. New York: Plenum.
- Brewin, C. (1998). Intrusive memories, depression and PTSD. *The Psychologist*, **6**, 281-283.
- Bursztajn, H.J., Joshi, P.T., Sutherland, S.M. & Tomb, D.A. (1995). Recognizing posttraumatic stress. *Patient Care*, **29**(6), 40-61.
- Butler, K. (1997). After shock. *Health*, **11**(7), 104-111.
- Carveth, D. (1999). Is there a future in disillusion? Constructionist and deconstructionist approaches in Psychoanalysis. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, **27**(2), 325-358. Retrieved September 12, 2000 from the World Wide Web: <http://www.webb.net/sites/carveth/aap.html>.
- Corrigan, T., Dimant, T., Forgey, H., Kane-Berman, J., Mophuthing, T., Nyanisile, P., Pienaar, D., Smith, C. & Spratt, J. (2000). State of the nation. *Fast Facts*, **1**, 5-7.
- Departement van Maatskaplike Dienste. (1995). *Ontlonting/Debriefing Werkwinkel aangebied gedurende Augustus 1995 te Pretoria*.

- De Vries, F. (1998). To make drama out of trauma is fully justified. *The Lancet*, **351**(9115), 1579-1580.
- De Wet, J.M. & Swartz, S. (1993). Posttraumatische stresversteuring: Behandeling en voorkoming. *Geneeskunde*, **35**(1), 11-16.
- Dunlop, R.S. (1978). *Helping the bereaved*. Maryland: The Charles Press.
- Eagle, G. (1992). Violence and mental health: Post-traumatic stress and depression. *Critical Health*, **41**, 41-46.
- Emmelkamp, P.M.G., Bouman, T.K. & Scholing, A. (1992). *Anxiety disorders, a practitioner's guide*. New York: Wiley.
- Emmelkamp, P.M.G. & Van Oppen, P. (1994). Anxiety Disorders. In V.B. van Hasselt & M. Hersen (Eds), *Advanced abnormal psychology*. (pp.273-293). New York: Plenum.
- Ensink, K., Robertson, B.A., Zisis, C., & Leger, P. (1997). Post-traumatic stress disorder in children exposed to violence. *South African Medical Journal*, **87**(11), 1526-1530.
- Erikson, K.T. (1976). *Everything in its path: Destruction of community in the Buffalo Creek flood*. New York: Simon & Schuster.
- Foa, E.B. (1997). Trauma and women: Course, predictors and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, **58**(suppl. 9), 25-28.
- Foa, E.B. (2000). Psychological treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, **61**(suppl. 5), 43-48.
- Friedman, M.J. (1997a). Post-traumatic stress disorder: an overview. *National Center for PTSD*. Retrieved April 16, 2000 from the World Wide Web: <http://www.aaets.org/arts/art71.htm/>.

- Friedman, M.J. (1997b). Posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, **58**(suppl. 9), 33-36.
- Friedman, M.J. (2000). *Post-traumatic stress disorder*. Retrieved June 16, 2000 from the World Wide Web: <http://www.atss-hq.com/>
- Goodwin, J. (1987). The etiology of combat-related Post-traumatic stress disorders. *Post-traumatic stress disorders: a handbook for clinicians*, 1-18. Retrieved September 12, 2000 from the World Wide Web: <http://www.trauma-pages.com/goodwin.htm>.
- Holmstrom, L.L. & Burgess, A.W. (1978). *The victim of rape, institutional reactions*. New York: John Wiley & Sons.
- Huisamen, M. (1993). "Ek kan nie meer nie...". *Servamus*, **86**(10), 18-19.
- Huysamen, G.K. (1988). *Inferensiële statistiek en navorsingsontwerp: 'n Inleiding*. Pretoria: Academica.
- Huysamen, G.K. (1995). *Metodologie vir die sosiale en gedragwetenskappe*. Durban: Southern boekuitgewers.
- Jefferson, T. (1999). Primary care physicians and post-traumatic stress disorder. *JAMA*, **282**(18), 1710-1711.
- Jones, E. (1991). *Working with adult survivors of child sexual abuse*. London: Karnac Books.
- Jones, J.G. (2000). Mental health intervention in the aftermath of a mass casualty disaster. *Indian Health Service*. Retrieved September 12, 2000 from the World Wide Web: <http://www.fsu.edu/~trauma/a2v5i3.htm>.
- Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (1997). *Synopsis of psychiatry* (8th ed.). Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins.

- Karmen, A. (1990). *Crime victims: An introduction to victimology*. California: Brooks/Cole.
- Kessler, R.C. (2000). Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society. *Journal of Clinical Psychiatry*, *61*(suppl. 5), 4-12.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Huges, M. & Nelson, C.B. (1996). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives General Psychiatry*, *52*, 1048-1060.
- Krystal, H. (1988). *Integration and self-healing*. Hillsdale, New Jersey: The Analytic Press.
- Kulka, R., Schlenger, W., Fairbank, J., Hough, R.L., Jordan, B.K., Marmar, C.R. & Weiss, D.S. (1990). *Trauma and the Vietnam War Generation*. New York: Bruner/Mazel.
- Labardee, L.L. (1999). The new era of post-trauma care. *The American Academy of Experts in Traumatic Stress*. Retrieved April 16, 2000 from the World Wide Web: <http://www.aaets.org/arts/art1.htm>.
- Larkin, M. (1999). Can post-traumatic stress disorder be put on hold? *Lancet*, *354*(9183), 1008.
- Lerner, M.D. (1997). Early intervention - a multidisciplinary effort. *The American Academy of Experts in Traumatic Stress*. Retrieved June 4, 2000 from the World Wide Web: <http://www.aaets.org/arts/art1.htm>.
- Long, P.W. (1992). Posttraumatic stress disorder: European description. *Internet Mental Health*. Retrieved April 16, 2000 from the World Wide Web: <http://www.mentalhealth.com>.
- Louw, R. (1999). Crime still the biggest cause of emigration. *Southern Africa Report*, *17*(13), 7.

- Lubin, H., Loris, M., Burt, J. & Johnson, D.R. (1998). Efficacy of psychoeducational group therapy in reducing symptoms of posttraumatic stress disorder among multiple traumatized women. *American Journal of Psychiatry*, **155**(9), 1172-1177.
- Marais, A., De Villiers, P.J.T., Möller, A.T. & Stein, D.J. (1999). Domestic violence in patients visiting general practitioners – prevalence, phenomenology, and association with psychopathology. *South African Medical Journal*, **89**(6), 635-640.
- Marais, A. & Möller, A.T. (1998). Psychotherapy of posttraumatic stress disorder. *CME*, **16**(2), 115-122.
- McFarlane, C. (2000). Posttraumatic stress disorder: a model of the longitudinal course and the role of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, **61**(suppl. 5), 15-20.
- McGorry, P. (1998). Commentary on Munczek's "Short-term treatment of a Central American torture survivor". *Psychiatry*, **61**(4), 330-334.
- McNally, R.J. (1992). Psychopathology of post-traumatic stress disorder (PTSD): Boundaries of the syndrome. In M. Bosoglu (Ed.), *Torture and its consequences* (pp. 229-252). New York: Cambridge University.
- Medley, I. (1996). Post-traumatic stress disorder. *British Journal of Hospital Medicine*, **55**(9), 567-570.
- Miller, T.W. (1992). Long-term effects of torture in former prisoners of war. In M. Basoglu (Ed.), *Torture and its consequences* (pp.107-135). New York: Cambridge University.

- Mollica, R.F. & Caspi-Yavin, Y. (1992). Assessment and diagnosis. In M. Basoglu (Ed.), *Torture and its consequences* (pp.253-274). New York: Cambridge University.
- Munczek, D.S. (1998). Short-term treatment of a Central American torture survivor. *Psychiatry*, **61**(4), 318-328.
- Neiderbach, S. (1986). *Invisible wounds, crime victims speak*. New York: Haworth.
- Niehaus, D.J., Van Niekerk, A. & Stein, D.J. (1998). Symptoms of post-traumatic stress disorder. *Continuing Medical Education Journal*, **16**(2), 103-107.
- Notman, M.T. & Nadelson, C.C. (1980). Psychodynamic and life-stage considerations in the response to rape. In S.L. McCombie (Ed.), *The rape crisis intervention handbook* (pp.131-142). New York: Plenum.
- Nutt, D.J. (2000). The psychobiology of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, **61**(suppl. 5), 24-30.
- Palumbo, J.A. (1998). Using countertransference in treating PTSD. *The American Academy of Experts in Traumatic Stress*. Retrieved April 16, 2000 from the World Wide Web: <http://www.aaets.org/arts/art1.htm>.
- Parkinson, F. (1993). *Post-trauma stress*. London: Sheldon Press.
- Peltzer, K. (1998). Traumatic experiencing and post traumatic psychological symptoms in South African university students. *Central African Journal of Medicine*, **44**(11), 280-283.
- Perreira, P. (1999). Haal Mufamadi die paal? *Finansies en Tegniek*, **51**(4), 10-11.

- Peterson, C. (1996). *The psychology of abnormality*. New York: Harcourt Brace.
- Peterson, K.C., Prout, M.F. & Schwarz, R.A. (1991). *Post-traumatic stress disorder*. New York: Plenum Press.
- Pretorius, P.J. & Van Rensburg, P.H.J.J. (1998). Post-traumatic stress disorder. *Continuing Medical Education Journal*, **16**(1), 39-44.
- SAS Institute (1985). *SAS User's guide: statistics version 5*. Editor. Cary: Author.
- Schönteich, M. (1999). Crime increase partly a statistical quirk. *Fast Facts*, **3**, 2-3.
- Schurink, W.J., Snyman, I., Krugel, W.F. & Slabbert, L. (1992). *Victimization: Nature and trends*. Pretoria: HSRC.
- Scott, M.J. & Stradling, S.G. (1997). Client compliance with exposure treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress* **10**(3), 523-526.
- Simpson, M. (1992). Post-traumatic stress disorder: a response to abnormal circumstances. *Critical Health*, **41**, 37-40.
- Smith, M.R. (1998). Helplessly overwhelmed. *The American Academy of Experts in Traumatic Stress*. Retrieved April 16, 2000 from the World Wide Web: <http://www.aaets.org/arts/art1htm>.
- Solomon, S.D. & Davidson, J.R.T. (1997). Trauma: prevalence, impairment, service use, and cost. *Journal of Clinical Psychiatry*, **58**(suppl. 9), 5-11.

- Solomon, Z. & Benbenishty, R. (1988). The role of proximity, immediacy and expectancy in frontline treatment of combat stress reaction among Israelis in the Lebanon War. *American Journal of Psychiatry*, **143**, 613-617.
- South African Police Service. (2000). The monthly bulletin on reported crime in South Africa 2/2000. Retrieved March 18, 2000 from the World Wide Web: [http://www.saps.co.za/8crimeinfo/bulletin/2000\(2\).htm](http://www.saps.co.za/8crimeinfo/bulletin/2000(2).htm).
- Spratt, J. (1999). Descending into barbarism. *Fast Facts*, **10**, 2-3.
- Stein, D.J. & Levenstein, S. (1998). Post-traumatic stress disorder: new findings with clinical relevance. *Continuing Medical Education Journal*, **16**(2), 101-102.
- Sue, D., Sue, D. & Sue, S. (1994). *Understanding abnormal behaviour* (4th ed.). Boston: Houghton Mifflin Company.
- Summerfield, D.A. (1998). "Trauma" and the experience of war: a reply. *The Lancet*, **351**(9115), 1580-1581.
- Tarrier, N., Sommerfield, C. & Pilgrim, H. (1999). Relatives' expressed emotion (EE) and PTSD treatment outcome. *Psychological Medicine*, **29**(4), 801-811.
- Turnbull, G.J. (1998). A review of post-traumatic stress disorder. Part II: Treatment. *Injury*, **29**(3), 169-175.
- Van der Kolk, B., Pelcovitz, D. & Roth S. (1996). Dissociation, somatization and effective dysregulation: the complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, **153**(suppl. 7), 83-93.

- Varvin, S. (1998). Psychoanalytic psychotherapy with traumatized refugees: Integration, symbolization, and mourning. *American Journal of Psychotherapy*, **52**(1), 64-71.
- Volpe, J.S. (1996). Traumatic stress: An overview. *The American Academy of Experts in Traumatic Stress*. Retrieved April 16, 2000 from the World Wide Web: <http://www.aaets.org/arts/art1.htm>.
- Yehuda, R. (1999a). Biological factors associated with susceptibility to posttraumatic stress disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, **44**(1), 34-39.
- Yehuda, R. (1999b). Managing anger and aggression in patients with posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, **60** (suppl. 15), 33-37.

BYLAE A

VRAELYS TER BEPALING VAN POST-TRAUMATIESE STRESSIMPTOME

VRAELYS TER BEPALING VAN POST-TRAUMATIESE STRES SIMPTOME

--	--	--

1-2

DEMOGRAFIESE GEGEWENS:

1. Geslag:

- a) Manlik
- b) Vroulik

1
2

3

2. Geboortejaar:

19

--	--

4 - 5

3. Huwelikstatus:

- a) Ongetroud
- b) Getroud
- c) Geskei
- d) Weduwee / Wewenaar
- e) Woon saam
- f) Vervreem

1
2
3
4
5
6

6

4. Ras

- a) Asiër
- b) Blank
- c) Indiër
- d) Kleurling
- e) Swart

1
2
3
4
5

7

5. Huistaal

- a) Afrikaans
- b) Engels
- c) Sotho
- d) Tswana
- e) Xhosa

1
2
3
4
5

- f) Zulu
- g) Ander _____

6

7

--

8

6. Opvoedkundige kwalifikasies

- a) Geen
- b) Laerskool
- c) Hoërskool
- d) Kollege / Technikon
- e) Universiteit
- f) Ander _____

1

2

3

4

5

6

--

9

7. Werkstatus

- a) Voltyds
- b) Deeltyds
- c) Werksloos
- d) Pensionaris
- e) Ander _____

1

2

3

4

5

--

10

8. Tipe Trauma

- a) Motorongeluk
- b) Fisiese aanval
- c) Selfmoordpoging
- d) Selfmoord
- e) Verkragting
- f) Skietvoorval
- g) Moord
- h) Gewapende roof
- i) Inbraak
- j) Ander _____

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

--	--

11-12

9. Betrokkenheid by trauma

- a) Slagoffer
- b) Ooggetuie

1

2

- c) Familie van slagoffer
- d) Vriend van slagoffer
- e) Ander _____

3
4
5

13

VOORKOMS VAN SIMPTOME

1. Kriteria B

- a) Herhaaldelike, indringende herinneringe van die gebeurtenis
- b) Herhaaldelike, ontstellende drome van die gebeurtenis
- c) Herbeleving van die gebeurtenis
- d) Uitermatige spanning wanneer blootgestel aan 'n aspek van die trauma
- e) Psigologiese reaktiwiteit met blootstelling aan 'n aspek van die trauma

Daaglik	Gereeld	Soms	Selde	Nooit
---------	---------	------	-------	-------

5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1

2. Kriteria C

- a) Poging tot vermyding van denke, gevoelens, of gesprekke wat geassosieer word met die trauma
- b) Pogings tot vermyding van aktiwiteite, plekke, of mense wat herinnering van die trauma veroorsaak
- c) Onvermoë om belangrike aspekte van die trauma te herroep

Daaglik	Gereeld	Soms	Selde	Nooit
---------	---------	------	-------	-------

5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1

- d) Merkbare verlaging in belangstelling of deelname aan belangrike aktiwiteite
- e) Gevoel van skeiding of vervreemding van ander
- f) Beperkte affek
- g) Gevoel van ingeperkte toekoms

Daaglik	Gereeld	Soms	Selde	Nooit
---------	---------	------	-------	-------

5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1

3. Kriteria C

- a) Probleme om aan die slaap te raak, of aan die slaap te bly
- b) Irriteerbaarheid of woede uitbarstings
- c) Moeilik om te konsentreer
- d) Hiper waaksaamheid
- e) Verhoogde skrik respons

Daaglik	Gereeld	Soms	Selde	Nooit
---------	---------	------	-------	-------

5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1

EIENSKAPPE VAN INTERVENSIE

1. Watter tydperk her verloop na die trauma voordat die traumaspan u gekonsulter het?

- a) Minder as 'n halfuur
- b) Tussen 'n halfuur en 'n uur
- c) Tussen 'n uur en twee ure
- d) Langer as twee ure

1
2
3
4

 31

2. Hoe lank het die traumaspan u gekonsulter?

- a) Minder as 'n halfuur
- b) Tussen 'n halfuur en 'n uur
- c) Tussen 'n uur en twee ure

1
2
3

d) Langer as twee ure

4	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

32

3. **Waar het die gesprek plaas gevind?**

a) Op die trauma toneel

b) In die hospitaal

c) By u huis

d) By die polisiekantoor

e) Ander _____

1

2

3

4

5

33

4. **Watter vorm het die intervensie aangeneem?**

a) Individuele gesprek

b) Groep gesprek

1

2

34

5. **Hoe is u opgevolg deur die traumaspan?**

a) Is nie deur die span opgevolg nie

b) Telefonies

c) Persoonlike opvolg gesprek

d) Verwys na 'n ander persoon / instansie

1

2

3

4

35