

**DIE SAMESTELLING EN
EVALUERING
VAN 'N
GEKOMBINEERDE
KOGNITIEWE
GEDRAGSTERAPEUTIESE
EN
COPINGPROGRAM
VIR
DEPRESSIELYERS**

CLARISSA MALAN

November 2000
Potchefstroom

**DIE SAMESTELLING EN
EVALUERING
VAN 'N
GEKOMBINEERDE
KOGNITIEWE
GEDRAGSTERAPEUTIESE
EN
COPINGPROGRAM
VIR
DEPRESSIELYERS**

Skripsie voorgelê ter gedeeltelike nakoming van die
vereistes vir die graad Magister Artium in Kliniese
Psigologie aan die Potchefstroomse Universiteit vir
Christelike Hoër Onderwys

CLARISSA MALAN
Hons. B.A.

Studieleier
Dr. M.M. du Toit

Opgedra aan
Janetta
'n Vriendin
op wie ek
kan staatmaak

BEDANKINGS

“Ek, die Here, stuur 'n engel voor jou uit om jou op die pad te beskerm en jou na die plek toe te bring wat Ek vir jou reg gemaak het.” Eksodus 23:20

Hiermee my opregte dank en waardering aan die volgende persone :

- Elke groepslid, vir bereidwilligheid om soms onder moeilike omstandighede sessies getrou by te woon, maar bowenal dankie dat ek saam met julle kon leer, lag en beter verstaan.
- Dr. Marietjie du Toit, my studieleier, vir opbouende en ondersteunende leiding asook sin vir humor.
- Cecilia van der Walt vir noukeurige taalversorging, motivering en aanmoediging.
- Dr. Lienkie Viljoen van die Statistiese Konsultasiediens vir professionele hulp en beskikbaarheid met die verwerking van statistiese data.
- Mev. Susan van Biljon vir keurige tegniese versorging.
- Die PU vir CHO vir geldelike bystand.
- Studentevoorigtingsdienspersoneel vir aanmoediging en begrip.
- My vriende en kollegas, Erna, Wilna, Stefan, Elisma, Carel, Haley en Cynthia vir empatiese luister en moed inpraat.
- Edith vir proeflees maar bowenal vir vriendskap, luister en raad.
- Melinda vir teedrink, laatnagproepe en motivering.
- Elanza dankie vir die saamwerk, saamlag, terapeutiese sessies en ontlonting.
- My pa en tannie Wanda vir aansporing, gebed en altyd wil weet hoe ver ek is. Ek is uiteindelik klaar!
- My ma vir altyd daar wees, geloof in my en gebedsondersteuning. Dankie!
- Janetta, dankie vir jou daar wees, luister na my geteem, hulp met die insleutel van data, soek van vermiste bronne en al die ander klein dingetjies.
- Aan Hom wat my op die weg geplaas het, en die genade gegee het om dit te voltooi. Aan U al die eer!

OPSOMMING

DIE SAMESTELLING EN EVALUERING VAN 'N GEKOMBINEERDE KOGNITIEWE GEDRAGSTERAPEUTIESE EN COPINGPROGRAM VIR DEPRESSIELYERS

*Sleuteltermes: depressie, coping, copingstrategieë, kognitiewe
gedragsbenadering, terapie, program.*

Die doel van hierdie studie is die samestelling en evaluering van 'n gekombineerde kognitiewe gedragsterapeutiese en copingprogram in groepsverband vir depressielyers. Die effek daarvan word geëvalueer ten opsigte van die verligting van depressiesimptome, die aanleer van konstruktiewe copingstrategieë en vermindering van destruktiewe copingstrategieë, die vermindering van irrasionele gedagtes en die verbetering van sosiale vaardighede.

In die literatuurstudie is depressie as konstruk ontleed en op psigologiese teorieë gefokus, veral die kognitiewe gedragsbenadering, wat volgens navorsing sukses in die behandeling van depressie behaal. Verder is die verband tussen depressie en coping, asook depressie en sosiale ondersteuning ontleed. Na aanleiding van die literatuurondersoek is 'n intervensieprogram saamgestel.

In die empiriese ondersoek is 'n tweegroepontwerp met voor- en natoetsing gebruik. Sielkunde derdejaarstudente en lede van 'n ondersteuningsgroep vir depressielyers, wat bo die afsnypunt van 5 op die Verkorte Beck Depressieskaal behaal het, is ewekansig aan 'n eksperimentele groep (n = 30) en kontrolegroep (n = 30) toegewys. Na die voortoetsing het die eksperimentele groep die intervensieprogram van nege weke wat uit nege sessies van twee uur elk bestaan het, deurloop. Die natoetsing is daarna afgeneem en lede van die kontrolegroep het weens etiese redes ook die

geleentheid gekry om die program te deurloop.

Die volgende meetinstrumente is tydens die voor- en natoetsing ter evaluering van die effek van die program gebruik: Die Verkorte Beck Depressieskaal (Beck & Beamesderfer, 1974; Beck, Steer & Garbin, 1988), Hersiene weergawe van die Profiel van Gemoedstate (McNair, Lorr & Droppleman, 1992), Depressie Copingvraelys (Kleinke, 1988; Kleinke, Staneski & Mason, 1982), Copingvraelys vir Volwassenes (Moos, 1993), Outomatiese Gedagtesvraelys (Hollon & Kendall, 1980) en die Sosiale Vaardigheidsvraelys (Riggio, 1986; Riggio & Throckmorton, 1986). 'n Kort subjektiewe evalueringvraelys is na elke sessie afgeneem, terwyl daar na die laaste sessie 'n vollediger evalueringvraelys afgeneem is om programeffektiwiteit kwalitatief te evalueer.

Uit die resultate het dit geblyk dat beide die eksperimentele groep en die kontrolegroep voor die aanvang van die intervensieprogram 'n ligte tot matige graad van depressie ervaar het, beide ewe veel van benaderingscopingstrategieë as vermydingscopingstrategieë gebruik maak, outomatiese negatiewe gedagtes ervaar en oor relatief goeie sosiale vaardighede beskik. Die saamgestelde intervensieprogram het in 'n mate gelei tot die verligting van depressiesimptome (volgens meting deur die Verkorte Beck Depressieskaal en Profiel van Gemoedstate), deurdat die graad by die eksperimentele groep van matig na lig afgeneem het. Dit het verder tot 'n vermindering in irrasionele gedagtes gelei, soos gemeet deur die Outomatiese Gedagtesvraelys, maar copingstrategieë (volgens meting deur die Depressie Copingvraelys en die Copingvraelys vir Volwassenes) en sosiale vaardighede, soos gemeet deur die Sosiale Vaardigheidsvraelys, het geen betekenisvolle verandering getoon nie. Die kwalitatiewe evaluering, na aanleiding van 'n vraelys wat deur die eksperimentele groep na afloop van die program ingevul is, het egter daarop gedui dat die eksperimentele groep die program as sinvol en bruikbaar ervaar het.

Op grond van die resultate is aanbevelings met die oog op verdere toepassing van die saamgestelde program gemaak.

SUMMARY

THE COMPILATION AND EVALUATION OF A COMBINED COGNITIVE BEHAVIOURAL THERAPEUTIC AND COPING PROGRAMME FOR PERSONS SUFFERING FROM DEPRESSION

*Key terms: depression, coping, coping strategies,
cognitive behavioural approach, therapy, programme.*

The aim of this study was to compile and evaluate a combined cognitive behavioural approach and group coping programme for persons suffering from depression. The effect is evaluated with regard to the relief of depression symptoms, the acquisition of constructive coping strategies, the decrease of destructive coping strategies, the decrease of irrational thoughts and the improvement of social skills.

In the literature study depression as a construct was analysed with the focus on psychological theories, specifically the cognitive behavioural approach which, according to research, has achieved success in the treatment of depression. Furthermore the connection between depression and coping, as well as between depression and social support was analysed. On account of the literature investigation an intervention programme was compiled.

In the empirical investigation a two-group-design with pre- and after-testing was used. Third year psychology students and members of a support group for persons suffering from depression, who scored above the cut-off mark of 5 on the Beck Depression Inventory - Short Form, were randomly allotted to an experimental group (n = 30) and control group (n = 30). After the pre-testing the experimental group followed the intervention programme of nine weeks that consisted of nine sessions of two hours each. The after-testing was then conducted and for ethical reasons,

members of the control group also had the opportunity to follow the programme.

The following measuring instruments were used during pre- and after-testing for the evaluation of the effect of the programme: The Beck Depression Inventory – Short Form (Beck & Beamesderfer, 1974; Beck, Steer & Garbin, 1988) the Profile of Mood States - Revised (McNair, Lorr & Droppleman, 1992), Depression Coping Questionnaire (Kleinke, 1988; Kleinke, Staneski & Mason, 1982), Coping Responses Inventory – Adult Form (Moos, 1993), Automatic Thoughts Questionnaire (Hollon & Kendall, 1980) and the Social Skills Inventory (Riggio, 1986; Riggio & Throckmorton, 1986). A short subjective evaluation questionnaire was conducted after each session, whilst a more comprehensive evaluation questionnaire was conducted after the last session to qualitatively evaluate programme effectiveness.

From the results it appears that both the experimental group and the control group experienced a light to moderate degree of depression before commencement of the intervention programme, that both groups made equal use of approach coping strategies and avoidance coping strategies, that both experienced automatic negative thoughts and had relative good social skills. The compiled intervention programme did to an extent lead to the relief of depression symptoms (according to measurement with the help of the Beck Depression Inventory – Short Form and Profile of Mood States), on account of the fact that the degree lowered from moderate to light with the experimental group. It also lead to a decrease in irrational thoughts, as measured with the Automatic Thought Questionnaire, but coping strategies (according to measures with the help of the Depression Coping Questionnaire and the Coping Responses Inventory - Adult Form) and social skills, as measured with the Social Skills Inventory, showed no meaningful change. The qualitative evaluation of the experimental group after the programme, however, revealed that the experimental group experienced the programme as meaningful and useful.

On account of the results, recommendations were made with further application of the compiled programme in mind.

INHOUDSOPGAWE

BEDANKINGS.....	i
OPSOMMING	iii
SUMMARY	v
INHOUDSOPGAWE	vii
LYS FIGURE	xviii
LYS TABELLE	xix
HOOFSTUK 1 : INLEIDING, PROBLEEM- EN DOELSTELLING.....	1
1.1 INLEIDING EN PROBLEEMSTELLING	1
1.2 DOELSTELLINGS.....	4
1.3 BASIESE HIPOTEESES	5
1.4 BEGRIPSOMSKRYWINGS.....	5
1.4.1 DEPRESSIE	5
1.4.2 KOGNITIEWE GEDRAGSBENADERING	6
1.4.3 COPING	6
1.4.4 SOSIALE ONDERSTEUNING.....	7
1.4.5 PROGRAM.....	7
1.5 SAMEVATTING EN ONTPLOOIING VAN DIE STUDIE	7
HOOFSTUK 2 : DEPRESSIE	9
2.1 INLEIDING	9
2.2 DEFINISIE EN OMSKRYWING	9

2.3	KLASSIFIKASIE VAN DEPRESSIE	11
2.3.1	DIAGNOSTIESE KRITERIA VIR MAJOR DEPRESSIEWE VERSTEURING.....	14
2.3.2	DIAGNOSTIESE KRITERIA VIR DISTIMIESE VERSTEURING	15
2.3.3	KLASSIFIKASIE VAN DEPRESSIE VIR HUIDIGE NAVORSING ...	16
2.4	DIE SIMPTOMATOLOGIE VAN DEPRESSIE	18
2.4.1	DISFORIE.....	18
2.4.2	VERLIES AAN BELANGSTELLING	18
2.4.3	ANHEDONIA	19
2.4.4	SOSIALE DISFUNKSIE.....	19
2.4.5	KONSENTRASIEPROBLEME, SWAK GEHEUE EN BESLUITELOOSHEID.....	20
2.4.6	SELFESTEEM.....	20
2.4.7	SKULDGEVOELEN EN SKAAMTEGEVOELEN	21
2.4.8	HOPELOOSHEID	22
2.4.9	PSIGOMOTORIESE VERTRAGING	22
2.4.10	VERANDERDE EETPATRONE	22
2.4.11	SLAAPVERSTEURINGS.....	23
2.4.12	SELFMOORDGEDAGTES	24
2.5	KONSEPTUALISERING VANUIT TORETIESE BENADERINGS.....	24
2.5.1	BIOLOGIESE TEORIEË	25
2.5.1.1	Genetiese predisposisie	25
2.5.1.2	Biochemiese faktore	26
2.5.2	STRESVOLLE LEWENSGBEURTENISSE.....	28
2.5.3	SOSIALE FAKTORE	29

2.5.3.1	Ouderdom.....	29
2.5.3.2	Geslag	29
2.5.3.3	Kultuur	30
2.5.4	PSIGOLOGIESE TEORIEË.....	31
2.5.4.1	Psigoanalitiese perspektief	31
2.5.4.2	Gedragsteoretiese benadering	34
2.5.4.3	Die eksistensiële perspektief	38
2.5.4.4	Interpersoonlike terapie	40
2.5.4.5	Kognitiewe gedragsterapie	42
2.5.4.5.1	Rasioneel-emotiewe terapie (RET)	43
2.5.4.5.2	Beck se kognitiewe teorie	51
2.6	DOELTREFFENDHEID VAN TERAPIE	59
2.7	TERAPEUTIESE BENADERINGS EN SAMESTELLING VAN PROGRAM.	61
2.8	EVALUERENDE SAMEVATTING	63
HOOFSTUK 3 : COPING EN SOSIALE ONDERSTEUNING		64
3.1	COPING	64
3.1.1	INLEIDING.....	64
3.1.2	DEFINISIE EN OMSKRYWING	64
3.1.3	TEORETIESE PERSPEKTIEWE OP COPING	68
3.1.3.1	Inleiding	68
3.1.3.2	Enkele breë perspektiewe op coping	68
3.1.3.2.1	Disposisionele benadering.....	68
3.1.3.2.2	Situasionele / kontekstuele benadering	69
3.1.3.2.3	Die integrerende konseptuele perspektief.....	69
3.1.3.3	Enkele spesifieke copingmodelle.....	70

3.1.3.3.1	Lazarus en Folkman (1984) se model	70
3.1.3.3.2	Moos (1994) se model	73
3.1.3.3.3	Hobfoll, Dunahoo, Ben-Porath & Monnier (1994a) se model.....	75
3.1.4	KLASSIFIKASIE VAN COPINGSTYLE EN -STRATEGIEË.....	76
3.1.4.1	Pearlin en Schooler (1978)	77
3.1.4.1.1	Response wat die situasie verander	77
3.1.4.1.2	Response wat die betekenis van die situasie beheer of verander	77
3.1.4.1.3	Response wat die emosies, soos deur die situasie ontlok, reguleer	77
3.1.4.2	Lazarus en Folkman (1984)	77
3.1.4.2.1	Probleemgefokusde coping	77
3.1.4.2.2	Emosiegefokusde coping.....	78
3.1.4.3	Kleinke (1988)	79
3.1.4.3.1	Sosiale ondersteuning	79
3.1.4.3.2	Probleemoplossing	80
3.1.4.3.3	Selfblaam / Ontsnapping.....	80
3.1.4.3.4	Aggressie.....	80
3.1.4.3.5	Bevrediging	80
3.1.4.3.6	Aktiwiteite.....	80
3.1.4.3.7	Die gebruik van medikasie.....	80
3.1.4.3.8	Die gebruik van stimulant.....	80
3.1.4.3.9	Ongesonde eetgewoontes	81
3.1.4.3.10	TV-kyk.....	81
3.1.4.3.11	Ignoreer die probleem.....	81

3.1.4.4	Carver, Scheier & Weintraub (1989).....	81
3.1.4.4.1	Probleemgefokusde coping	81
3.1.4.4.2	Emosiegefokusde coping.....	82
3.1.4.4.3	Minder algemene copingstrategieë	84
3.1.4.5	Amirkhan (1990)	84
3.1.4.5.1	Probleemoplossing	85
3.1.4.5.2	Soeke na sosiale ondersteuning.....	85
3.1.4.5.3	Vermydning.....	85
3.1.4.6	Moos (1993)	85
3.1.4.6.1	Benaderingscopingresponse	85
3.1.4.6.2	Vermydingscopingresponse.....	87
3.1.4.7	Hobfoll <i>et al.</i> (1994a)	88
3.1.4.7.1	Aktief-prososiale strategieë.....	89
3.1.4.7.2	Passief-prososiale strategieë.....	90
3.1.4.7.3	Aktief-antisosiale strategieë	90
3.1.4.7.4	Passief-antisosiale strategieë	90
3.1.4.7.5	Indirekte strategieë	91
3.1.4.8	Konklusie	91
3.1.5	SUKSESVOLLE COPING	92
3.1.6	VERBAND TUSSEN COPINGSTRATEGIEË EN DEPRESSIE.....	95
3.2	SOSIALE ONDERSTEUNING	98
3.2.1	INLEIDING.....	98
3.2.2	DIE AARD VAN SOSIALE ONDERSTEUNING.....	99
3.2.3	VERSKILLENDE SOORTE SOSIALE ONDERSTEUNING.....	100
3.2.4	DIE FUNKSIE VAN SOSIALE ONDERSTEUNING	101

3.2.5	DIE VERBAND TUSSEN SOSIALE ONDERSTEUNING EN DEPRESSIE	102
3.2.6	KONKLUSIE	103
3.3	EVALUERENDE SAMEVATTING	103
HOOFSTUK 4 : SAMESTELLING VAN PROGRAM		105
4.1	INLEIDING	105
4.2	EVALUERING VAN BESTAANDE KOGNITIEWE GEDRAGSBENADERINGS- ASOOK COPINGPROGRAMME VIR DIE BEHANDELING VAN DEPRESSIE	105
4.3	DIE SAAMGESTELDE KOGNITIEWE GEDRAGSBENADERING EN COPINGPROGRAM VIR DEPRESSIELYERS	112
4.3.1	DIE DUUR VAN DIE SAAMGESTELDE PROGRAM	112
4.3.2	DIE GROEPSAMESTELLING EN SELEKSIEKRITERIA VIR DIE SAAMGESTELDE PROGRAM.....	113
4.3.3	AANBIEDINGSWYSE VAN DIE SAAMGESTELDE PROGRAM...	113
4.3.4	DOEL VAN DIE SAAMGESTELDE PROGRAM.....	113
4.3.5	DIE INHOUD VAN DIE KOGNITIEWE GEDRAGSBENADERINGS- EN COPINGPROGRAM VIR DEPRESSIELYERS.....	114
4.4	SAMEVATTING	173
HOOFSTUK 5 : EMPIRIESE ONDERSOEK		174
5.1	INLEIDING	174
5.2	NAVORSINGSONTWERP	174
5.3	ONDERSOEKGROEP	174
5.4	PROSEDURE	177
5.5	MEETINSTRUMENTE	178
5.5.1	BIOGRAFIESE VRAELYS.....	178

5.5.2	MEETINSTRUMENTE VIR DEPRESSIE	179
5.5.2.1	Verkorte Beck Depressieskaal/Beck Depression Scale- Short Form (BDS) (Beck & Beamesderfer, 1974; Beck, Steer & Garbin, 1988)	179
5.5.2.1.1	Rasionaal	179
5.5.2.1.2	Aard, administrasie en interpretasie	179
5.5.2.1.3	Geldigheid en betroubaarheid	180
5.5.2.1.4	Motivering vir keuse en gebruik	181
5.5.2.2	Hersiene weergawe van die Profiel van Gemoedstate/ Profile of Mood States-Revised (POMS) (McNair, Lorr & Droppleman, 1992)	181
5.5.2.2.1	Rasionaal	181
5.5.2.2.2	Aard, administrasie en interpretasie	181
5.5.2.2.3	Geldigheid en betroubaarheid	183
5.5.2.2.4	Motivering vir keuse en gebruik	184
5.5.3	MEETINSTRUMENTE VIR COPING	185
5.5.3.1	Depressie-copingvraelys/Depression Coping Questionnaire (DCQ) (Kleinke, 1988; Kleinke <i>et al.</i> , 1982)	185
5.5.3.1.1	Rasionaal	185
5.5.3.1.2	Aard, administrasie en interpretasie	185
5.5.3.1.3	Geldigheid en betroubaarheid	187
5.5.3.1.4	Motivering vir keuse en gebruik	188
5.5.3.2	Copingvraelys vir Volwassenes/Coping Responses Inventory – Adult Form (CRI-A) (Moos, 1993)	189
5.5.3.2.1	Rasionaal	189

5.5.3.2.2	Aard, administrasie en interpretasie	189
5.5.3.2.3	Geldigheid en betroubaarheid.....	191
5.5.3.2.4	Motivering vir keuse en gebruik	192
5.5.4	MEETINSTRUMENT VIR IRRASIONELE GEDAGTES	192
5.5.4.1	Outomatiese Gedagtesvraelys/Automatic Thought Questionnaire (ATQ) (Hollon & Kendall, 1980)	192
5.5.4.1.1	Rasionaal.....	192
5.5.4.1.2	Aard, administrasie en interpretasie	193
5.5.4.1.3	Geldigheid en betroubaarheid.....	194
5.5.4.1.4	Motivering vir keuse en gebruik	194
5.5.5	MEETINSTRUMENT VIR SOSIALE VAARDIGHEDE	194
5.5.5.1	Sosiale Vaardighedsvraelys/Social Skills Inventory (SSI)	195
5.5.5.1.1	Rasionaal.....	194
5.5.5.1.2	Aard, administrasie en interpretasie	195
5.5.5.1.3	Geldigheid en betroubaarheid.....	196
5.5.5.1.4	Motivering vir keuse en gebruik	198
5.6	STATISTIESE VERWERKING VAN DATA	198
5.7	DIE FORMULERING VAN NUL- EN ALTERNATIEWE HIPOTEESES.....	200
5.8	SAMEVATTING	201
HOOFSTUK 6 : RESULTATE EN INTERPRETASIE.....		202
6.1	INLEIDING	202
6.2	KWANTITATIEWE RESULTATE EN INTERPRETASIE	202
6.2.1	BETROUBAARHEIDSKOËFFISIËNTE VAN MEET- INSTRUMENTE.....	202

6.2.2	VERGELYKING VAN DIE VOORTOETSTELLINGS VAN DIE EKSPERIMENTELE EN KONTROLEGROEP.....	205
6.2.3	VERGELYKING VAN DIE BINNEGROEP- EN TUSSENGROEPVERSKILLE VAN DIE EKSPERIMENTELE EN KONTROLEGROEP	207
6.2.3.1	Meetinstrumente vir depressie.....	208
6.2.3.1.1	Die Verkorte Beck Depressieskaal (BDS)....	208
6.2.3.1.2	Profiel van Gemoedstate (POMS)	210
6.2.3.1.3	Konklusie	214
6.2.3.2	Meetinstrumente vir coping.....	215
6.2.3.2.1	Depressie Copingvraelys (DCQ).....	215
6.2.3.2.2	Copingvraelys vir Volwasseenes (CRI-A)	220
6.2.3.2.3	Konklusie	225
6.2.3.3	Meetinstrument vir irrasionele gedagtes	225
6.2.3.3.1	Outomatiese Gedagtesvraelys (ATQ).....	225
6.2.3.3.2	Konklusie	227
6.2.3.4	Meetinstrument vir sosiale vaardighede	227
6.2.3.4.1	Sosiale Vaardigheidsvraelys (SSI).....	227
6.2.3.4.2	Konklusie	231
6.2.4	SAMEVATTING	232
6.3	KWALITATIEWE RESULTATE	232
6.3.1	PROSESMATIGE ASPEKTE	232
6.3.1.1	Konklusie	235
6.3.2	KOMMENTAAR VAN GROEPSLEDE OP PROGRAM	235
6.3.2.1	Bruikbaarste aspekte van program	236
6.3.2.2	Aspekte in verloop van program waarvan groepslede	

	gehou het.....	238
6.3.2.3	Aspekte in verloop van program waarvan groepslede nie gehou het nie	240
6.3.2.4	Praktiese toepassing van program deur groepslede.....	242
6.3.2.5	Voorstelle ter verbetering van program.....	244
6.3.2.6	Antwoorde op onvoltooide sinne.....	245
6.3.2.6.1	Gedurende die program het ek geleer dat ek	246
6.3.2.6.2	Gedurende die program het ek weer bewus geword van.....	247
6.3.2.6.3	Gedurende die program was ek verras om te vind dat.....	249
6.3.2.6.4	Gedurende die program het ek dikwels gevoel.....	251
6.3.3	SAMEVATTENDE OPMERKINGS	253
6.4	SAMEVATTING	253
HOOFSTUK 7 : GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS		254
7.1	INLEIDING	254
7.2	BEVINDINGE UIT DIE LITERATUURSTUDIE.....	254
7.3	SAMEVATTING VAN TOETSRESULTATE EN GEVOLGTREKKINGS.....	259
7.3.1	Verligting van depressiesimptome.....	259
7.3.2	Toename in konstruktiewe copingresponse en afname in destruktiewe copingresponse	260
7.3.3	Vermindering van irrasionele gedagtes	262
7.3.4	Verbetering van sosiale vaardighede	263
7.3.5	Konklusie.....	264

7.4	SAMEVATTING VAN KWALITATIEWE ONTLEDING EN GEVOLGTREKKINGS	264
7.4.1	PROSESMATIGE ASPEKTE	264
7.4.2	KOMMENTAAR VAN GROEPSLEDE OP PROGRAM	265
7.4.3	KONKLUSIE	266
7.5	LEEMTES IN DIE ONDERSOEK	266
7.5.1	LEEMTES TEN OPSIGTE VAN DIE NAVORSINGSMETODE	266
7.5.2	LEEMTES TEN OPSIGTE VAN DIE PROGRAM	266
7.5.3	LEEMTES TEN OPSIGTE VAN DIE MEETINSTRUMENTE	267
7.6	AANBEVELINGS	267
7.7	SLOT	268
BYLAE.....		269
BRONNELYS		299

LYS FIGURE

Figuur 1:	Ellis se A-B-C-teorie (Corey, 1996)	44
Figuur 2:	Kognitiewe takserings- en copingmodel (Lazarus & Folkman, 1984)	72
Figuur 3:	Moos (1994) se model	73
Figuur 4:	Multi-as-model van coping (Hobfoll <i>et al.</i> , 1994b)	75

LYS TABELLE

Tabel 1:	Klassifikasie van depressiewe versteurings	12
Tabel 2:	Ontleding van kognitiewe gedragbenaderings- asook copingprogramme vir depressielyers	106
Tabel 3:	Spesifieke fokuspunte en elemente wat in onderskeie programme onder die loep geneem word.	110
Tabel 4:	Samestelling van ondersoekgroep met verwysing na geslag	175
Tabel 5:	Samestelling van ondersoekgroep met verwysing na ouderdom	175
Tabel 6:	Samestelling van ondersoekgroep met verwysing na etnisiteit	176
Tabel 7:	Frekwensie en verspreiding van die gebruik van antidepres- sante deur groepslede	176
Tabel 8:	Verspreiding van sielkundige hulp ontvang deur die eksperimentele en kontrolegroep	177
Tabel 9:	Alfa betroubaarheidskoëffisiënte vir tersiêre man- en damestudente by die Profiel van Gemoedstate	183
Tabel 10:	Stabiliteitskoëffisiënte by toetsing en hertoetsing by die Profiel van Gemoedstate	184
Tabel 11:	Alfakoëffisiënte vir die onderskeie faktore van die DCQ vir Kleinke (1988) en die huidige studie	187
Tabel 12:	Toets-hertoets-betroubaarheid van DCQ van Kleinke (1988) en Kleinke (1991)	188

Tabel 13:	Kriteria vir CRI-Adult standaardtellings	191
Tabel 14:	Chronbach-alfa betroubaarheidskoëffisiënte vir Mans en Dames op die CRI-Adult-skale	192
Tabel 15:	Alfakoëffisiënte vir die verskillende skale van die SSI.....	197
Tabel 16:	Toets-hertoets-betroubaarheid vir skale van SSI	197
Tabel 17:	Chronbach- alfa betroubaarheidskoëffisiënte van meetinstrumente	203
Tabel 18:	Vergelyking van die voortoetsgemiddeldes van die eksperimentele en kontrolegroep op die verskillende meetinstrumente	205
Tabel 19:	Beskrywende statistiek vir die eksperimentele en kontrolegroep soos tydens voor- en natoetsing met die Verkorte Beck Depressieskaal verkry	208
Tabel 20:	Die beduidendheid van die verskil tussen die voortoets- en natoetsgemiddeldes binne die eksperimentele groep en die kontrolegroep vir die Verkorte Beck Depressieskaal	209
Tabel 21:	Die beduidendheid van die verskille tussen die gemiddelde voor- en natoetsverskiltellings van die eksperimentele groep en kontrolegroep vir die Verkorte Beck Depressieskaal.....	210
Tabel 22:	Beskrywende statistiek vir die eksperimentele en kontrolegroep soos tydens voor- en natoetsing met die Profiel van Gemoedstate verkry	211
Tabel 23:	Die beduidendheid van die verskil tussen die voortoets- en natoetsgemiddeldes binne die eksperimentele groep en die kontrolegroep vir die Profiel van Gemoedstate	212
Tabel 24:	Die beduidendheid van die verskille tussen die gemiddelde voor- en natoetsverskiltellings van die eksperimentele groep en kontrolegroep vir die Profiel van Gemoedstate	214

Tabel 25:	Beskrywende statistiek vir die eksperimentele en kontrolegroep soos tydens voor- en natoetsing met die Depressie Copingvraelys verkry.....	215
Tabel 26:	Die beduidendheid van die verskil tussen die voortoets- en natoetsgemiddeldes binne die eksperimentele groep en die kontrolegroep vir die Depressie Copingvraelys	217
Tabel 27:	Die beduidendheid van die verskille tussen die gemiddelde voor- en natoetsverskiltellings van die eksperimentele groep en kontrolegroep vir die Depressie Copingvraelys	219
Tabel 28:	Beskrywende statistiek vir die eksperimentele en kontrolegroep soos tydens voor- en natoetsing met die Copingvraelys vir Volwassenes verkry	221
Tabel 29:	Die beduidendheid van die verskil tussen die voortoets- en natoetsgemiddeldes binne die eksperimentele groep en die kontrolegroep vir die Copingvraelys vir Volwassenes	222
Tabel 30:	Die beduidendheid van die verskille tussen die gemiddelde voor- en natoetsverskiltellings van die eksperimentele groep en kontrolegroep vir die Copingvraelys vir Volwassenes	224
Tabel 31:	Beskrywende statistiek vir die eksperimentele en kontrolegroep soos tydens voor- en natoetsing met die Outomatiese Gedagtesvraelys verkry	225
Tabel 32:	Die beduidendheid van die verskil tussen die voortoets- en natoetsgemiddeldes binne die eksperimentele groep en die kontrolegroep vir die Outomatiese Gedagtesvraelys verkry ..	226
Tabel 33:	Die beduidendheid van die verskille tussen die gemiddelde voor- en natoetsverskiltellings van die eksperimentele groep en kontrolegroep vir die die Outomatiese Gedagtesvraelys verkry	227

Tabel 34:	Beskrywende statistiek vir die eksperimentele en kontrole- groep soos tydens voor- en natoetsing met die Sosiale Vaardigheidsvraelys verkry	228
Tabel 35:	Die beduidendheid van die verskil tussen die voortoets- en natoetsgemiddeldes binne die eksperimentele groep en die kontrolegroep vir die Sosiale Vaardigheidsvraelys.....	230
Tabel 36:	Die beduidendheid van die verskille tussen die gemiddelde voor- en natoetsverskiltellings van die eksperimentele groep en kontrolegroep vir die Sosiale Vaardigheidsvraelys.....	231
Tabel 37:	Resultate van die evalueringsvraelys	233

INLEIDING, PROBLEEM- EN DOELSTELLING

1.1 INLEIDING EN PROBLEEMSTELLING

Depressie is vandag die wêreld se vierde grootste gesondheidsprobleem en lewer die grootste bydrae tot lae produktiwiteit ter wêreld (Thase, 1998). Hierdie situasie sal vererger sodat depressie teen die jaar 2020 tot in die tweede posisie betreffende gesondheidsprobleme gestyg het. Bellack en Hersen (1990) is van mening dat depressie die hoogste voorkomssyfer van psigiatriese disfunksies het. Volgens Pretorius (1996) word depressie ook in 'n groot mate met 'n hoë mortaliteitsyfer geassosieer. Morbiditeit as gevolg van depressie lei verder tot lae produktiwiteit, verminderde lewenskwaliteit en ontwrigting van die gesin. Tydige identifisering, sowel as die behandeling van depressieversteurings, is dus van die uiterste belang. Dit blyk dus dat, ten spyte van die groot hoeveelheid literatuur wat reeds oor depressie bestaan, dit steeds (en klaarblyklik toenemend) 'n belangrike plek in die huidige gesondheids- en psigiatriese sisteem verdien.

Depressie is egter ook 'n versteuring wat 'n groot finansiële las op die gemeenskap lê. Bo en behalwe die verlies aan produktiwiteit is daar ook verhoogde koste aan medikasie, hospitalisering en terapeutiese insette wat mediese fondse selfs kan uitput. Maynard (1993) noem dus dat die drastiese toename in depressie tot 'n groter behoefte aan koste-effektiewe terapie bydra. Groepsterapie en psigo-opvoedkundige groepsprogramme kan aan hierdie behoefte voldoen, aangesien dit ekonomies sowel as tydseffektief is (Beeferman & Orvaschel, 1994; Free, Oei & Sanders, 1991; MacKenzie, 1986).

Die voordele van groepsterapie en intervensieprogramme is egter nie net van

waarde ten opsigte van koste-effektiwiteit en finansiële besparing nie; daar is ook definitiewe terapeutiese voordele aan verbonde (Bennet, 1996). Groepsterapie bied die geleentheid vir persoonlike verandering. Dit word veral deur die sterk ondersteuningselement en voorsiening van rolmodelle gefasiliteer (Gordon & Gordon, 1987).

Yalom (1995) identifiseer 10 faktore, uniek aan groepsterapie, wat tot die voordeel van groepslede strek. Hierdie faktore is eerstens die totstandkoming van hoop wat baie kragtig in groepsterapie werk, aangesien groepslede ander se vooruitgang sien en ervaar. Die volgende faktor is universaliteit, of te wel die ontdekking dat ander persone dieselfde tipe probleme en gevoelens as jy kan ervaar. Die derde faktor is die feit dat inligting gedeel word, nie net deur die terapeut of groepsleier nie, maar ook deur ander groepslede. Die vierde faktor is 'n gevoel van altruïsme deurdat die persoon voel hy help ander groepslede of dat hulle hom ook nodig het. Die volgende faktor is die korrektiewe rekapitulering van die primêre gesin. Die groep is ook 'n "klaskamer" waarin sosiale tegnieke aangeleer en interpersoonlike vaardighede verbeter word deur die terugvoer wat die persoon van medegroepslede ontvang. Daarmee saam gaan interpersoonlike leer, aangesien die persoon die geleentheid het om 'n verskeidenheid gedragsopsies in 'n veilige omgewing uit te toets. Die situasie leen hom ook daartoe om ander persone se optrede en gedrag waar te neem en na te boots. By die negende faktor vind groepkohesie plaas en ervaar die persoon 'n gevoel dat hy êrens behoort. Laastens bied die groep 'n veilige atmosfeer vir gedeelde katarsisbelewinge en uiting gee aan gevoelens wat moontlik by individuele terapie verlore gaan.

Die vraag is egter al gestel of dit werklik 'n spesifieke program, of slegs die "bymeekaarkom" van mense is, wat daartoe lei dat mense verligting van simptome ondervind (Gordon & Gordon, 1987). Burlingame en Fuhrman (1990) is van mening dat die effektiwiteit van groepsterapie met gefokusde doelwitte en prosesse rondom teoretiese oriëntasie en kliëntprobleme saamhang. Dit behels dus dat 'n terapeutiese program 'n bepaalde teoretiese onderbou het en oor spesifieke elemente moet beskik.

Smith (1990) bespreek in sy studie verskeie teorieë en perspektiewe wat elk 'n eie

invalshoek ten opsigte van die etiologie, terapie en behandeling van depressie het. Hierdie teorieë sluit onder meer in die psigoanalitiese perspektief van Freud, 'n kognitiewe ontwikkelingsperspektief met bydraes deur Beck en Ellis en die eksistensiële perspektief soos gesien deur Frankl. Verskeie outeurs is egter van mening dat dit veral die kognitiewe gedragbenadering is wat suksesvol in die behandeling van depressie is (Abraham, Neundorfer & Currie, 1992; Hollon & Garber, 1990; Hollon, Shelton & Davis, 1993; Miranda, Schreckengost & Heine, 1992; Munoz, Hollon, McGrath, Rehm & Vandenbos, 1994; Paykel *et al.*, 1999; Pretorius, 1996; Reinecke, Ryan & Dubois, 1998).

Dit blyk dus uit die verskillende teoretiese perspektiewe oor depressie dat die kognitiewe gedragbenadering voorkeur behoort te geniet as teoretiese onderbou vir groepsterapie of 'n intervensieprogram. Volgens Wessler (1993) verkies kognitiewe gedragsgesigterde terapeute gewoonlik groepe van psigo-opvoedkundige aard. Dit behels dat die groepe gewoonlik meer gestruktureerd is en kernbeginsels word aangeleer en toegepas. Sulke kognitiewe gedragbenaderingsprogramme fokus onder andere op kognitiewe herstrukturering, konstruktiewe denkpatrone, tegnieke soos ontspanning, sosiale vaardigheidsopleiding en die verhoging van aktiwiteite wat plesier verskaf (Kühner, Angermeyer & Veiel, 1996).

'n Aspek wat die afgelope tyd egter ook baie aandag in die hoofstroomliteratuur geniet het, is die verband tussen depressie en coping (Summerfeldt & Endler, 1996). Volgens Kleinke (1988) is daar 'n verband tussen die wyse waarop mense stressors hanteer, of te wel cope, en die instandhouding van depressiesimptome. Moos (1994) verdeel coping in twee komponente, naamlik vermyding en benadering van die stressors, waar laasgenoemde as die positiewer meganisme beskou word. In navorsing is bevind dat depressiewe persone meer van vermydingscopingresponse in die hantering van depressie gebruik maak (Moos, 1993). Bestaande kognitiewe gedragsterapeutiese programme wys egter nie die belangrikheid van hierdie verband tussen copingmeganismes en depressie uit nie (Kühner *et al.*, 1996; Miranda *et al.*, 1992). As in ag geneem word dat copingprosesse relatief maklik is om aan te leer, maak dit sin om copingmeganismes in 'n program ^{van} ~~vir~~ ^{die behandeling} depressielyers in te sluit (Folkman *et al.*, 1991).

'n Laaste faset van belang vir 'n intervensieprogram word in Moos (1992a) se model van stres en coping vermeld. Die model wys op die wedersydse verhouding tussen 'n persoon se lewenskrisis en oorgangsfases, sosiale ondersteuningsisteme en psigologiese welstand, wat tot gevolg het dat 'n gebrek aan sosiale ondersteuning nadelig op 'n individu se psigologiese welsyn kan inwerk. Volgens Kleinke (1998) toon persone met 'n goeie sosiale ondersteuningsstelsel minder depressiesimptome. Depressielyers is egter geneig om hul te onttrek en beskik dikwels nie oor sosiale en interpersoonlike vaardighede om hierdie ondersteuningsisteme in stand te hou nie (Kleinke 1998). Moos (1992b) beveel aan dat verdere studies op die persoon se lewenskonteks fokus, veral sy sosiale ondersteuningsisteme en vermoë om hierdie konteks te kan beheer en daarmee te cope.

Die huidige studie sal poog om genoemde leemtes te vul deur 'n gekombineerde kognitiewe gedragbenadering en copingprogram daar te stel met die doel om depressiesimptome te verlig en vaardighede aan te leer om terugval te verhoed. Daar sal spesifiek gefokus word op kognitiewe herstrukturering en die vestiging van konstruktiewe denkpatrone, effektiewe copingstrategieë, die hantering van sosiale ondersteuningsisteme en basiese sosiale vaardighede.

Die navorsingsvraag wat dus in hierdie ondersoek aan die orde kom, is:

Wat is die effek van 'n gekombineerde kognitiewe gedragbenadering en copingprogram in groepsverband op die funksionering van persone met depressie?

1.2 DOELSTELLINGS

Die algemene doelstelling van hierdie studie is die samestelling en evaluering van 'n gekombineerde kognitiewe gedragsterapeutiese en copingprogram in groepsverband, vir mense met depressie.

Die spesifieke doelwitte van die empiriese ondersoek is verder:

- om vas te stel of die saamgestelde kognitiewe gedragsterapeutiese en copingprogram tot verligting van depressiesimptome kan lei;
- om vas te stel of die saamgestelde kognitiewe gedragsterapeutiese en

copingprogram tot 'n toename in konstruktiewe copingresponse en 'n afname in destruktiewe copingresponse kan bydra;

- om vas te stel of die saamgestelde kognitiewe gedragsterapeutiese en copingprogram daartoe kan bydra om irrasionele gedagtes te verminder; en
- om vas te stel of die saamgestelde kognitiewe gedragsterapeutiese en copingprogram sosiale vaardighede kan verbeter.

1.3 BASIESE HIPOTEESES

'n Gekombineerde kognitiewe gedragsterapeutiese en copingprogram in groepsverband, soos uit die literatuur saamgestel, sal persone met depressie soos volg beïnvloed:

- Dit sal lei tot die verligting van depressiesimptome.
- Dit sal lei tot 'n toename in konstruktiewe copingresponse en 'n afname in destruktiewe copingresponse.
- Irrasionele gedagtes sal afneem.
- Sosiale vaardighede sal verbeter.

1.4 BEGRIPSOMSKRYWINGS

Die hoofkonstrukte van hierdie studie word in Hoofstukke 2 en 3 volledig ontleed. Vervolgens word ter oriëntering, volstaan met bondige omskrywings van die hoofkonstrukte.

1.4.1 DEPRESSIE

Die term depressie verwys na 'n komplekse begrip wat die spektrum van 'n kort, tydelike negatiewe bui of ligte irritasie tot 'n kliniese depressie dek. Dit bring mee dat navorsers 'n onderskeid tussen normale en kliniese depressie tref (Kemp, 1987; Rapmund, 1996; Smit, 1994). Normale depressie is gewoonlik 'n kortstondige reaksie

van negatiewe emosies van 'n ligte intensiteit wat gewoonlik nie langer as 7 tot 10 dae duur nie (Marsella, 1996; Rapmund, 1996). Kliniese depressie openbaar gewoonlik 'n groter verskeidenheid simptome, die simptome is ernstiger van aard en die toestand duur vir 'n minimum tydperk van twee weke (Marais & Wilson, 1996; Marsella, 1996). Die depressietoestand beïnvloed dan ook die persoon se vermoë om in sy daaglikse omgewing te funksioneer (Medina, 1998).

Die DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) maak 'n verdere onderskeid wat kliniese depressie betref, en wel tussen major, distimiese en 'n moontlike toekomstige kategorie, naamlik minor depressie. Vir die doel van hierdie studie word 'n persoon as depressief beskou indien major of minor depressie teenwoordig is en daar dus ten minste twee van die DSM-IV-simptome vir 'n tydperk van twee weke teenwoordig is.

1.4.2 KOGNITIEWE GEDRAGSBENADERING

Die kognitiewe gedragbenadering is 'n sambreelkonsep wat na 'n diverse groep terapeutiese benaderings verwys (Kovacs, 1980). Dit is insig-gefokusde terapie wat herkenning en verandering van negatiewe gedagtes en wanaangepaste oortuigings, bekend as die skema, beklemtoon. Die kognitiewe gedragbenadering is veral gebaseer op Beck en Ellis se teoretiese rasionaal dat mense se optrede en gevoelens deur hulle waarneming en strukturering van 'n spesifieke ervaring bepaal word (Corey, 1996).

1.4.3 COPING

In hierdie ondersoek word coping as 'n leenwoord in Afrikaans gebruik. In die literatuur word coping op verskeie wyses gekonseptualiseer en gedefinieer. Die meeste definisies het egter die kerngedagte met mekaar gemeen, naamlik dat coping kognitiewe en gedragspogings is met die doel om die omgewingseise wat die persoon se bronne oorskry, te beheer, te verminder of te verduur (Dewe, 2000).

Dit stem grootliks ooreen met die werksdefinisie wat van Wissing (1995) oorgeneem is. Volgens haar verwys coping na perseptuele, kognitiewe en/of gedragresponse

waardeur gepoog word om situasies wat as pynlik, moeilik, bedreigend of oorskrydend van bronne getakseer word, die hoof te bied, te vermy, te oorleef, te kontroleer of om die interpretasie van die gebeure of die gevolge daarvan te beïnvloed.

1.4.4 SOSIALE ONDERSTEUNING

Sosiale ondersteuning bestaan breedweg uit ten minste drie komponente, naamlik die skema van die ondersteuning, die ondersteuningsverhoudings en ondersteunende transaksies (Pierce, Sarason, Sarason, Joseph & Henderson, 1996). Ander navorsers wat die konsep egter wil vereenvoudig, beskryf sosiale ondersteuning as die funksie wat belangrike ander vir 'n persoon verrig (Thoits, 1995) of die persoon se interaksie met sy sosiale netwerk (Roberts, Dunkle & Haug, 1994). Dit impliseer dus dat sosiale ondersteuning 'n tweerigtingproses is. Vir die doel van hierdie studie word sosiale ondersteuning gedefinieer as 'n bron waaruit 'n persoon kan put.

1.4.5 PROGRAM

Die term program word in die Collins English Dictionary (Hanks, 1979:1168) gedefinieer as 'n "...plan, schedule, or procedure, a syllabus or curriculum". In hierdie studie is die program psigo-opvoedkundig van aard wat beteken dat die aktiwiteite van die groep merendeels gestruktureerd en didakties is en gebaseer is op kernbeginsels wat deur die groep aangeleer en toegepas word (Wessler, 1993).

1.5 SAMEVATTING EN ONTPLOOIING VAN DIE STUDIE

In hierdie inleidende hoofstuk is die probleemstelling, doelstellings en basiese hipoteses uiteengesit. Die hoofkonstrukte wat in die studie gebruik word, is ook bondig omskryf. In die literatuurstudie wat volg, sal depressie in Hoofstuk 2 aan die hand van definisies, diagnostiese kriteria en simptomatologie ontleed word. Daar sal ook gekyk word na die verskillende teorieë en perspektiewe wat bestaan in die

behandeling van depressie met spesifieke verwysing na die kognitiewe gedragbenadering. In Hoofstuk 3 word die verband tussen copingvaardighede, sosiale ondersteuning en depressie ondersoek. Daarna word op grond van die literatuur en 'n kritiese evaluasie van bestaande programme, 'n gekombineerde kognitiewe gedragsterapeutiese en copingprogram in Hoofstuk 4 saamgestel. In Hoofstuk 5 word die empiriese ondersoek met verwysing na die ondersoekgroep, prosedure, meetinstrumente en verwerking van data uiteengesit. Hoofstuk 6 behels 'n bespreking van die resultate en die interpretasie daarvan. Ten slotte is Hoofstuk 7 'n samevattende gevolgtrekking en evaluering van die studie en aanbevelings vir verdere ondersoeke in die verband, word ook gemaak.

DEPRESSIE

2.1 INLEIDING

Die literatuur wat in hierdie hoofstuk gerapporteer word, is geselekteer met die hoofokus op die doel van hierdie studie, naamlik die samestelling van 'n gekombineerde kognitiewe gedragbenadering en copingprogram ter verligting en voorkoming van depressie. In hierdie hoofstuk word depressie omskryf deur 'n onderskeid te maak tussen normale en kliniese depressie. Die klassifikasie, diagnostiese kriteria en simptomatologie word daarna uiteengesit. Daarna word depressie gekonseptualiseer aan die hand van verskeie teoretiese benaderings. Die doeltreffendheid van terapie word ontleed en ten slotte word enkele aspekte vanuit die saamgestelde program aan die hand van die onderskeie terapeutiese benaderings ontleed.

2.2 DEFINISIE EN OMSKRYWING

Ten opsigte van die psigiatriese disfunksies is depressie sekerlik een van die moeilikste terme om te definieer. Dit hou veral verband met die feit dat die woord “depressie” 'n komplekse begrip is wat verskillende dinge vir verskillende mense beteken en na manifesterings verwys wat 'n wye spektrum dek (Clarke, 1983; Fredén, 1982; Schuyler, 1976; Smith, 1990; Wolman, 1990). Die term word onder andere gebruik om na 'n kort negatiewe bui, 'n geïntegreerde aantal simptome en ondervindinge, of 'n siekte, of 'n medies definieerbare sindroom of 'n gemoedstoestand te verwys (Draghi & Flach, 1975; Gotlib & Hammen, 1992; Marsella, 1996; Paykel, 1989). Dit bring mee dat daar veral in die volksmond verwarring bestaan oor wat met die woord depressie bedoel word. Hierdie verwarring veroorsaak dikwels ook 'n mate van angs by depressielyers (Van der Merwe, 1996).

Volgens Weiner (1970) wissel depressie op 'n kontinuum wat van 'n normale, tydelike

depressiewe reaksie aan die een kant, tot 'n ernstige depressie in 'n kliniese vorm aan die ander kant strek. Resenter skrywers ondersteun sy siening en maak 'n onderskeid tussen 'n sogenaamd normale depressie en 'n kliniese depressie (Kemp, 1987; Rapmund, 1996; Smith, 1990; Van der Merwe, 1996). In die volksmond staan normale depressie dikwels as neerslagtigheid of bedruktheid bekend (Smith, 1990). Nog ander beskrywende terme wat gebruik word, is swarmoedigheid, wanhopigheid, droefgeestigheid, hopeloosheid, doelloosheid of swartgalligheid (Barret, 1983). Volgens Kemp (1987) is gevoelens van hartseer, frustrasie, ongelukkigheid en teleurstelling universeel eie aan normale depressie.

Rapmund (1996) beskryf normale depressie as 'n algemeen menslike emosie van ligte intensiteit wat dikwels die gevolg van 'n stresvolle gebeurtenis is. Carson en Butcher (1992) is van mening dat so 'n normale depressie byna altyd voorafgegaan word deur persoonlike, ekonomiese of verhoudingsverliese. 'n Vorm van normale depressie is byvoorbeeld die verdriet wat 'n persoon ervaar na die dood van 'n geliefde, 'n egskeiding, aftrede of selfs die dood van 'n troeteldier (Carson, Butcher & Coleman, 1988). Hierdie reaksie is gewoonlik kortstondig en die meeste mense besit die vaardighede om hulle emosies te hanteer, dus meng die simptome van 'n normale depressie nie te veel met hulle daaglikse funksionering in nie. Van der Merwe (1996) is van mening dat normale depressie eintlik 'n belangrike deel van die hanteringsproses en effektiewe verwerking van 'n traumatiese gebeurtenis uitmaak.

Marsella (1996) se definisie in die *Concise Encyclopedia of Psychology* kan ten slotte as 'n samevatting ten opsigte van normale depressie beskou word. Hy sê normale depressie "is a transient period of sadness and fatigue that generally occurs in response to identifiable stressful life events. The moods associated with normal depression vary in length but generally do not exceed 7 to 10 days" (Marsella 1996:242).

Wanneer gaan 'n normale depressie dan oor in 'n kliniese depressie? Volgens Parry-Jones (1989) is dit 'n omstrede vraag en moet die besluit arbitrêr geneem word. Rapmund (1996) maan ook tot versigtigheid aangesien daar 'n mate van oorvleueling tussen die grense van normale depressie en depressie as 'n gemoedsversteuring bestaan.

'n Goeie aanduiding is dat, alhoewel beide vorme van depressie soortgelyke simptome het, kliniese depressie 'n groter verskeidenheid simptome openbaar, die simptome daarvan ernstiger is en die toestand langer duur (Marais & Wilson, 1996). Aspekte wat dus vir die doel van onderskeiding in gedagte gehou moet word, is die duur, graad, kwaliteit en disfunksionele effek van die simptome (Dayringer, 1995; Gotlib & Hammen, 1992; Medina, 1998; Parry-Jones, 1989; Winokur, 1981).

Indien die gemoedstoestand wat met depressie geassosieer word, vir langer as twee weke duur, en die simptome met betrekking tot kompleksiteit en graad vererger, kan 'n kliniese depressie teenwoordig wees (Marsella, 1996). Kliniese depressie is 'n siekte wat die mens in totaliteit beïnvloed (Depression and Anxiety Support Group, 1998). Dit beïnvloed liggaam, gemoed en gedagtes en bring dus emosionele, kognitiewe, liggaamlike en gedragsveranderinge mee (Mark & Williams, 1992). Volgens Medina (1998) meng die simptome ook in met die individu se vermoë om in sy daaglikse omgewing te funksioneer en vind benadeling ten opsigte van sosiale, beroeps- of ander belangrike areas van funksionering plaas (American Psychiatric Association, 1994).

Kliniese depressie word dus beskou as 'n sindroom met 'n verskeidenheid oorsake, waar 'n versameling van simptome of aspekte, byvoorbeeld 'n versteuring in gedagte-inhoud en 'n verandering in slaap- en eetpatrone saam groepeer en oor 'n beduidende tydsverloop voorkom, terwyl daaglikse funksionering belemmer word (Fredén, 1982; Immelman, 1992; Mark & Williams, 1992; Medina, 1998; Paykel, 1989).

2.3 KLASSIFIKASIE VAN DEPRESSIE

Deur die jare heen het 'n aantal klassifikasiesisteme, wat unitêre, dualistiese of pluralistiese klassifisering beklemtoon, uit die besondere voorkeure en agtergrond van teoretici ontwikkel (Marsella, 1996). Die pluralistiese sienswyse, wat die opvatting dat verskeie tipes depressie bestaan, voorstaan, geniet die meeste aansien en word ook deur die DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) ondersteun. Dit is egter nie die doel van hierdie navorsing om 'n oorsig oor al die beskikbare klassifikasiesisteme te gee nie. Hier word dus volstaan met die indeling van die

DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) wat, volgens Kendall (1991), ook in Suid-Afrika van toepassing is.

Depressie word volgens die DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) as 'n gemoedsversteuring geklassifiseer. Gemoedsversteurings word in die depressiewe versteurings, die bipolarêre versteurings, gemoedsversteurings as gevolg van 'n algemene mediese toestand en substans-geïnduseerde gemoedsversteuring onderverdeel. Tabel 1 sit hierdie verdeling verder uiteen.

Tabel 1: Klassifikasie van depressiewe versteurings (Aangepas uit Rapmund, 1996)

Diagnostiese kategorieë	Hoofkategorieë	Diagnostiese subgroep
Gemoedsversteurings - volgehoue en intense positiewe of negatiewe emosie wat oor tyd heen voorkom en duidelik tot benadeling lei.	Depressiewe versteurings - die belangrikste kenmerk is die teenwoordigheid van een of meer episodes van depressie sonder 'n geskiedenis van óf maniese óf hipomaniese episodes.	Major depressiewe versteuring - een of meer major depressiewe episodes. Distimie - 'n geskiedenis van 'n depressiewe gemoed vir 'n tydperk van ten minste twee jaar. Depressiewe versteuring nie andersins gespesifiseer nie - depressiesimptome waar onvoldoende of teenstrydige inligting voorkom.
	Bipolarêre versteurings - die belangrikste kenmerk is die teenwoordigheid van een of meer maniese of hipomaniese episodes (gewoonlik met 'n geskiedenis van major depressiewe episodes).	Bipolarêre I versteuring - een of meer maniese of gemengde episodes, soms met gepaardgaande major depressiewe episodes.

Tabel 1 (vervolg)

Diagnostiese kategorieë	Hoofkategorieë	Diagnostiese subgroep
		Bipolêre II versteuring - een of meer major depressiewe episodes gepaardgaande met ten minste een hipomaniëse episode. Siklotimie – ten minste twee jaar van verskeie periodes van hipomaniëse en depressiesimptome. Bipolêre versteuring nie andersins gespesifiseer nie - bipolêre simptome waar onvoldoende of teenstrydige inligting voorkom. Gemoedsversteuring as gevolg van 'n algemene mediese toestand – gemoedsversteuring wat die direkte fisiologiese gevolg van 'n algemene mediese toestand is. Substans-geïnduseerde gemoedsversteuring - gemoedsversteuring wat die direk fisiologiese gevolg van die misbruik van byvoorbeeld dwelms of medikasie is.

Tabel 1 (vervolg)

Diagnostiese kategorieë	Hoofkategorieë	Diagnostiese subgroep
		Gemoedsversteuring nie anders gespesifiseer nie - simptome voldoen nie aan die kriteria vir enige spesifieke gemoedsversteuring nie, en waar dit moeilik is om tussen depressiewe versteuring nie andersins gespesifiseerd en bipolêre versteuring nie andersins gespesifiseer nie, te kies.

Vervolgens word die depressiewe versteurings, waaronder major depressiewe versteuring en distimiese versteuring, aan die hand van die diagnostiese kriteria daarvan uiteengesit.

2.3.1 DIAGNOSTIESE KRITERIA VIR MAJOR DEPRESSIEWE VERSTEURING

Volgens die DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) is die belangrikste kenmerk van 'n major depressiewe versteuring 'n twee weke lange periode waartydens 'n verandering in funksioneringsvlak te bespeur is as gevolg van die teenwoordigheid van vyf of meer uit 'n lys van nege simptome. Hierdie simptome word in 2.4 breedvoerig ontleed en word hier dus slegs kortliks na aanleiding van die DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) uiteengesit:

1. 'n Depressiewe gemoed byna elke dag wat die grootste gedeelte van die dag duur.
2. 'n Merkbaar verminderde belangstelling in of plesier aan aktiwiteite wat

vantevore wel genotvol gevind is.

3. 'n Betekenisvolle gewigsverlies terwyl die persoon nie doelbewus 'n dieet volg nie of aan die ander kant 'n gewigstoename wat met 'n afname of toename in aptyt saamhang.
4. 'n Slaapversteuring wat dikwels die vorm van insomnia of hipersomnia aanneem.
5. Psigomotoriese veranderinge wat geagiteerdheid, soos die onvermoë om stil te sit, of vertraging ten opsigte van beweging en spraak, insluit.
6. Moegheid of verlies van energie byna elke dag.
7. 'n Gevoel van nutteloosheid of uitermatige of onvanpaste skuldgevoelens.
8. Besluiteloosheid en/of 'n verminderde vermoë tot konsentrasie.
9. Herhaalde gedagtes wat om die tema van dood en selfmoord draai.

Die belangrikste van hierdie simptome is egter die voorkoms van 'n depressiewe gemoed en verlies aan belangstelling en aan ervaring van genot. Een of beide moet teenwoordig wees alvorens 'n diagnose gemaak kan word. Die simptome moenie aan die gevolg van 'n substans of mediese toestand toegeskryf kan word nie en moet benadeling ten opsigte van die persoon se belangrikste funksioneringsareas tot gevolg hê. Ten slotte moet die versteuring nie beter deur 'n ander versteuring verklaar kan word nie en dit moet nie voldoen aan die diagnostiese vereistes vir 'n maniese of gemengde episode nie (American Psychiatric Association, 1994).

2.3.2 DIAGNOSTIESE KRITERIA VIR DISTIMIESE VERSTEURING

Vir 'n diagnose van distimiese versteuring moet 'n depressiewe gemoed vir ten minste twee jaar voorkom (American Psychiatric Association, 1994). Die persoon beskryf sy gemoedstoestand as hartseer en dui aan dat dit byna elke dag voorkom en vir die grootste gedeelte van die dag duur. Benewens die depressiewe gemoed is dit noodsaaklik dat twee of meer van die volgende simptome voorkom:

1. Die persoon toon 'n swak aptyt of kan aan die ander kant ooreet.
2. Slaapversteurings soos insomnie of hipersomnie.
3. Die persoon toon 'n lae energievlak of konstante moegheid.
4. Lae selfesteem.
5. Die individu vind dit moeilik om te konsentreer of ondervind probleme met besluitneming.
6. Gevoelens van hopeloosheid kom voor.

Die simptome veroorsaak ernstige benadeling ten opsigte van die persoon se belangrike funksioneringsareas en is nie die direkte gevolg van 'n substans of mediese toestand nie. Laastens is daar nie 'n ander gemoedsversteuring teenwoordig wat eerder as verklaring daarvoor gegee kan word nie (American Psychiatric Association, 1994).

2.3.3 KLASSIFIKASIE VAN DEPRESSIE VIR HUIDIGE NAVORSING

Vir die doel van hierdie navorsing word depressie volgens die simptome geklassifiseer soos onder andere deur Beck en Beamesderfer (1974) in Beck se verkorte vorm van die depressieskaal aangedui. Die belangrikste simptome-kategorieë wat in die vraelys vervat is, sluit die volgende in: 'n depressiewe gemoed, die belewing van mislukking, 'n pessimistiese lewensuitkyk, die teenwoordigheid van skuldgevoelens, selfverwerpende aspekte en selfmoordgedagtes, verminderde werksdoeltreffendheid, verlies aan belangstelling, besluiteloosheid, versteuring van liggaamsbeeld, vermoeidheid en verlies van aptyt (Du Plessis, 1983).

Dit blyk dat ongeveer sewe van die nege simptome, soos in die major depressiewe versteuring en vyf van die ses soos in distimie vervat, met die Verkorte Beck Depressieskaal ooreenstem. Daar kan dus aan die hand van 'n simptome lys 'n parallel tussen 'n major depressiewe versteuring, distimie (wat Möller, 1990, as 'n minder ernstige vorm van major depressie beskou) en depressie van 'n ligte tot matige graad, soos beskryf deur die simptomekategorieë van Beck en Beamesderfer

(1974), getrek word. Die voorkoms van die hoeveelheid simptome verskil egter. Hier toon Beck en Beamesderfer (1974) se kategorisering 'n groter ooreenkoms met distimie, aangesien slegs twee simptome, tesame met 'n depressiewe gemoed, vereis word vir die diagnose van distimiese depressie. In teenstelling met distimie is dit vir hierdie studie nie 'n vereiste dat depressiesimptome twee jaar of langer teenwoordig moet wees nie.

'n Bykomstige ooreenkoms word tussen Beck en Beamesderfer (1974) se kategorisering en 'n moontlike toekomstige DSM-klassifikasie, naamlik die minor depressiewe versteuring (American Psychiatric Association, 1994), waargeneem. Die belangrikste kenmerk van hierdie versteuring is een of meer periodes van depressiesimptome wat identies aan 'n major depressiewe versteuring is ten opsigte van duur, maar wat minder simptome en 'n ligter graad van benadeling behels. By 'n minor depressiewe versteuring hoef slegs twee simptome oor 'n tydperk van twee weke teenwoordig te wees om 'n diagnose te regverdig.

Vir die doel van hierdie navorsing word 'n persoon as depressief beskou indien hy 'n telling van vyf of meer op die Verkorte Beck Depressieskaal behaal en volgens Beck en Beamesderfer (1974) 'n ligte, matige of ernstige depressie het. Alhoewel die kategorie van minor depressiewe versteuring tans nog nie voldoende nagevors is om 'n DSM-klassifikasie te regverdig nie, is dit moontlik dat persone wat deel van hierdie studie uitmaak, met 'n minor depressiewe versteuring gediagnoseer sou kon word.

Navorsing, veral met die oog op programme en dus ook simptoombelasting, plaas dikwels die klem op die ernstiger vorme van depressie. McGrath, Keita, Strickland en Russo (1990) dui egter aan dat hartseer, 'n ligte depressiewe gemoed depressiesimptome en ander ligter vorme van depressie ook aansienlike ongemak, lyding en benadeling veroorsaak. Rapaport (1998) voeg ook by dat minor depressie die kliënt se funksionering en lewenskwaliteit benadeel. Hierdie sogenaamde ligter vorme van depressie moet dus nie geringer geag word as die ernstige vorme nie.

2.4 DIE SIMPTOMATOLOGIE VAN DEPRESSIE

Dit is belangrik dat enige model van depressie rekenskap van die sentrale affektiewe versteurings moet gee om sodoende die aard van die gemoedsversteuring te bepaal. Copeland (1994) is ook van mening dat die vroegtydige waarneming van en aandag aan simptome 'n belangrike rol in die voorkoming van depressie speel. Drie aspekte wat by die simptomatologie van depressie na vore kom, is die graad van die versteuring, die kwaliteit van die affektiewe veranderinge in depressie en laastens die daaglikse afwisseling daarvan (Healy, 1993). Dit behels dus dat die simptome óf nuut moet wees met betrekking tot hulle teenwoordigheid óf moet intensiveer in teenstelling met pre-episode-status. Vervolgens word die verskillende simptome van depressie kortliks bespreek.

2.4.1 DISFORIE

Volgens McKeon (1986) beleef depressiewe persone dikwels 'n gevoel van disforie. Disforie word deur Plug, Louw, Gouws en Meyer (1997) beskryf as 'n algemene gevoel van angs, rusteloosheid en neerslagtigheid. Ramos-Brieva en sy kollegas (1987) het vanuit 'n kognitiewe gedragsbenadering vasgestel dat depressiewe disforie gekenmerk word deur geassosieerde konstrakte van moegheid, internaliteit, onbeheerbaarheid, die onveranderlikheid van emosionele reaktiwiteit, 'n gebrek aan hoop, onverklaarbaarheid, die verlies aan 'n gevoel van moed en 'n gevoel dat hierdie staat vreemd is.

2.4.2 VERLIES AAN BELANGSTELLING

Fundamentele motiverende aspekte, wat omskryf word as 'n verlies aan belangstelling, is 'n sentrale kenmerk by depressie (Klinger, 1993). Dit beteken oor die algemeen dat die individue 'n apatiese houding teenoor byna elke aspek in sy lewe inneem. Dit is algemeen dat individue rapporteer dat hulle nie meer stokperdjies geniet nie, net nie meer omgee nie of geen plesier uit aktiwiteite wat hulle vroeër

plesier verskaf het, put nie. Gesinslede kom agter dat die persoon nie meer aan aktiwiteite deelneem nie en sosiaal onttrek. By sommige individue kom daar ook 'n waarneembare afname in seksuele genot en belangstelling voor (American Psychiatric Association, 1994).

2.4.3 ANHEDONIA

Anhedonia kan omskryf word as 'n verminderde vermoë om plesier te ervaar (Willner, 1993) of volgens Plug *et al.* (1997) die onvermoë om aangenaamheid te ervaar. Sommige teoretici voer aan dat 'n verminderde kapasiteit om plesier te ervaar 'n persoonlikheidstrek is wat met die aanvang van 'n depressiewe episode vererger (Willner, 1993). Anhedonia resulteer dan in 'n verhoging in waargenome stres en/of graad van die stressor.

2.4.4 SOSIALE DISFUNKSIE

Alhoewel sosiale disfunksie nie 'n definiërende karaktereienskap van depressie is nie, bestaan voldoende navorsing ter ondersteuning van die feit dat depressie met probleme ten opsigte van sosiale funksionering geassosieer word (Feldman & Gotlib, 1993). Die resultaat van 'n aantal studies wys dat, in vergelyking met 'n nie-depressiewe kontrolegroep, depressiewe persone oor minder sosiale ondersteuningsbronne beskik, sowel as minder kontak het met die persone wat wel hulle ondersteuningsnetwerk vorm (Billings & Moos, 1984; Gotlib & Lee, 1989). Daar is ook 'n betekenisvolle verskil tussen depressiewe en nie-depressiewe persone se kwaliteit van interpersoonlike verhoudinge, en Youngren en Lewinsohn (1980) rapporteer onder andere dat depressiewe persone gedurende interpersoonlike interaksie ongemaklik voel en die ervaring selfs as negatief of onaangenaam beskryf. Depressiewe persone beskou dikwels ook hulle persoonlike kontak as minder ondersteunend in vergelyking met nie-depressiewe persone (Belsher & Costello, 1991; Billings, Cronkite & Moos, 1983).

Die sosiale gedrag van depressiewe persone word deur Gotlib (1982) as minder sosiaal bedrewe beskryf. Volgens Feldman en Gotlib (1993) is daar twee vlakke, naamlik die gedrag en die inhoud van 'n depressiewe persoon se gesprek, waaruit

verminderde sosiale vaardighede afgelei kan word. Op gedragvlak blyk dit dat depressiewe persone selde glimlag, min oogkontak met die luisteraar maak en langer tussenposes toelaat voordat hy op die spreker reageer. Daar kom ook soms inkongruente verbale en nie-verbale gedrag voor. Die depressielyer se gesprek fokus dikwels meer op homself en het 'n negatiewe toon met hulpeloosheid as tema. Laastens maak hy min positiewe opmerkings. Hierdie onvermoë ten opsigte van sosiale vaardighede lei dikwels tot ambivalente gevoelens en verwerping deur die mense in sy sosiale omgewing en dus ook sy ondersteuningsnetwerk (Feldman & Gotlib, 1993).

2.4.5 KONSENTRASIEPROBLEME, SWAK GEHEUE EN BESLUITELOOSHEID

Volgens Prinsloo (1998) ervaar die depressielyer 'n verminderde vermoë om te onthou en te konsentreer. Watts (1993) noem in die verband dat depressielyers kla dat hulle 'n afname in intellektuele kragte of vermoëns ervaar. Dit kom verder voor of die depressiewe persoon se aandag maklik afgelei word (American Psychiatric Association, 1994). Dit is ook vir depressielyers moeilik om besluite te neem en dit maak hulle later angstig om selfs klein beslissings te neem, soos om te besluit wat om aan te trek of wat om te eet (Prinsloo, 1998). Wanneer die depressie egter suksesvol behandel word, neem die konsentrasie- en geheueprobleme drasties af (American Psychiatric Association, 1994).

2.4.6 SELFESTEEM

'n Prominente kenmerk van depressie is dat 'n persoon se selfagting afneem (Baumeister, 1993a; Copeland, 1994). Volgens McKay en Fanning (1992:12) is selfesteem “more than merely recognizing one’s positive qualities. It is an attitude of acceptance and nonjudgement towards self and others”. Bernet, Ingram en Johnson (1993) voer aan dat gevoelens van waardeloosheid na vore kom en die persoon oormatig krities teenoor homself is, selfs oor klein foute. Die persoon maak onrealistiese negatiewe evaluasies ten opsigte van sy waarde, en daaglikse gebeure word dikwels beskou as bewyse van persoonlike defekte wat 'n alreeds lae eie-

waarde net verder aftakel (American Psychiatric Association, 1994).

Volgens Johnson en Forsman (1995) is daar twee tipes selfesteem, naamlik basiese selfesteem en die verkryging van selfagting deur middel van bevoegdheid en ander se goedkeuring. Hulle voer aan dat 'n persoon met 'n hoë strewe na bevoegdheid ander se goedkeuring nodig het en gedryf word deur die oortuiging dat hulle aksies hulle eiewaarde bepaal. Elke aksie wat dus as 'n mislukking beskou word en waarvoor die persoon nie goedkeuring ontvang nie, is 'n bedreiging vir die persoon en dra by tot 'n verlaging in selfagting. Dit lei tot 'n negatiewe oortuiging oor die self wat verband hou met 'n negatiewe beoordeling van homself sowel as van ander persone en dus volgens bogenoemde definisie van McKay en Fanning (1992) die kern van 'n lae selfkonsep vorm.

2.4.7 SKULDGEVOELENS EN SKAAMTEGEVOELENS

Skuldgevoelens word dikwels as 'n komponent van depressie beskou en is dan ook in die diagnostiese kriteria van gemoedsversteurings vervat (American Psychiatric Association, 1994). Die term word egter so wyd deur sielkundiges gebruik dat dit dikwels skuld- en skaamte-ervaringe insluit (Tangney, 1993). Hy onderskei tussen hierdie terme deur veral op die rol wat die self speel, te fokus.

Volgens Tangney (1993) behels skuldgevoelens die negatiewe evaluering van spesifieke gedrag. Dit gaan gepaard met die individu se persepsie dat hy iets slegs of verkeerd gedoen het. Alhoewel hierdie gevoel ongemak veroorsaak, is dit nie aftakelend nie en is die self nog in staat om te funksioneer. Aan die ander kant is skaamtegevoelens 'n meer globale, pynlike en vernietigende ervaring waar die self, en nie net die gedrag nie, noukeurig ondersoek word en negatief geëvalueer word. Die persoon voel blootgestel, hulpeloos en waardeloos. Alhoewel skaamte- en skuldgevoelens twee aparte kenmerke is, kan die situasies wat daartoe aanleiding gee, egter nie noodwendig onderskei word nie (Niedenthal, Tangney & Gavanski, 1994).

✓2.4.8 HOPELOOSHEID

Die term hopeloosheid dui op 'n individu se negatiewe verwagtinge rakende die gevolge van 'n gebeurtenis en die verwagting dat hy hulpeloos is om 'n veranderde uitkoms te bewerkstellig (Abramson, Metalsky & Alloy, 1989). Die individu is dus van oortuiging dat 'n hoogs begeerlike uitkoms nie sal plaasvind nie, of dat hoogs aversiewe uitkomst wel sal plaasvind, ongeag enige optrede of respons van sy kant (Abramson, Alloy & Metalsky 1990).

Volgens Abramson, Metalsky & Alloy (1993) is daar ten minste drie tipes gevolgtrekkings wat 'n persoon oor die negatiewe gebeurtenis (of die afwesigheid van positiewe gebeure) kan maak, naamlik 1) gevolgtrekkings oor die rede waarom die gebeurtenis plaasgevind het, 2) gevolgtrekkings oor gevolge wat moontlik uit die gebeurtenis kan voortspruit en 3) gevolgtrekkings oor die persoon self en gevolglike karaktertrekke in die lig van die gebeurtenis. Hulle postuleer dus dat negatiewe lewensgebeure as omgewingsaanduider dien en so die oorsprong van gevoelens van hopeloosheid by mense is.

✓2.4.9 PSIGOMOTORIESE VERTRAGING

Volgens Widlocker (1983) is psigomotoriese vertraging een van die algemeenste simptome van depressie. Depressielyers kla oor futloosheid, afgematheid en dat hulle oor geen krag beskik nie (Prinsloo, 1998). Hierdie aspek word ook gekenmerk deur stadige spraak (waar verlengde tussseposes voorkom voordat die persoon praat), stadige liggaamsbewegings asook verminderde oog- en gesigsbewegings (Cloutre, Katz & Van Praag, 1993). Indien die depressie onbehandeld bly, kan hierdie simptome so vererger dat dit voorkom of die persoon bewegingsloos is en in stupor verkeer (Prinsloo, 1998).

2.4.10 VERANDERDE EETPATRONE

Volgens Patton (1993) is navorsingsresultate teenstrydig ten opsigte van tipiese eetpatrone van depressielyers. Sommige studies (Casper *et al.*, 1985) beweer dat

verminderde eetlus en gevolglike gewigsverlies meer dikwels by ouer persone voorkom en verhoogde eetlus en gewigstoename veral 'n eienskap by jonger vroue is. Hulle is ook van mening dat die graad van ernstigheid van die depressie ten nouste met 'n verlies aan eetlus en gewig saamhang. 'n Latere studie (Stunkard, Fernstrom, Price, Frank & Kupfer, 1990) toon weer dat gewigstoename eerder met liggaamsgewig verband hou. Hulle vind geen verband tussen ernstigheidsgraad en verandering in eetlus nie, maar wel tussen die duur van die episode en die algehele graad van gewigsverandering.

Die DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) klaar hierdie teenstrydighede in 'n mate op, deur te stel dat veranderde eetpatrone afname sowel as toename in eetlus kan behels. Volgens die DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) verminder aptyt gewoonlik ten tye van 'n depressiewe episode en die persoon voel in baie gevalle dat hy hom moet dwing om te eet. Daar is egter ook individue wat 'n toename in eetlus ondervind en wat dikwels 'n spesifieke behoefte aan lekkers of ander koolhidrate het. Wanneer aptytveranderinge van 'n ernstige aard is, kom gewigstoename of -verlies ook voor.

2.4.11 SLAAPVERSTEURINGS

Volgens Prinsloo (1998) is slaapprobleme een van die hoofsimptome van depressie. Granet en Levinson (1998) dui aan dat daar vier tipes insomnia by depressielyers voorkom. Die eerste is primêre insomnia, waarby die depressielyer probleme ondervind om aan die slaap te raak. Die tweede is sekondêre insomnia waarby die persoon herhaaldelik gedurende die nag wakker word. Die derde is tersiêre insomnia waarby die individu vroeër as gewoonlik wakker word en die laaste is hipersomnia waarby die persoon “'n onbeheerbare begeerte om te slaap” (Plug *et al.*, 1997:142) het. Die individu rapporteer dan ook dat hy voortdurend lomerig voel ten spyte daarvan dat hy vir 'n langer tydperk as normaalweg geslaap het (Cartwright, 1993).

Volgens Cartwright (1993) gebeur dit ook dat depressielyers, in vergelyking met 'n normale kontrolegroep, baie vroeër hulle eerste “Rapid Eye Movement”-slaapfase betree en dat hierdie fase dikwels te lank voortduur. Die verwagte reeks vermeerderende oogbewegings van een REM-fase na 'n volgende kom ook nie by

depressielyers voor nie. Hierdie faktore hou dan verband met 'n slaapabnormaliteit, naamlik verkorte REM-latensie wat veral met major depressie geassosieer word.

2.4.12 SELFMOORDGEDAGTES

Herhaalde gedagtes oor die dood, selfmoordgedagtes of selfmoordpogings kan by die depressielyer voorkom (American Psychiatric Association, 1994). Hierdie gedagtes wissel van 'n oortuiging dat ander beter daaraan toe sal wees as die persoon dood is, deur herhalende gedagtes om selfmoord te pleeg tot definitiewe planne oor hoe die persoon die daad gaan uitvoer. Die frekwensie, intensiteit en noodlottigheid van hierdie gedagtes wissel. Minder ernstige gevalle se selfmoordgedagtes is gewoonlik vlugtig van aard en kom een of twee maal 'n week voor. Waar 'n individu ernstiger is, het hy al oor 'n metode, plek en tyd besluit. Die motivering agter selfmoordgedagtes is dikwels 'n behoefte om tou op te gooi wanneer die persoon 'n situasie as onoorkomelik beskou, of as hy net 'n einde wil maak aan baie pynlike emosionele gevoelens wat as eindeloos waargeneem word. Volgens Baumeister (1993b:282) is selfmoord een van die mees wanaangepaste wyses waarop 'n persoon van homself en sy omgewing kan ontsnap, en dan beskou die persoon dit dikwels as 'n “desperate means towards a desirable end”.

2.5 KONSEPTUALISERING VANUIT TEORETIESE BENADERINGS

Die konseptualisering van verskillende teoretiese perspektiewe op depressie is belangrik, aangesien dit 'n faktor in die behandelingsmodel van depressie is en dus ook sekere implikasies ten opsigte van programaanbieding het (Gotlib & Hammen, 1992). Elke benadering wat met die oog op die samestelling van 'n program in ag geneem is, word kortliks ten opsigte van die oorsake en behandeling van depressie ontleed. In die bespreking word meer aandag aan die kognitiewe gedragsbenadering gegee, aangesien dit 'n groter gedeelte van die saamgestelde program in beslag neem.

2.5.1 BIOLOGIESE TEORIEË

Volgens Carson *et al.* (1988) bestaan verskeie leidrade dat biologiese faktore 'n rol by depressie speel. Hulle voer onder andere aan dat depressie na 'n tydperk van natuurlike fisiologiese veranderinge voorkom en medikasie grootliks effektief is in die behandeling van depressie. Selfs Yapko (1998), wat nie 'n groot voorstander van die biologiese dimensie van depressie is nie, erken dat die mens 'n biologiese entiteit is en genetika en biochemie derhalwe 'n rol by ervaringe speel. Die twee hoofstrome, naamlik 'n genetiese predisposisie en biochemiese komponente word vervolgens kortliks bespreek. Daar moet egter in gedagte gehou word dat, alhoewel daar 'n teoretiese onderskeid bestaan, die teorieë mekaar in werklikheid oorvleuel en mekaar wedersyds beïnvloed (Golden & Janowsky, 1990; Thase & Howland, 1995).

2.5.1.1 Genetiese predisposisie

Navorsers maak primêr van tweelingstudies, familiestudies, studies oor aangenome kinders en genetiesemerkerstudies gebruik om genetiese inligting aangaande gemoedsversteurings in te samel (Wesner & Winokur, 1990). Alhoewel daar soms teenstrydige bevindings uit die navorsing na vore kom, blyk dit volgens Barlow en Durand (1999) dat depressie wel 'n onderliggende genetiese predisposisie het.

Volgens Nurnberger en Gershon (1992) is dit hoogs onwaarskynlik dat 'n enkele dominante geen verantwoordelik is vir hierdie predisposisie tot depressie. Dit blyk ook dat daar nie genoegsame bewyse is om aan te dui of dit 'n enkele geen (monogenies) of 'n verskeidenheid gene (poligenies) is, wat verantwoordelik is vir die oorerwingsfaktor nie (Marsella, 1996). Dit blyk ook dat navorsers nog nie 'n spesifieke geen of gene wat met gemoedsversteurings geassosieer word, kon identifiseer nie (Kelsoe, 1997). In die lig hiervan sê Barlow en Durand (1999) dat, soos dit in die meeste gevalle by psigologiese versteurings die geval is, enige genetiese bydrae die gevolg van 'n verskeidenheid gene is, waar elk tot 'n kumulatiewe effek bydra. Verdere navorsing in hierdie verband is egter nog noodsaaklik. Die *National Institute of Mental Health* (1999a) is dus besig met twee groot navorsingsprojekte wat die identifisering van alle menslike gene behels. Hierdie navorsing sal ook 'n bydrae lewer tot die bevordering en ontwikkeling van 'n

genetiese databasis wat gene, wat vir depressie vatbaar is, identifiseer.

Omgewingsfaktore speel egter 'n bepalende rol in die oorgang van waar slegs 'n predisposisie bestaan, tot waar 'n werklike versteuring voorkom (Weiten & Lloyd, 1994). Dit stem ooreen met die toenemende aanhang van die stres-diatese-teorie. Hierdie teorie is onder andere op die veronderstelling gebaseer dat depressiewe versteurings die gevolg van 'n wisselwerking tussen 'n genetiese predisposisie en 'n stresvolle lewensgebeurtenis is (Marsella, 1996). Dit blyk dus dat 'n genetiese predisposisie slegs 'n gedeeltelike antwoord op die vraag na die ontstaan van depressie verskaf, en nie veralgemeen moet word as die somtotaal van oplossings nie (Medina, 1998).

2.5.1.2 Biochemiese faktore

Die veronderstelling van die biochemiese teorieë is dat daar 'n direkte verband tussen die genetiese onderbou en biochemiese funksionering van 'n persoon bestaan (Immelman, 1992). Depressiwiteit kan dus met 'n neurochemiese disekwilibrium geassosieer word (Smit, 1994). Teorieë wat verband hou met hierdie disekwilibrium is die hormoonwanbalanshipotese (Barlow & Durand, 1999; Bootzin & Acocella, 1984), die elektroliet-metabolise-teorie (Granet & Levinson, 1998; Marsella, 1996), slaap- en sirkardiese ritmes (Barlow & Durand, 1999) en neuro-oordragstofsisteme (Barlow & Durand, 1999; Medina, 1998). Vir die doel van hierdie studie word slegs die neuro-oordragstowwe bespreek, aangesien dit veral met die gebruik van antidepressante verband hou.

In die brein is daar sekere sisteme wat met verskeie verstandspesesse soos abstrakte denke, plesier, pyn, depressie, angs, slaap, geheue en aptyt geassosieer word (Medina, 1998). Elke een van hierdie sisteme gebruik sekere neuro-oordragstowwe wat chemiese boodskappe oordra en seine binne die sisteem oor sinapse gelei (Johnsgard, 1989). Hierdie neuro-oordragstowwe moet in spesifieke hoeveelhede teenwoordig wees sodat elke sisteem effektief kan funksioneer. Wanneer daar dus 'n onderbreking in die normale vloei van neuro-oordragstowwe voorkom, gebeur dit dat mense depressief word (Medina, 1998).

Neuro-oordragstowwe wat verband hou met die ontstaan en duur van depressie is

veral die mono-amines, naamlik epinefrien, norepinefrien, serotonien, dopamien en asetielcholien (Marsella, 1996), waarvan serotonien, norepinefrien en dopamien sekerlik die belangrikste is (Granet & Levinson, 1998). Hierdie neuro-oordragstowwe het 'n omgekeerd eweredige wisselwerking en wanneer dopamienvlakke vermeerder, verminder serotonienvlakke, wat tot depressie lei (Medina, 1998). Volgens Barlow en Durand (1999) is die huidige denkrigting dan ook dat die balans tussen die verskeie neuro-oordragstowwe belangriker is as die absolute vlak van enige van die neuro-oordragstowwe.

Die afgelope paar jaar se bevindinge oor die ingewikkelde wisselwerking van neurochemiese stowwe lei tot beter begrip van die aard van gemoedsversteurings (Barlow & Durand, 1999). Ten opsigte van die behandeling van 'n sogenaamde chemiese wanbalans, speel medikasie 'n baie belangrike rol by die verandering van neuro-oordragstofvlakke.

Daar is drie basiese soorte antidepressantmedikasies wat in die behandeling van depressiewe versteurings gebruik word (Medina, 1998). Hierdie antidepressante is trisikliese antidepressante, monoamien oksidase-inhibeerders (MAO) en die nuwe selektiewe serotonergiese heropname-inhibeerders (SSRI's).

Trisikliese antidepressante, byvoorbeeld imipramien en amitriptielien blokkeer sekere neuro-oordragstowwe se heropname wat oordrag van die spesifieke neuro-oordragstof desensitiseer en so afname reguleer (Barlow & Durand, 1999; Medina, 1998). Trisikliese antidepressante werk veral op die norepinefrien, en in 'n mate op die serotoniensisteme.

MAO-inhibeerders, soos tranielpromien, blokkeer die ensiem Monoamien Oksidase wat verantwoordelik is vir die afbreek van neuro-oordragstowwe soos norepinefrien en serotonien (Barlow & Durand, 1999). Die gevolge is verder dieselfde as die van trisikliese antidepressante deurdat dit ook tot 'n desensitisasie van oordragstowwe lei. MAO-inhibeerders word egter in 'n mindere mate gebruik vanweë twee potensieel dodelike gevolge. Eerstens kan die interaksie van MAO-inhibeerders met tiramien, wat in sekere kos- en dranksoorte soos kaas, rooiwyn en bier voorkom, tot 'n hipertensiewe episode en selfs tot die dood lei. Tweedens kan MAO-inhibeerders wat

saam met sekere adrenalien-dergelike medikasie, soos in verkouemedisyne, gebruik word, ook gevaarlik wees (Medina, 1998).

Selektiewe serotonergiese heropname-inhibeerders (SSRI's), soos fluoksetien, werk spesifiek op die serotonien neuro-oordragstofsisteem en blokkeer die heropname van serotonien (Barlow & Durand, 1999). Hierdie nuwe generasie antidepressante blyk baie effektief te wees en het ook minder newe-effekte (National Institute of Mental Health, 1999b).

Antidepressante speel egter nie net 'n belangrike rol by die behandeling van depressie nie. 'n Belangrike doel van antidepressante is ook die voorkoming of vertraging van 'n volgende episode (Barlow & Durand, 1999). Antidepressante word dus voorgeskryf selfs vir 'n tydperk van ses tot twaalf maande nadat die depressiewe episode verby is en word daarna geleidelik onttrek.

Die biologiese teorieë en werking van antidepressante is belangrike inligting waarvan 'n groepleier vir die beoogde program kennis moet dra. Alhoewel die voorkoms van 'n chemiese wanbalans en die behandeling van depressie met behulp van medikasie slegs kortliks in die program genoem word, is dit moontlik dat groepslede spesifieke vrae oor die onderwerp sal stel.

2.5.2 STRESVOLLE LEWENSGEBEURTENISSE

Stresvolle en traumatiese gebeurtenisse lewer van die opvallendste bydraes tot die ontstaan van depressie (Barlow & Durand, 1999). Medina (1998) noem dat sulke gebeurtenisse onder andere die verlies van werk, negatiewe ekonomiese omstandighede, stresvolle verhoudings of pynlike ervarings as kind kan wees. Volgens Granet en Levinson (1998) is verlies, werklik of simbolies, van die grootste stressors wat depressie veroorsaak. Dit is egter nie net die inhoud van die stresvolle gebeurtenis wat belangrik is nie; daar moet ook vasgestel word watter betekenis dit vir die individu inhou en in watter konteks dit plaasvind (Barlow & Durand, 1999). So sal die verlies van werk dikwels 'n groter invloed op 'n enkelouer hê, as byvoorbeeld op 'n suksesvolle sakeman se vrou wat eerder by haar kinders wil wees.

Soos reeds genoem, bestaan daar verder 'n verband tussen stresvolle lewens-

gebeurtenisse en 'n genetiese predisposisie (Marsella, 1996). Dit is dus die individuele ervaring van 'n gebeurtenis as stresvol wat die wanfunksionering van biologiese prosesse in werking stel. Die stressors affekteer ook biochemiese wanbalanse en veroorsaak sodoende depressie (Carson *et al.*, 1988).

2.5.3 SOSIALE FAKTORE

Studies wat reeds in die sewentigerjare onderneem is, het aangedui dat sekere sosiale omstandighede depressie kan presipiteer (Prusoff, Thompson, Sholomskas & Riordan, 1977). Vervolgens word ouderdom, geslag en ras as presipiterende faktore van depressie bespreek.

2.5.3.1 Ouderdom

In die verlede het depressie eerder onder middeljarige persone voorgekom (Gotlib & Hammen, 1992), en Roth (1983) was ook van mening dat die voorkoms van depressie hoër onder bejaardes is. Volgens Barlow en Durand (1999) toon navorsing egter dat 'n tendens wêreldwyd bestaan dat die aanvang van depressie op 'n al hoe jonger ouderdom voorkom. Die gemiddelde aanvang van die eerste depressiewe episode is tans in die persoon se twintiger- of dertigerjare (Granet & Levinson, 1998). Hierdie feit sluit egter nie die moontlikheid uit dat depressie op enige ouderdom kan ontstaan en voortduur nie.

Wanneer depressie egter alreeds in die adolessente en vroeë volwasse stadium voorkom, het dit dikwels verreikende gevolge. Dit ontwig die persoon se vermoë om coping- en probleemoplossingsvaardighede aan te leer en kan daartoe lei dat hy latere lewenseise onsuksesvol hanteer (Gotlib & Hammen, 1992). Dit kan tot gevolg hê dat meer stres ervaar word, depressie toeneem en die persoon 'n toenemende onvermoë ten opsigte van die hantering van stressors ervaar.

2.5.3.2 Geslag

In hulle vroeë kinderjare is seuns meer as dogters geneig om depressief te wees (Wallace & O'Hara, 1992). Hierdie tendens verdwyn egter met adolessensie en word deurgevoer na volwassenheid wanneer die vroulike geslag weer meer tot depressie

geneig is (Gore & Colten, 1991). Volgens Granet en Levinson (1998) sal soveel as 26 persent van alle vroue en tot 12 persent mans op die een of ander tydstip in hulle lewe depressie ervaar. Dit kom ooreen met studies wat aanvoer dat vroue twee maal soveel as mans depressie rapporteer (Barlow & Durand, 1999; Nolan & Willson, 1994). Hierdie ratio word nie deur ras, etnisiteit of ekonomiese status beïnvloed nie (National Institute of Mental Health, 1999c), maar verdwyn egter na die ouderdom van 65 jaar wanneer ewe veel mans as dames depressie toon (Wallace & O'Hara, 1992).

Volgens navorsing van Nolan en Willson (1994) blyk dit dat mans in hulle ervaring van depressie meer krities optree, en ook makliker teleurgesteld in hulleself is. Vrouens toon weer 'n groter mate van probleme ten opsigte van besluitneming, slaapversteurings, aptytverlies en bekommernis oor hulle gesondheid. Volgens Granet en Levinson (1998) ervaar mans depressie ook op 'n meer kognitiewe vlak, dit wil sê hulle siening van hulleself, sowel as van die wêreld, word tot 'n groot mate aangetas. Vrouens is weer meer geneig om op 'n emosionele vlak uitdrukking aan hulle depressie te gee. Hulle praat dus meer oor wat hulle voel as oor wat hulle dink.

Die grootste verskil ten opsigte van geslag en depressie is egter die mate waarin depressie gerapporteer word (Granet & Levinson, 1998). Mans beskou depressie nog in 'n groot mate as 'n swakheid en is dus in 'n geringer mate as vrouens geneig om hulp te soek. Hierdie tendens kan as moontlike hipotese vir die ongelykheid ten opsigte van geslag in die voorkoms van rapportering van depressie dien. Volgens Weiten en Lloyd (1994) is dit dus moontlik dat mans byna net soveel depressie as vrouens kan ervaar.

2.5.3.3 Kultuur

Dit blyk dat, ten spyte van die toenemende belangrikheid wat die afgelope paar jaar aan studies van hierdie aard geheg word, dit steeds moeilik is om die werklike omvang van depressie by sekere etniese groepe te bepaal (Marsella, 1996). Meetinstrumente is dikwels slegs op tradisioneel blanke populasies gestandaardiseer, wat die akkurate reflektoring van swart kulture se ervaring van depressie beïnvloed (Gotlib & Hammen, 1992). Kulturele diversiteit, veral met betrekking tot kommu-

nikasie- en taalverskille, verminder verder die akkuraatheid van studies.

In die lig hiervan blyk dit dat die ervaring van depressiesimptome tussen kulture verskil (American Psychiatric Association, 1993). Volgens Marsella (1996) is dit veral ten opsigte van simptome soos skuld, wanhoop en negatiewe selfesteem dat verskille voorkom. Depressie word onder ander kulture as die blanke kultuur dikwels ook eerder ooreenkomstig somatiesse klagtes beskryf, byvoorbeeld moegheid (Barlow & Durand, 1999). Dit verklaar moontlik waarom Marsella (1996) van mening is dat die voorkoms van depressie by tradisioneel Afrikakulture laer is.

Nog 'n moontlike hipotese is dat die swart kulture oor 'n sogenaamd kollektiewe bewussyn beskik (Kotzé, 1993). Dit bring mee dat die fokus op die hele groep, en nie net op 'n spesifieke individu val nie. 'n Persoon ervaar moeilike tye dus nie alleen nie, aangesien dit deur die hele gemeenskap gedeel word.

2.5.4 PSIGOLOGIESE TEORIEË

Vervolgens word die belangrikste psigologiese teorieë ten opsigte van depressie ontleed. Die teorieë is uit die wye veld van bestaande teorieë geselekteer as gevolg van hulle bydrae tot die verheldering van die konsep depressie, asook weens die rol wat onderskeie komponente van elke benadering in die saamgestelde program speel.

2.5.4.1 Psigoanalitiese perspektief

onbewuste - bewuste
vader self
selfesteem
verdringing

Freud (1950) se teorie ontwikkel ongeveer in 1917 en veronderstel dat verskeie onbewuste prosesse vir die ontstaan van depressie verantwoordelik is. Hy is van mening dat die mens op 'n onbewuste vlak negatiewe gevoelens teenoor 'n geliefde wat hom verlaat het, koester. Die persoon introjekteer die negatiewe gevoelens ('n sogenaamde teenverwerping) en word so die objek van sy eie haat. Vanuit die psigoanalitiese perspektief beskou Freud depressie dus as aggressie of woede wat die individu in plaas van op die eintlike objek van sy aggressiewe gevoelens, eerder na binne rig (Freud, 1957). Hierdie depressie volg nie net altyd op 'n ware verlies nie, maar ook op dit wat as 'n verlies ervaar kan word, byvoorbeeld om seergemaak of teleurgestel te word.

Abraham het in 1924 Freud se bevindinge ten opsigte van die objek van 'n persoon se begeerte versterk en uitgebrei (Mendelson, 1990). Kortliks gestel, fokus hy op die melancholiese persoon se ingebore beklemtoning van orale erotisisme, wat die persoon kwesbaar vir frustrasie, teleurstelling en depressie maak.

'n Verdere belangrike bydrae tot die psigoanalitiese perspektief is die van Bibring (1953). Hy stem met vorige teoretici soos Rado (1928) saam, naamlik dat 'n predisposisie tot depressie die gevolg van traumatiese gebeurtenisse in die vroeë kinderjare is, waaruit 'n fiksasie op 'n staat van hulpeloosheid tot stand kom. Hy wyk egter van die hoofstroom af deur depressie hoofsaaklik as 'n ego-fenomeen te beskou. Depressie is die ego se uitdrukking van hulpeloosheid. Hy stem dus nie met die siening saam dat depressie 'n produk is van intersistemiese konflik, dit wil sê tussen die id, ego en superego, nie. Volgens hom is depressie die resultaat van konflikte binne die ego, wat dikwels die gevolg is wanneer die persoon nie aan sy eie standaarde en ego-ideale kan voldoen nie. Dit gebeur wanneer doelwitte te hoog gestel is of wanneer die sosiale situasie verander het. Bibring (1953:23) stel dit soos volg: "In depression the narcissistically important aims are perpetuated, but the narcissistic core of the ego, its self-esteem, is broken down, since the ego-functions - which usually serve the gratification of the particular narcissistic strivings - appear to be highly inadequate, partly due to reality factors, partly due to internal reasons." Dus, by depressie word die kern van die ego, dit wil sê die selfesteem, benadeel.

Jacobson (1971:89), soos Bibring, beskou ook 'n verlaagde selfesteem as 'n sentrale tema by depressie en is van mening dat depressie "arises from the discrepancy between the self representations and the ego ideal (superego) or the wishful image of the self". Daar bestaan 'n verband tussen die persoon se ego-ideale en verwagtinge, selfesteem en depressie. Indien die persoon se ideale onrealisties en dus ook onbereikbaar is, het dit 'n negatiewe invloed op sy selfesteem en is dit dus 'n bydraende faktor ten opsigte van depressie.

Sandler en Joffe (1969) versag die klem wat op selfesteem geplaas word en verbreed die konsep sodat dit na 'n psigobiologies affektiewe staat, wat hulle 'n ideale staat van welstand noem, verwys. Hulle voer aan dat depressie ontstaan sodra die verdedigingsmeganismes wat daargestel is om pyn te verminder nie meer

effektief is nie en 'n gevoel van hulpeloosheid die staat van welstand versteur.

Mendelson (1990:33) vat die psigoanalitiese perspektief saam deur te sê: "The psychoanalytic understanding of depression is made up of certain recurring themes which weave in and out the theoretical tapestry. The themes are the basic human themes of love and loss and hate and vulnerability and happiness. They are elemental aspects of human life. Expressed clinically they take on designations, simultaneously both aseptic and value-laden, such as dependency, aggression, and narcissism. They lead to joy and despair, to elation and depression."

Die doel van psigoanalitiese terapie by die behandeling van depressie is om die individu se bewuste kennis van belangrike aspekte ten opsigte van homself, waarvan hy vantevore onbewus was of slegs vaagweg kennis gedra het, uit te bou (Bemporad & Vasile, 1990). Daar word aanvaar dat, alhoewel sommige aspekte op 'n onbewuste vlak lê, dit 'n invloed op die persoon se gedrag kan hê. Wanneer sulke onbewuste aspekte dus geïdentifiseer, ten opsigte van geldigheid geëvalueer en in die individu se persoonlikheid geïntegreer is, kan die persoon sy lewe op 'n bevredigender en konstruktiewer wyse voortsit.

Psigoanalise fokus dus op ^{hoof} die oplossing van intrapsigiese konflikte met spesifieke klem op egodistorsies en superego-defekte, om so 'n verandering in die persoon se persoonlikheidsstruktuur of karakter te bewerkstellig, en nie soseer om die verligting van simptome teweeg te bring nie (Hayes & Newman, 1993; Jacobson, 1971; Kaplan, Sadock & Grebb, 1994; Karasu, 1990). Om dit te bewerkstellig, gee Karasu (1990) opeenvolgende doelwitte, naamlik: 1) ^{en 'n effek wat lei tot verandering in self} die verligting van simptomeverligting te verlig deur die uitdrukking van onderdrukte aggressiewe gevoelens, 2) ^{sy} om superego-eise en perfeksionistiese standaarde te verlaag en so ^{sy} skuldgevoelens te verminder en selfsteem te verbeter, 3) om interpretasies te maak en kliënte so te help om hulle narsissistiese begeertes beter te begryp en 4) ^{verste onbewuste} om ^{vroegere} konflikte waaruit die huidige toestand sy oorsprong het, te ontbloot en te herskep. ^{to identifiseer, die geborgheid daarvan te evalueer en die persoonlikheid te integreer.} Die primêre tegnieke wat in psigoanalitiese terapie gebruik word, is insig-georiënteerd gebaseer (Karasu, 1990). Hierdie tegnieke sluit in konfrontasie deur evokatiewe vraagstelling, verklaring, interpretasie (om onderliggende betekenis of oorsaak van gedrag en gevoelens daar te stel) en die deurlopende integrasie van die

proses. Die tegnieke is dan ook gemik op fasiliterende analise van weerstand en die oordrag- en teenoordragproses.

Mendels (1970) stel voor dat die terapeut 'n gevoel van aanvaarding moet oordra, aangesien die depressiewe persoon verwerping verwag. Die terapeut moet waak teen manipulasie en 'n deurbraak probeer bewerkstellig ten opsigte van weerstand teen kommunikasie, en die kliënt se gebruik van ontkenning as verdedigingsmeganisme (Altrocchi, 1980). Gagliano en Louw (1990) dui ten slotte aan dat die persoon bewus gemaak moet word van spanningsvolle periodes gedurende sy kinderjare toe verlies van 'n liefdesobjek ervaar is en dat hy aangemoedig moet word om eerder uiting te gee aan vyandigheidsgevoelens as om dit na binne te rig.

2.5.4.2 Gedragsteoretiese benadering

Die gedragsbenadering het sy oorsprong in die vyftiger- en vroeg-sestigerjare (Corey, 1996). Skinner (1953), wat sekerlik as een van die vaders van gedrags terapie beskou kan word, postuleer dat depressie die gevolg is van 'n vermindering in gedragstempo weens die tussenkoms van gevestigde, opeenvolgende gedragsaksies wat positief deur die omgewing versterk word. Die konseptualisering van depressie met betrekking tot 'n "extinction-related phenomenon and as a reduction in frequency of emission of behavior" vorm die kern van alle gedragstandpunte (Lewinsohn & Gotlib, 1995:352). Ferster (1966) verstrek egter groter detail in die verband en noem dat verskeie faktore soos skielike omgewingsveranderinge, straf of 'n verskuiwing in versterkingsgebeurlikhede aanleiding tot depressie kan gee. Hy stel verder voor dat die depressielyer se onvermoë om sy gedrag aan te pas, aan drie faktore gewyt kan word: eerstens, skielike omgewingsveranderinge wat die daarstelling van nuwe bronne van versterking vereis; tweedens, 'n hoë mate van blootstelling aan aversiewe of strafbare gebeurtenisse wat die geleentheid vir positiewe versterking fnuik en laastens, 'n onjuiste waarneming van die omgewing wat tot sosiaal onvanpaste gedrag en 'n lae frekwensie van positiewe versterking lei.

Die vernaamste gedragsteorieë in verband met depressie val egter op die terrein van wat as die sosiale leerteoriebenadering bekend staan (Hoberman, 1990). Volgens Fredén (1982) is daar twee standpunte ten opsigte van die leerteoretiese bena-

dering. Vanuit die een standpunt beskou Lewinsohn (1978) depressie as 'n sindroom van gebeure, gedragswyses en gevoelens met eienskappe van skuldbelewing, disforie, lae aktiwiteitsvlak en interpersoonlike verhoudingsprobleme. Dit is die resultaat van beperkte toegang, dikwels as gevolg van die individu se beperkte gedragsrepertoire, tot aksies wat tot positiewe versterking lei (Lewinsohn & MacPhillamy, 1972; Ullman & Krasner, 1969). Die verlies van positiewe versterking en/of die ervaring van straf of sogenaamd negatiewe versterking veroorsaak primêr 'n vermindering in aktiwiteit as gedragsresultaat en ander simptome van depressie as sekondêre gevolg (Rehm, 1995).

Die kritieke aanname wat dus gemaak word, is dat 'n lae aktiwiteitsvlak (byvoorbeeld sosiale onttrekking), disforiese gevoelens en negatiewe kennisies die produk van 'n tekort aan belonende ervarings en/of 'n hoë mate van negatiewe ervarings is (Lewinsohn, Biglan & Zeiss, 1976). Hierdie toestande vind plaas as gevolg van die volgende drie moontlikhede. Eerstens is dit moontlik dat die persoon se omgewing kan verander en daar 'n verlies van of tekort aan versterking van buite ontstaan, byvoorbeeld die verlies van werk of van 'n geliefde. Dit veroorsaak dat die nodige versterking om die individu te motiveer en normale aanpasbare gedrag te onderhou, ontbreek. Tweedens kan 'n tekort aan sosiale vaardighede, byvoorbeeld swak interpersoonlike en kommunikasievaardighede, tot die onvermoë lei om genoegsame motiverende versterking te bekom en/of moeilike situasies effektief te hanteer. Derdens kan die positiewe versterking beskikbaar wees, maar die persoon nie in staat wees om dit te geniet of om bevrediging daaruit te put nie. Die rede hiervoor is gewoonlik angs, wat met die positiewe ervaring van versterking van buite sy omgewing inmeng (Hoberman, 1990; Rehm, 1990; 1995).

Volgens Lewinsohn (1978) is daar dus 'n interafhanklike verband tussen vermindering in aktiwiteitsvlak en depressie. Hy glo dat wanneer 'n persoon aan min aangename aktiwiteite deelneem, hy depressief voel en dan nog minder 'n begeerte het om aan aangename aktiwiteite deel te neem. Hy onderverdeel hierdie aangename aktiwiteite in drie groepe, naamlik eerstens, sosiale interaksie waarby die individu gerespekteer, aanvaar en waardeer word en met mense wat gelukkig is, verkeer; tweedens, aktiwiteite wat 'n gevoel van genoegsaamheid, selfstandigheid en onaf-

hanklikheid meebring, byvoorbeeld die suksesvolle voltooiing van 'n projek en laastens, aangename aktiwiteite soos om te lag, te ontspan en goed te slaap.

'n Ander aspek van hierdie teorie is die aanname dat wanneer depressie voorkom, die depressiewe gedrag ten doel het om versterking van ander, in die vorm van besorgdheid en bystand te ontlok (Rehm, 1990). Dit veroorsaak dus dat 'n kringloop begin waardeur depressie in stand gehou word (Lewinsohn & Gotlib, 1995). Selfs al begin ander die depressiewe persoon vermy en versterking dus verminder, word die depressiewe gedrag in stand gehou deur die bietjie versterking wat die persoon wel kry.

'n Tweede benadering vanuit die leerteorie is die van Martin Seligman (1975). Die aangeleerde hulpeloosheidsmodel het ontwikkel na die observasie van diere in 'n situasie waaruit hulle nie kan ontsnap nie (Kashani & Schmid, 1992). Die diere is herhaaldelik geskok en het eventueel nie meer probeer om aan die situasie te ontkom nie. Volgens Seligman (Seligman & Maier, 1967) is daar 'n ooreenkoms tussen die gedrag van die vasgekeerde diere en dié van mense met depressie. Hy stel dat die depressiewe persoon 'n geskiedenis het van onvermoë om beheer uit te oefen oor die wyse waarop positiewe en negatiewe versterking verkry word (Seligman, 1980). Die individu word verlam deur hulpeloosheid, passiwiteit en 'n onvermoë om hom te laat geld, 'n toestand bekend as aangeleerde hulpeloosheid (Seligman, 1975). Hierdie toestand veroorsaak verder dat die individu ook nie beheer uitoefen oor omstandighede waarin dit wel moontlik is nie (Yapko, 1998).

Volgens Abramson, Seligman en Teasdale (1978) is die individu se attribusiestyl, dit is die afleidings wat mense ten opsigte van die oorsake van gebeurtenisse in hulle lewens maak, ook van belang en lei hulle navorsing tot 'n hersiene weergawe van die aangeleerde hulpeloosheidsmodel. Volgens Weiner *et al.* (1971) kan hierdie attribusies volgens 'n eenvoudige tweedimensionele struktuur georganiseer word. Eerstens is oorsake óf intern, dus veroorsaak deur een of ander eienskap van die persoon, óf ekstern, veroorsaak deur 'n aspek van die wêreld daar buite. Tweedens word oorsaaklike faktore beskou as stabiel of onstabiel. Dit wil sê dat faktore óf konsekwent voorkom óf relatief tot 'n spesifieke tyd of gebeurtenis staan. Abramson *et al.* (1978) voeg egter 'n belangrike dimensie by, naamlik dat die oorsaak as

globaal of spesifiek gesien kan word. Globale oorsake het in die algemeen op baie situasies betrekking, terwyl spesifieke oorsake slegs 'n beperkte veld dek.

Die hersiene model hipotetiseer dat mense 'n konsekwente attribusiestyl ontwikkel en dat 'n spesifieke styl dan wel tipies by mense met depressie voorkom (Rehm, 1990). So 'n persoon se gewoonte is dan om 'n situasie met 'n negatiewe uitkoms aan interne, stabiele en globale oorsake toe te skryf. 'n Depressiewe persoon blameer dus homself en neem aan dat die oorsaak universeel en standhoudend is. Aan die ander kant skryf 'n depressielyer sukses dikwels aan eksterne, onstabiele en spesifieke oorsake toe.

Met bogenoemde uiteensetting van die gedragsteoretiese benadering in gedagte, het Lewinsohn (Lewinsohn, Antonuccio, Breckenridge & Teri 1976) in sy vroeëre benadering tot die behandeling van en terapie vir depressie 'n reeks “modules” ontwikkel wat elk op 'n spesifieke probleemarea gerig is. Waar 'n tekort aan versterking vanuit die omgewing is, sou die kliënt byvoorbeeld aangemoedig word deur middel van skedulering en belonings om versterkende aktiwiteite te identifiseer en geleidelik te vermeerder. 'n Interpersoonlike vaardigheidsopleidingsmodule is ontwikkel vir gevalle waar sosiale vaardighede nie goed ontwikkel is nie. Laastens is 'n desensitisasie- en ontspanningsmodule wat gebruik is by kliënte wie se angs met die positiewe ervaring van versterking ingemeng het, ontwikkel.

Meer onlangs het Lewinsohn en sy kollegas 'n psigo-opvoedkundige benadering tot die behandeling van depressie toegepas waarvan die produk 'n gestruktureerde terapeutiese program is, naamlik “The Coping with Depression Course” (Lewinsohn *et al.*, 1987). Kortliks behels die program ontspanningsopleiding, 'n aktiwiteits-toename-eenheid, 'n kognitiewe faset met die klem op konstruktiewe denke, sosiale vaardigheidsopleiding en 'n faset wat op die ontwikkeling van 'n selfveranderings-program gemik is.

Vanuit die aangeleerde hulpeloosheidsteorie van Seligman is daar nie 'n spesifieke program ontwikkel nie (Rehm, 1990). Seligman (1980) stel egter vier basiese terapeutiese strategieë voor wat met die beginsels van die teorie ooreen kom. Die eerste beginsel is omgewingsmanipulasie waardeur die persoon in 'n omgewing wat verkryging van beheer bevorder, geplaas word. Die tweede is vaardigheidsopleiding

wat die persoon as't ware 'n verbeterde vermoë bied om die omgewing te beheer. Die derde is aanvaardingsopleiding wat die persoon help om afstand te doen van onrealistiese doelwitte, wat hy voorheen nie kon bereik nie, en dit te vervang met 'n meer realistiese en beheerbare doelwit. Die laaste is attribusie-opleiding wat op die depressie-attribusie-styl gemik is.

2.5.4.3 Die eksistensiële perspektief

Die eksistensiële terapiebeweging het gedurende die veertiger- en vyftigerjare spontaan in verskeie skole van die psigologie en psigiatrie ontwikkel en is veral deur verskeie filosowe soos Dostoyevski, Kierkegaard, Nietzsche, Heidegger, Sartre en Buber beïnvloed (Corey, 1996). Die beweging het sy ontstaan in pogings om mense met alledaagse lewensdilemmas soos isolasie, vervreemding en betekenisloosheid te help.

Volgens die eksistensiële perspektief is die mens in staat tot selfbeskouing en kan hy sodoende homself en sy wêreld evalueer (Hall & Lindzey, 1970). Dit impliseer 'n vryheid van keuse wat die persoon egter ook tot verantwoording roep. Dit bring mee dat die mens as't ware die outeur van sy eie lewe is deurdat hy sy eie lot, lewensituasie en probleme bepaal (Russel, 1978). Die eksistensiële benadering stel verder dat die mens na die verkryging van 'n eie identiteit strewe, sowel as om in 'n verwantskap met ander te staan en dus 'n gedurige soeke na die betekenis van die lewe en sy bestaan openbaar (Corey, 1996). Dit is dan ook in hierdie verband dat Victor Frankl en sy logoterapiebenadering 'n belangrike bydrae tot die konseptualisering van depressie gelewer het.

Volgens Frankl (1963) is die soeke na sin en betekenis die belangrikste motiverende krag in 'n persoon se lewe. Hy noem dat die lewe op drie wyses sinvol of betekenisvol gemaak kan word (Frankl, 1957). Eerstens deur dit wat die mens aan die lewe gee, deur byvoorbeeld kreatiewe denke, tweedens deur dit wat die persoon van die lewe neem, en laastens deur die persoon se houding teenoor 'n onveranderbare lot. Hiervolgens kan 'n persoon, selfs in pyn en lyding, betekenis vind. Wanneer 'n persoon egter frustrasie ten opsigte van die betekenis van sy lewe ervaar, ontstaan eksistensiële frustrasie wat tot noögeniese neurose kan lei (Frankl,

1963). Hierdie noögeniese neurose is nie in psigologiese kompleksiteit geleë nie, maar fokus op spirituele en etiese aspekte as gevolg van die persoon se onvermoë om bo sy huidige vlak van psigiese en fisiese funksionering uit te styg (Wolberg, 1967).

Frankl (1963) wys dus op die noodsaaklikheid van 'n sinvolle toekomspektief. Indien 'n persoon nie meer in staat is om die lewe op die een of ander wyse sinvol te maak en geen lewensdoel vir hom stel nie, is die uiteinde depressie of selfs selfmoord. Die depressiewe persoon raak in so 'n mate in 'n gevoel van nuttelosheid verstregtel dat hy nie meer sy eie vermoëns raaksien nie (Frankl, 1957). Hierdie betekenisloosheid en leegheid vorm die kern van 'n eksistensiële vakuum (Corey, 1996). Wanneer dit vir 'n persoon voel of hy in hierdie leegheid vasgevang is, het dit dikwels die gevolg dat hy aan die stryd om 'n lewe met doel en betekenis te skep, onttrek en depressie tree dan in. Dit blyk dus dat depressie 'n mislukte poging tot transendering is (Krauss & Krauss, 1990).

Ten opsigte van die behandeling van depressie strewe terapeute wat eksistensiële terapie toepas daarna om eerder menslike ervaring te begryp, as om reëls vir terapie te stel (May & Yalom, 1989). Die doel van eksistensiële terapie is om lewenservaringe te verhelder, daaroor te besin en die betekenis daarvan te verstaan (Deurzen-Smith, 1988). Dit verskil dus van ander terapeutiese benaderings in die sin dat daar nie 'n stel gedefinieerde tegnieke bestaan nie (Corey, 1996). Die sentrale doel van eksistensiële terapie is om die individu tot 'n ryker en voller ervaring van persoonlike bestaan te lei (Gagliano & Louw, 1990). Die terapeut poog om die kliënt te help om sy eie waardes te ontdek, bewus te word van sy gevoelens en die betekenis van emosionele pyn te begryp. Pynlike ervarings word dus op so 'n wyse geïntegreer dat die persoon 'n bevredigender lewe kan lei. Hierdie integrasie van wens en wil lei ook tot ware motivering (Deurzen-Smith, 1988).

Volgens Frankl (1960) het logoterapie, een van die bekendste eksistensiële terapieë, 'n drieledige doel: eerstens om die persoon te help om die betekenis en doel van die lewe te vind, tweedens om die persoon te leer om verantwoordelikheid vir sy keuses te aanvaar en laastens om hulp aan die individu te bied ten einde selfaanvaarding en selfverwesenliking te ontwikkel. Die klem word dus nie op die verligting van simp-

tome geplaas nie, maar op die persoon se houding teenoor sy ervaring van depressie. Hierdie doelwitte word bereik deur die gebruik van onder andere paradoksale intensie, de-refleksie en die aanvaarding van verantwoordelikheid (Frankl, 1957).

2.5.4.4 Interpersoonlike terapie

Die ontstaan van die interpersoonlike terapiemodel is hoofsaaklik te danke aan Adolf Meyer en Harry Stack Sullivan (Karasu, 1990). Meyer (1957) se bydrae staan aanvanklik as psigobiologie bekend, en fokus op sosiale aanpassing as die resultaat van 'n individu se pogings om hom na sy omgewing te skik. Sullivan (1953) beklemtoon dat emosionele versteurings, wat depressie insluit, deur versteurings in interpersoonlike verhoudinge gevoed word. Vroeë ontwikkelingservaringe, veral gesinsbande en omgewingsinvloede, word as die kritieke faktore in 'n persoon se reaksie op die gebeurtenisse rondom hom gerekonstrueer.

Dit lei later tot die bindingsteorie wat suggereer dat die mens se intensste emosies geassosieer word met vorming, ontwigting en skep van bande op familiële en sosiale vlak (Cornes, 1990). Volgens Bowlby (1969) is verskeie psigiatriese versteurings, waaronder depressie, juis die gevolg van 'n onvermoë om emosionele bande te skep of in stand te hou. Deprivasie en die ontwigting van interpersoonlike verhoudings lei dus tot die ontstaan van depressie (Klerman, Weissman, Rounsaville & Chevron, 1984; Rutter, 1972). Kaplan *et al.* (1994) is van mening dat huidige disfunksionaliteit in interpersoonlike verhoudings nie net depressie kan veroorsaak nie, maar ook depressiesimptome in stand hou.

Dit blyk dat die kwaliteit van sosiale bande, dit wil sê die graad van ondersteuning, ook 'n belangrike rol met betrekking tot die individu se aanpassing en vatbaarheid vir depressie speel (Karasu 1990). Volgens Henderson, Byrne en Duncan (1982) het depressiewe persone minder vriende en verhoudings, minder ondersteuning en minder aangename interaksie met ander. Dit gebeur moontlik as gevolg van 'n sneeubaleffek van selfverydelende interpersoonlike gedrag, aangesien hulle reaksie na aanleiding van 'n sosiale situasie, 'n negatiewe reaksie by ander ontlok (Strupp & Binder, 1984). Interpersoonlike psigoterapie is dus op die aanname gebaseer dat

depressie, ten spyte van die simptoompatroon, graad van ernstigheid of persoonlike eienskappe, in 'n psigososiale en interpersoonlike konteks, wat die primêre area van disfunksionaliteit is, voorkom (Hayes & Newman, 1993; Klerman & Weissman, 1982).

Ten slotte behels die basiese konsepte van die model dus: 1) die belangrikheid van gehegtheid of affeksionele bande in depressie, dit wil sê die kwesbaarheid van individue ten opsigte van problematiese interpersoonlike verhoudings wanneer stabiele moederlike bande nie gedurende die eerste paar lewensjare gevestig word nie (Bowlby, 1969); 2) die gedagte dat intimiteit in 'n verhouding die persoon minder vatbaar vir depressie maak (Millar & Ingham, 1976); 3) die verhouding tussen onlangse stresvolle gebeurtenisse en die ontstaan van depressie (Holmes & Rahe, 1967) en 4) die verband tussen deteriorasie in alle aspekte van sosiale funksionering, soos swak kommunikasie en die voorkoms van depressie (Hinchliffe, Hooper & Roberts 1978).

Die grondliggende doelwit van interpersoonlike terapie ten opsigte van die behandeling van depressie hou verband met die noodsaaklikheid om goeie interpersoonlike verhoudinge en sosiale aanpasbaarheid te handhaaf (Karasu, 1990). Daar word dus klem gelê op die rekonstruksie van wanaangepaste verhoudinge, en waar moontlik, die herstel van verliese deur te fokus op hoe die individu huidige interpersoonlike stressors hanteer (Feldman & Gotlib, 1993).

Dit behels onder andere die aanleer van beter copingstrategieë met die oog op die hantering van stresvolle interpersoonlike interaksie en die opbou van nuwe verhoudings deur die bemeestering van spesifieke kommunikasie- en sosiale vaardighede (Hayes & Newman, 1993).

Alvorens 'n behandelingstrategie vir interpersoonlike psigoterapie egter beplan word, is dit nodig om die probleem te definieer (Immelman, 1992). Volgens Klerman *et al.* (1984) word die volgende probleemareas met depressie geassosieer: 1) Aanpassing na die verlies van 'n verhouding soos na die dood van 'n belangrike persoon; 2) interpersoonlike rolkonflik wat onredelike, nie wedersydse verwagtinge tussen die self en belangrike ander, veral meningsverskille ten opsigte van geslagsrolle, behels; 3) moeilike roloorgang, dit wil sê die persoon poog soms onsuksesvol om sekere lewensituasies soos egskeiding, aftrede en verandering van beroep te hanteer en

4) interpersoonlike tekortkominge wat ontoereikende sosiale vaardighede en 'n geskiedenis van sosiale isolasie insluit. Daar word dan tydens die evalueringsfase bepaal in watter mate elk van hierdie algemene probleme teenwoordig is, en so word 'n fokuspunt vir terapie vasgestel (Barlow & Durand, 1999).

Intrapsigiese aspekte soos verdedigingsmeganismes en innerlike konflikte word volgens Kaplan *et al.* (1994) nie in interpersoonlike terapie aangeroer nie. Hulle is van mening dat gedragsprobleme, byvoorbeeld 'n tekort aan assertiwiteit of benadeelde sosiale vaardighede, in die konteks van hulle betekenis en effek op interpersoonlike verhoudinge en depressie onder die loep geneem moet word.

Tegnieke wat tydens interpersoonlike psigoterapie gebruik word, word grootliks vanuit die psigodinamiese en kognitiewe benaderinge geleen en word deur 'n aktiewe terapeutiese benadering gekenmerk (Kaplan *et al.*, 1994; Klerman *et al.*, 1984). 'n Tegniese wat veral deur Sullivan (1954) as belangrik beskou word, is die psigoterapeutiese onderhoud wat 'n interpersoonlike ervaring, met die terapeut as 'n deelnemende waarnemer, is. Tesame ondersoek die terapeut en die kliënt sy interpersoonlike probleme, soos deur die terapeut-kliënt-verhouding en die kliënt se interaksies in die algemeen weerspieël word.

In die beklemtoning van die oplos van interpersoonlike probleme word gebruik gemaak van ondersteuning en gedragstegnieke sowel as van direkte en nie-direkte ondersoekende metodes soos gedragsaanpassing, opleiding in kommunikasievaardighede, omgewingsbestuur ensovoorts. Didaktiese tegnieke en omgewingsintervensies word hoofsaaklik in die aanvanklike pogings om owerste simptome te verlig, gebruik (Karasu, 1990).

2.5.4.5 Kognitiewe gedragsterapie

Die geskiedenis van kognisie in psigoterapie begin by van die vroeë filosowe, veral Epictetus, wat volgens Ellis (1989:6) reeds in die eerste eeu na Christus gesê het dat “people are disturbed not by things, but by the views they take of them”. Hiermee saam is die Bybel sekerlik die wyds gebruikte selfhelpboek wat ook op verskeie plekke kognitief terapeutiese riglyne gee, soos onder andere in Romeine 12:3 “...verander deur julle denke te vernuwe” (Bybel, 1983:211) en Spreuke 23:7 “For as

a man thinks in his heart, so is he" (Bible, 1991:913).

Alhoewel die belangrikheid van denke dus reeds ongeveer 2000 jaar gelede uitgewys is, word dit eers in 1955 deur Ellis se rasioneel-emotiewe terapie, of te wel RET, in die gebruik van psigoterapie gevestig (Ellis, 1989). Om hierdie rede word Ellis dan ook tereg as die grootvader van kognitiewe gedragsterapie beskou. Die term Kognitiewe gedragsterapie is egter 'n sambreelterm wat na 'n diverse groep terapeutiese benaderings verwys (Kovacs, 1980). Vir die doel van hierdie navorsing word volstaan met Ellis (1962) se rasioneel-emotiewe terapie en Beck (1976) se kognitiewe terapie. Hierdie twee teorieë word vervolgens bespreek.

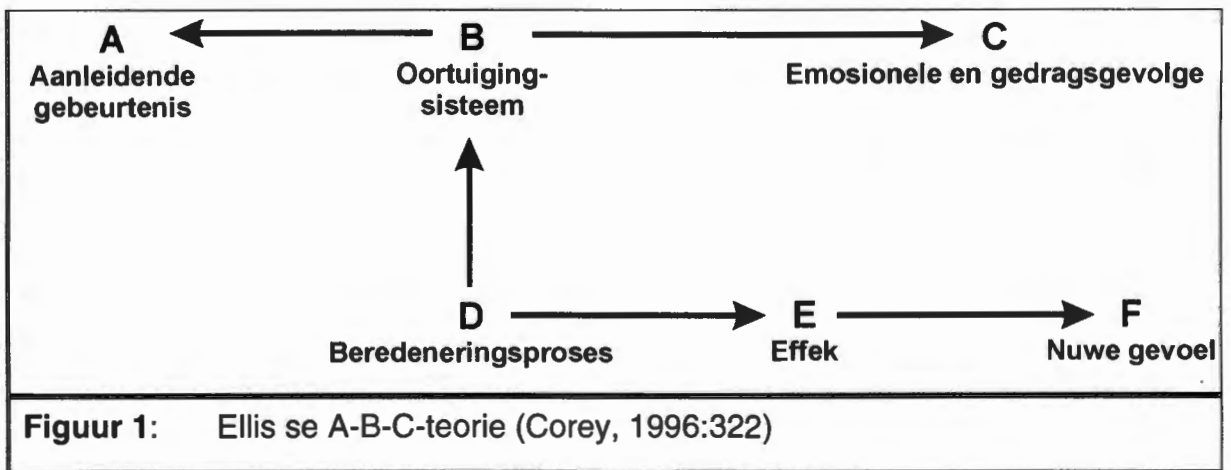
2.5.4.5.1 Rasioneel-emotiewe terapie (RET)

Ellis, oorspronklik vanuit die psigo-analitiese denkrigting, kombineer vroeg in 1955 humanisme, filosofie en gedragsterapie en skep rasioneel-emotiewe terapie (Corey, 1996). Rasioneel-emotiewe terapie (RET) hipotetiseer dat 'n individu se emosies uit sy oortuigings, evaluasies, interpretasies en reaksie op 'n spesifieke situasie voortspruit. Ellis (1993:199) sê: "cognitions, emotions and behaviors are practically never pure or disparate but integrally and holistically interact with and include each other". Kognisie, emosie en gedrag is dus volgens RET interafhanklik.

Hierdie beginsel word in Ellis se A-B-C-teorie vervat. Hiervolgens word emosionele gevolge (C) nie deur die voorafgaande aktiverende gebeure (A) veroorsaak nie, maar is dit wel die gevolg van die persoon se oortuigingsstelsel (B). Dit blyk dus dat die inhoud van die aanleidende gebeurtenis (A) in werklikheid nie saak maak nie en dat (A) nie 'n beduidende effek op die uiteindelijke emosionele reaksie uitoefen nie (Yankura & Dryden, 1990). Psigopatologiese gedrag, soos depressie, is dan die gevolg van 'n persoon se eie ontoepaslike oortuigingsstelsel (B), denke of kognitiewe reaksie na aanleiding van 'n gebeurtenis.

Dit blyk dus dat 'n individu grootliks vir sy eie emosionele reaksies verantwoordelik is en die kern van RET lê juis daarin dat dit die persoon wys hoe om tussen rasonele en irrasionele oortuigings te onderskei en laasgenoemde te bevraagteken en te verander (Ellis, 1973). Dit behels 'n terapeutiese ingreep ten tye van (B), naamlik die beredenering (D) van die rasonele en irrasionele oortuiging. Volgens Ellis en

Bernard (1986) bestaan (D) uit drie komponente, naamlik die uitken van irrasionele oortuigings, die bevraagtekening van disfunksionele oortuigings en onderskeid maak tussen rasionele en irrasionele oortuigings. Die terapeut help dus die kliënt om tussen rasionele en irrasionele gedagtes te onderskei, en dit logies en empiries te bevraagteken. Sedoende bereik die kliënt (E), die praktiese effek waar rasionele gedagtes irrasionele gedagtes vervang en laastens (F), 'n nuwe gevoel en emosie wat daaruit voortvloei. Corey (1996:322) stel hierdie proses skematies (Figuur 1) soos volg voor:



RET se sentrale uitgangspunt is dus dat die mens die potensiaal tot beide rasionele en irrasionele denke het (Ellis, 1962). Dit behels dat die mens die vermoë het om te kan kommunikeer en logiese gevolgtrekkings te kan maak, maar ook dat hy die werklikheid kan verdraai met byvoorbeeld perfeksionisme en selfblaam. Ellis (1987) beskou blaam as die kern van alle emosionele versteurings, insluitend depressie, en is ook van mening dat die mens eerder geneig is tot die verabsoluttering van voorkeure as tot rasionele denke.

Volgens Wessler en Wessler (1980) bestaan irrasionele denke uit evaluasies wat op absolutistiese en nie-empiriese aannames gebaseer is. Irrasionele denke bevat dus komponente wat op oordrywing, oorveralgemening, ongeldige aannames, foutiewe afleidings en absolutistiese opvattings berus. Ellis (1987) voer aan dat indien 'n persoon hom aan die rasionele denkpatroon hou, hy nie oormatig en onvanpas vyandig, depressief en selfbejammerend sal word nie. Dit is dus die onlogiese,

irrasionele en onrealistiese gedagtes wat disfunksionele gedrag veroorsaak.

Ellis het op grond van sy kliniese ervaring 'n aantal irrasionele gedagtes geïdentifiseer. Hierdie kognisies, wat die kern van irrasionele denke en die grootste bydraende faktor tot emosionele probleme soos depressie is, word vervolgens uiteengesit (Ellis, 1962; Ellis & Harper, 1975).

- Dit is *noodsaaklik* om liefde, aanvaarding en goedkeuring te ontvang. Ek *moet* deur elke belangrike persoon in my lewe gerespekteer word en dit is katastrofies as dit nie gebeur nie.
- Ek *moet* in alle opsigte suksesvol en bekwaam *wees* om te voel dat ek waarde het.
- Bepaalde dade en gedrag is *altyd* sleg en gemeen. Diegene wat hulle daaraan skuldig maak, ek inkluis, *moet* ernstig berispe en bestraf word.
- Dit is *ontstellend* as dinge nie volgens my wil gebeur nie.
- Pyn, hartseer en emosionele probleme word deur die lot of eksterne omstandighede bepaal; ek is *nie daartoe in staat* om dit te verander of te beheer nie.
- As 'n situasie gevaarlik, onseker of potensieel skadelik kan wees, *moet* ek besorg of angstig wees.
- Ek *moet* afhanklik van iemand wees. Ek het iemand nodig om op te steun en te vertrou.
- My verlede *bepaal* my huidige gedrag en toekomstige probleme.
- 'n Mens *moet* jou bekommer oor die wel en wee van ander.
- Vir elke probleem is daar 'n *perfekte* oplossing; ek *moet* dit net vind.
- Dit is *onmoontlik* om gelukkig te wees ten tye van waarskynlikhede en onsekerhede.

Hierdie irrasionele gedagtes soos deur Ellis (1962) beskryf, verteenwoordig egter net breë kategorieë. Dit is dan ook nodig om bo en behalwe die inhoud van irrasionele denke, op gepaardgaande disfunksionele denkprosesse te fokus. Hierdie disfunk-

sionele denkprosesse word in sogenaamde tipes denkfoute gekategoriseer wat Burns (1990), McKay, Davis en Fanning (1997) en Möller (1989) soos volg uiteensit:

- **Alles-of-niks-denke**

Situasies word in wit-of-swart kategorieë geplaas. Daar word dus in uiterstes gedink sonder om enige ruimte vir tussenin moontlikhede te laat. Mense en situasies is óf goed óf sleg, óf fantasties óf onuitstaanbaar. As 'n situasie net nie heeltemal perfek is nie, word dit as 'n totale mislukking beskou. Die persoon beskou hom dan as 'n mislukking en 'n geneigdheid tot depressie kan intree. Voorbeelde van alles-of-niks-denke is: “Ek moet altyd suksesvol wees” en “Almal moet my aanvaarbaar vind, anders is ek 'n mislukking”.

- **Oorveralgemening**

'n Enkele negatiewe gebeurtenis word as 'n nimmereindigende patroon van mislukking beskou en op grond daarvan ontstaan 'n algemene reël. Woorde soos “altyd” en “nooit” kom algemeen voor. Voorbeelde is: “Niemand gee meer vir my om nie” en “Almal is ook altyd teen my gekant”.

- **Filtrering**

Hierdie patroon word deur 'n tipe tonnelvisie gekenmerk. Die persoon kyk net na een aspek van die situasie en laat alle ander faktore buite rekening. Depressiewe mense is veral sensitief vir verlies en sien geen vordering of wins raak nie. Kernwoorde wat voorop staan is verskriklik, katastrofies, vreesaanjaend en so meer. 'n Kernfrase is “Ek kan dit nie hanteer nie”.

- **Die positiewe buite rekening laat**

Positiewe ervarings word verwerp deurdat die persoon daarop aandring dat dit “nie tel nie”. As die persoon byvoorbeeld goeie werk lewer, sal hy sê dat dit nie goed genoeg is nie of dat enigiemand dit net so goed sou kon doen. Hierdeur word vreugde uit die lewe geneem en 'n persoon voel ontoereikend en depressief.

- **Gedagtes lees**

Wanneer 'n persoon gedagtes lees, neem hy aan dat hy weet wat ander dink en voel en wat hulle motiveer. Sonder om dit te toets word besluit dat die ander persoon 'n aanmerking of gebaar negatief bedoel het. Gedagtes lees is afhanklik van projeksies. Dit is 'n proses waarby 'n persoon verwag dat ander op dieselfde wyse dink en reageer as wat hy dit doen.

- **Fortuinvertelling**

Die persoon dink dat hy kan voorspel wat gaan gebeur. Hierdie voorspellings is gewoonlik negatief van aard. As jy depressief is, kan jy byvoorbeeld vir jouself sê: “Ek gaan nooit beter word nie.”

- **Oordrywing**

Wanneer 'n persoon oordryf, beklemtoon hy sekere elemente buite proporsie van hulle werklike belangrikheid. So word 'n klein terugslag rede vir wanhoop. Woorde wat gereeld gebruik word, is onmoontlik, geweldig en oorweldigend. Hierdie patroon ontlok pessimisme en kan tot depressie lei. Die teenoorgestelde van oordrywing is verkleining. Dit is of die persoon deur die verkeerde kant van 'n verkyker kyk en so sy vermoëns heeltemal miskyk.

- **Emosionele redenering**

Die persoon neem aan dat sy negatiewe emosies die werklikheid weerspieël. So kan hy hopeloos voel en dan aanneem dat dit iets van sy karakter openbaar en hy dus werklik hopeloos is.

- **Etikettering**

Etikettering is 'n ekstreme vorm van alles-of-niks-denke waarby die persoon nie net byvoorbeeld sê dat hy 'n fout gemaak het nie, maar dit 'n stappie verder voer en aan homself sê dat hy 'n verloorder is. Etikettering is irrasioneel, aangesien 'n mens nie “is wat jy doen” nie. Etiket is waardelose abstraksies wat lei tot angs, frustrasie, lae selfesteem en depressie. Etikettering kan ook konstruktiewe interpersoonlike kommuni-

kasie benadeel wanneer 'n etiket om 'n ander persoon se nek gehang word.

- **Personalisasie**

Personalisasie kom voor wanneer 'n persoon hom met ander vergelyk, byvoorbeeld: “Ek is nie slim genoeg vir die groep mense nie, ek sal eerder onttrek.” Die onderliggende aanname by personalisasie is dat die persoon se waarde bevraagteken word. 'n Ander vorm van personalisasie is dat die persoon verantwoordelikheid vir 'n gebeurtenis wat nie heeltemal onder sy beheer is nie, aanvaar. Die uitvloeisel van personalisasie is gevoelens van skuld, skaamte, ontoereikendheid en depressie.

- **Katastrofering**

Katastrofering verwys na die neiging om 'n gebeurtenis of die effek daarvan te oordryf, so kan 'n hoofpyn byvoorbeeld die eerste teken van kanker wees. Katastrofale gedagtes begin gewoonlik met die frase “Wat as ...”.

- **“Moet”-stellings**

Hierdie patroon wat Albert Ellis (Ellis & Whiteley, 1979:3) “musterbation” noem, is sekerlik die bekendste van die disfunksionele denkwyses. 'n Persoon gebruik 'n stel onbuigsame reëls ten opsigte van hoe hy en ander mense behoort op te tree. Enige afwyking van hierdie waardes of standaard is onvergeeflik. Gebeurtenisse *moet* dus wees soos die persoon dit verwag en wil hê. McKay *et al.* (1997) verstrek die volgende lys van die algemeenste en onredelikste moets en magnies:

- Ek *moet* die beliggaming van vrygewigheid, waardigheid, durf en onselfsugtigheid wees.
- Ek *moet* die perfekte vriend, ouer, onderwyser, student of eggenoot wees.
- Ek *moet* moeilike tye met gelatenheid aanvaar en verduur.
- Dit *moet* vir my moontlik wees om 'n vinnige oplossing vir alle

probleme te vind.

- Ek *mag nooit* seergemaak voel nie, ek *moet* altyd gelukkig en rustig wees.
- Ek *moet* alles weet, verstaan en vooruit kan sien.
- Ek *moet* altyd spontaan wees, maar terselfdertyd ook in beheer van my gevoelens.
- Ek *mag nooit* sekere emosies soos woede of jaloesie ervaar nie.
- Ek *moet* my kinders almal ewe veel lief hê.
- Ek *mag* nooit foute maak nie.
- My emosies *moet* altyd gelykmatig en konsekwent wees. As ek eenmaal liefde ervaar, *moet* ek altyd liefde ervaar.
- Ek *moet* totaal selfonderhoudend en onafhanklik wees.
- Ek *moet* assertief wees, maar ek *mag nie* iemand seermaak nie.
- Ek *mag nooit* moeg of siek wees nie.
- Ek *moet* altyd die hoogste graad van doeltreffendheid handhaaf.

Indien bogenoemde en ander irrasionele gedagtes deur 'n persoon geïnternaliseer word, kan dit dus tot selfverydelende emosies en gedrag, soos depressie, lei.

Volgens Yankura en Dryden (1990) is RET se hoofdoel om die kliënt te help om 'n lewenstyl en funksioneringsvlak wat relatief vry van ernstige emosionele onsteltenis en selfverydelende gedrag is, te verkry en te behou. Ten opsigte van die behandeling van depressie is RET se doelwit nie primêr simptomeverligting nie, maar eerder om die kliënt te lei om sy basiese waardes te ondersoek en dié wat depressie in stand hou, te verander (Hauck & McKeegan, 1997). Spesifieke doelwitte is volgens Ellis en Dryden (1987) om die kliënt tot selfbelangstelling, toleransie, buigsaamheid, aanvaarding van onsekerhede, selfaanvaarding, die neem van risiko's en die aanvaarding van verantwoordelikheid te lei.

Dit behels eerstens dat die kliënt geleer word dat 'n verband tussen gedagtes en gevoelens bestaan (Yankura & Dryden, 1990) en hy gelei word om sy irrasionele

gedagtes (soos alreeds bespreek) te identifiseer. Tweedens word hy gewys op hoe hy homself benadeel deur te volhard met die onlogiese denkwys (Corey, 1996). Daarna leer die terapeut sy kliënt om sy onderskeie irrasionele oortuigings met rasionele oortuigings te vervang, asook die gedagtes oor katastrofiese gevolge wat hy verwag, te verban, die onlogiese uit te ken en dit met 'n funksionele denkwys te vervang (Haaga & Davison, 1993; Yankura & Dryden, 1990), sodat die uiteindelijke resultaat kan wees: die minimalisering van gevoelens van depressie en selfveroordeling. Soms sal die fokus van die inhoud na die vorm van selfspraak verskuif (Möller, 1989). Dit wil sê dat die terapeut die “moet” in byvoorbeeld 'n “behoort te” verander. Laastens word die kliënt uitgedaag om dit 'n leefwys te maak en so 'n rasionele denkwys te bevorder.

Om die proses te bevorder maak die RET-terapeut gebruik van 'n verskeidenheid kognitiewe, affektiewe en gedragsterapeutiese tegnieke wat vir elke kliënt aangepas word (Warren, McLellarn & Ellis 1987). Kognitiewe tegnieke vorm gewoonlik die kern van die terapeutiese insette. Dit behels veral dat die kliënt op 'n direkte wys gekonfronteer word met sy selfspraak deur beredenering, debattering, uitdaging, interpretasie, verduideliking en onderrig (Corey, 1996). Bykomstige tegnieke is die verandering van taalgebruik, die gebruik van humor en die gee van kognitiewe huiswerk (Warren *et al.*, 1987). Emotief of affektief, gebruik RET-terapeute onder andere tegnieke soos onvoorwaardelike aanvaarding, rollespel, modellering van gedrag en rasioneel-emotiewe beelding. Die doel van hierdie tegnieke is nie net om 'n katarsisbeleving mee te bring nie, maar om kliënte te help om hulle gedagtes, emosies en gedrag te verander (Ellis & Yeagar, 1989). Gedragstegnieke wat veral gebruik word, is operante kondisionering, sistematiese desensitisasie, ontspanningstegnieke, modellering van gedrag, vaardighedsopleiding en assertiwiteitsopleiding (Corey, 1996).

Ten slotte is RET ook geskik vir groepsterapie aangesien dit veral 'n geleentheid vir rollespel en modellering bied om sodoende nuwe gedrag in te oefen, gereelde huiswerk oefeninge te voltooi, sosiale vaardighede aan te leer, terugvoer aan groepslede te gee en die basiese RET-beginsels op mekaar toe te pas (Corey, 1996).

2.5.4.5.2 Beck se kognitiewe teorie

Kognitiewe terapie is 'n aktiewe, direkte, tydsbeperkte en gestruktureerde benadering wat gebruik word om 'n verskeidenheid psigiatriese versteurings, onder andere depressie, te behandel (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1980). Dit sentreer om die rol wat gedagte-inhoud en gedagteprosesse in die ontstaan en instandhouding van depressie speel. ~~(Thase, 1995)~~. Volgens Beck (1976) berus kognitiewe terapie op die onderliggende teoretiese aanname dat 'n individu se emosies en gedrag hoofsaaklik deur die wyse waarop 'n persoon sy omgewing konstrueer, bepaal word. Beck en sy kollegas (1980) stel ook verdere onderliggende aannames, naamlik:

- (a) Waarneming en ervaring is gewoonlik 'n aktiewe proses wat beide ondersoekende en selfondersoekende data behels.
- (b) Die kliënt se kennisies verteenwoordig 'n sintese van interne en eksterne stimuli.
- (c) Hoe 'n persoon 'n situasie beoordeel, is gewoonlik merkbaar in sy kennisies (gedagtes en visuele beelde).
- (d) Hierdie kennisies konstrueer 'n persoon se “stroom van bewussyn” en reflekteer die persoon se konfigurasie van homself, sy wêreld, sy verlede en sy toekoms.
- (e) Veranderinge in die inhoud van die persoon se onderliggende kognitiewe struktuur beïnvloed sy affektiewe toestand en gedragspatrone.
- (f) Deur terapeutiese ingrepe word 'n kliënt tot bewustheid van sy kognitiewe distorsies gebring.
- (g) Wanneer foutiewe disfunksionele konstruksie gekorrigeer word, lei dit tot die verbetering van geestesgesondheid.

Beck se formulering van 'n kognitiewe teorie en terapie van depressie is 'n uitvloeisel van sy kliniese en eksperimentele bevinding dat depressiewe individue geneig is tot idiosinkratiese kognitiewe distorsies. ^(Newman & Beck, 1990). Hy stel voor dat 'n negatiewe kognitiewe ingesteldheid ^{is een van} die essensiële komponente van 'n ^{sy} depressiewe ~~versteuring~~ ^{it is} is (Sacco & Beck, 1995). Dit behels die neiging om die self, die wêreld en

die toekoms negatief te beskou. Hierdie disfunksionele beskouing, ^{het} wat dikwels 'n onderliggende tema van verlies ^{het} ~~het~~, ^{wat} ~~noem~~ Beck die kognitiewe triade (Beck et al., 1980). ^{oorn} Die kognitiewe model stel tesame met die **kognitiewe triade**, ook **skemas** en **kognitiewe distorsies** (~~foutiewe informasieprosessering~~) as die drie basiese konsepte wat die psigologiese substrata van depressie verduidelik. Hierdie drie konsepte word vervolgens uiteengesit.

Die eerste komponent van die kognitiewe triade, ^{die op Klient X se} naamlik 'n negatiewe siening van die self, ^{hom} behels dat die individu homself as ^{die wêreld, ervarings en die toekoms.} ontoereikend beskou (Beck et al., 1980).

* Hy is dan geneig om onaangename ervarings aan verstands- of fisieke tekortkominge in homself toe te skryf. Die individu glo dus dat hy as gevolg van sy veronderstelde gebreke as waardeloos beskou word. Hy is ook van mening dat hy nie oor eienskappe beskik wat vir geluk nodig is nie. So lei onrealistiese verwagtinge en onbereikbare doelstellings dan tot 'n oorweldigende beleving van ontoereikendheid en depressie.

Die tweede komponent behels die depressiewe persoon se neiging om die wêreld en ervarings in 'n negatiewe lig te beskou (Beck et al., 1980). Hy meen dat die wêreld buitensporige eise aan hom stel en dat daar onoorkomelike hindernisse is wat verhoed dat hy sy lewensideale kan bereik. Hy waninterpreteer sy interaksie met die omgewing as verlies. Hierdie wanopvatting is veral opvallend wanneer die persoon 'n situasie negatief konstrueer terwyl alternatiewe interpretasies moontlik is. Sy rigiede denke verhoed hom egter om te waag, wat passiwiteit en hulpeloosheid laat toeneem.

Die derde komponent van die kognitiewe triade behels 'n negatiewe siening van die toekoms (Beck et al., 1980). Wanneer die depressiewe persoon langtermynprojeksies maak, antisipeer hy dat sy huidige probleme onbepaald sal voortbestaan en nooit sal verander nie. Beck (1967:28) noem dit "paralysis of will". Die persoon verwag ook dat hy, wanneer hy 'n spesifieke taak in die nabye toekoms sal aanpak, sal faal. Morbiede gedagtes oor die toekoms het hulle oorsprong in 'n verdraaide siening van die verlede. Mislukking, emosionele pyn en verleentheid word buite verhouding in die depressiewe persoon se gedagtes en geheue vergroot. Hierdie oordrewe depressiewe gedagtes word as voorspeller van die toekoms geprojekteer.

Freeman (1990) beklemtoon dat elke komponent van die triade nie noodwendig in gelyke dele tot depressie bydra nie, en dat die samestelling van die triade ten opsigte van individu tot individu wissel. Deurdat die graad van elkeen se bydrae getakseer word, ontwikkel 'n visuele konseptualisering van die kliënt se probleem wat vir die fokus van terapie belangrik is.

Skemas verduidelik waarom kliënte selfverydelende gedrag en houdings in stand hou, ten spyte van objektiewe getuienis dat positiewe faktore wel bestaan (Beck *et al.*, 1980). Skemas verwys na die stabiele onderliggende kognitiewe patroon wat die persoon se ervaringe organiseer en waarvolgens 'n persoon soortgelyke situasies konseptualiseer (DeRubeis & Beck, 1988). Dit dien dus as 'n profielvorm waarvolgens nuwe inligting vergelyk en geïnkorporeer word (Rehm, 1990). Skemas van depressiewe aard word dikwels as rigiede, absolutistiese standaarde van gedrag en selfevaluering beskou (Schrodt, 1992).

Skemas kan 'n tyd lank onaktief en latent wees, maar word deur sekere omgewingsinvloede, soos 'n stresvolle gebeurtenis, geaktiveer (Hollon *et al.*, 1993). Tydens depressie word die gepaste skema vir 'n situasie verder deur die oorwegend disfunksionele skemas verwring. Disfunksionele skemas word egter meer en meer ontlok deur stimuli wat minder logies daarmee verband hou. Dit het tot gevolg dat die individu 'n onvermoë ervaar om meer gepaste skemas op te roep (Beck *et al.*, 1980). Namate die depressie toeneem, word denke toenemend deur negatiewe gedagtes oorheers sonder dat 'n logiese verband tussen die werklike situasie en negatiewe interpretasie bestaan. Hierdie proses kan sneeubal totdat negatiewe gedagtes herhaaldelik en outomaties voorkom en dit uitsonderlik moeilik vir 'n persoon word om op eksterne stimuli en positiewe denkprosesse te fokus.

Kognitiewe distorsies is sistematiese foute in die denkwyse van die depressiewe persoon, wat die individu se oortuiging ten opsigte van die geldigheid van sy negatiewe konsepte, ten spyte van teenstrydige bewyse, in stand hou (Beck *et al.*, 1980). Volgens Mark en Williams (1992) is hierdie negatiewe distorsies outomatiese gedagtes wat uit die bloute tevoorskyn tree. Hulle is outomaties in die sin dat die persoon nie van die onderliggende interpreterende proses of selfs die gedagtes as sodanig bewus is nie, maar net van die emosionele gevolg van die gedagtes (Rehm,

1990). Die gevolg van die outomatiese negatiewe distorsies is egter 'n geaffekteerde negatiewe gemoedstoestand met negatiewe gedagtes wat toenemend voorkom as gevolg van 'n afwaartse gedagte-aflek-spiraal.

Kognitiewe distorsies, die aanvanklike fokuspunt in terapie, dui op die onderliggende foutiewe kognitiewe skema van 'n persoon (Freeman, 1990). Die tipiese kognitiewe distorsies kan volgens die manier waarop hy van logiese en realistiese denke afwyk, gekategoriseer word (Smit, 1994). Vervolgens word die aanvanklike kategorisering, soos deur Beck uiteengesit, bespreek (Beck, 1967; Beck *et al.*, 1980):

- **Arbitrêre of onwillekeurige afleiding**

Arbitrêre afleiding verwys na die neiging om gevolgtrekkings in die afwesigheid van ondersteunende bewyse te maak, of na bewyse teenstrydig met die afleiding. Gebrekkige insig ten opsigte van alternatiewe bestaan.

- **Selektiewe abstraksie**

Daar word op detail wat uit verband geruk word gefokus, terwyl die meer ooglopende kenmerke van die situasie geïgnoreer word. Die hele ervaring word dan in die lig van hierdie een aspek van die situasie gekonseptualiseer.

- **Oorveralgemening**

Dit verwys na 'n patroon waarby 'n algemene reël of gevolgtrekking op een of meer geïsoleerde insident(e) berus. Hierdie konsep word dan tot verbandhoudende, sowel as nie-verwante situasies deurgetrek.

- **Oordrywing en verkleining**

Oordrywing word deur evalueringsfoute wat die belangrikheid en omvang van 'n gebeurtenis misken, gereflekteer. Hierdie foutiewe evaluering is van so 'n aard dat 'n distorsie ontstaan. Verkleining behels die onderbeklemtoning van die positiewe.

- **Personalisasie**

Dit verwys na die persoon se neiging om eksterne gebeurtenisse op

homself van toepassing te maak, selfs al is daar geen gronde vir so 'n verband nie.

- **Absolutistiese, dichotomiese denke**

Absolutistiese denke manifesteer in die neiging om alle ervarings in een of twee teenoorgestelde kategorieë te plaas. Wanneer die depressiewe individu homself beskryf, maak hy van ekstreme negatiewe kategorisering gebruik.

Volgens Freeman (1990) is hierdie lys egter geensins alomvattend nie en brei hy verder daarop uit. Sy volledige lys van tipiese distorsies behels alles-of-niks-denke, oorveralgemening, negatiewe filtrering, diskwalifisering van die positiewe, gedagtes lees, die fortuinvertellerfout, vergroting of katastrofering, minimalisering, emosionele redenering, moet- of behoort te-stellings, etikettering, personalisasie, denkfout van beheer, vergelyking, perfeksionisme, selektiewe abstrahering, eksternalisering van selfwaarde, denkfout van bekommernis, denkfout van regverdigheid en denkfout van verbintenis. Hierdie kognitiewe distorsies kan in verskillende kombinasies en permutasies voorkom.

'n Laaste aspek wat Beck (Beck *et al.*, 1980) in sy konseptualisering van depressie as denkversteuring beskryf, is die organisering van realiteit met betrekking tot “primitiewe” en “volwasse” wyse van denke. Volgens Beck *et al.* (1980) struktureer depressiewe persone hulle ervarings op relatief primitiewe wyse. Hulle is tot globale veroordelings, ten opsigte van gebeurtenisse wat op hulle lewens inbreuk maak, geneig. Dit staan in teenstelling met 'n nie-depressiewe denkwys van multidimensionaliteit. Die afgeleide betekenis van situasies wat 'n depressielyer se bewussyn oorspoel, is gewoonlik ekstreem, negatief, absoluut en veroordelend. Die emosionele reaksie is voortdurend, aangesien die situasie as onveranderlik en onomkeerbaar beskou word. Depressie word dus in stand gehou solank 'n “primitiewe” denkwys gevolg word.

Die terapeutiese benadering van kognitiewe terapie ten opsigte van depressie is in 'n groot mate gestruktureerd en psigo-opvoedkundig van aard (Sacco & Beck, 1995). Terapie berus op drie teoretiese aannames, naamlik:

1. Die depressiewe individu se emosies en gedrag word hoofsaaklik deur sy siening van die wêreld bepaal.
2. Kognisies, dit is gedagtes, oortuigings, fantasieë en beelde, kan deur die kliënt self gekontroleer en gekommunikeer word, alhoewel dit opleiding vereis.
3. Verandering in kognisies sal tot verandering in emosies en gedrag lei.

Een van die eerste stappe in kognitiewe terapie is egter die evaluering van die kliënt se vlak van depressie (Sacco & Beck, 1995). Dit kan gedoen word deur die Beck Depressieskaal te gebruik (Beck, 1967). Hierdie evaluasie is ook 'n deurlopende proses wat geld vir die duur van terapie. Die doel van kognitiewe terapie is dus om depressiewe episodes te verlig en terugval te verhoed deur kliënte te help om negatiewe kognisies te identifiseer en te toets, alternatiewe, buigsame en positiewe wyses van denke te ontwikkel en nuwe kognitiewe en gedragsresponse in te oefen (Kaplan *et al.*, 1994; Schrodtt, 1992). Volgens Sacco en Beck (1995) en Thase (1995) behels kognitiewe intervensie dus sekere basiese stappe. Hierdie stappe word vervolgens aan die hand van hierdie outeurs se bevindings bespreek:

(A) Identifiseer en kontroleer disfunksionele outomatiese gedagtes

Een van die belangrikste doelwitte van terapie is om die kliënt te leer om sy disfunksionele outomatiese gedagtes te identifiseer en te kontroleer (Sacco & Beck, 1995). Wanneer 'n depressiewe kliënt van hierdie outomatiese gedagtes bewus word, sien hy dit dikwels as 'n akkurate voorstelling van die werklikheid. Dit is dus belangrik dat 'n kliënt die basiese konsepte van kognitiewe teorie en terapie geleer moet word. Outomatiese gedagtes word op 'n didaktiese wyse aangebied en die kliënt word ook van relevante leesstof voorsien om sy begrip uit te brei. Op hierdie wyse word die kliënt as 'n medewerker vir terapie gewerf. Hy word geleer om sy denke onder nie-bedreigende omstandighede te evalueer. Die gedagte dat die kliënt op 'n negatiewe en onrealistiese manier dink, word aanvanklik slegs as 'n hipotese aan die kliënt gestel. Aanvalle op negatiewe gedagtes is dus gedurende die eerste fase van terapie

onvanpas. Die terapeut moedig die kliënt slegs aan om sy negatiewe gedagtes te identifiseer en te kontroleer.

Verskeie tegnieke kan gebruik word om die terapeut en kliënt in hierdie taak te help. Die terapeut vra byvoorbeeld waaraan die kliënt gedink het tydens 'n emosionele ervaring. Rollespel kan ook gebruik word om die herroep van gedagtes en gevoelens wat met 'n negatiewe situasie geassosieer word, te fasiliteer (Thase, 1995).

Huiswerk is 'n verdere integrale deel van kognitiewe terapie. 'n Daaglikse aantekening van disfunksionele gedagtes (Beck *et al.*, 1980) is veral nuttig om kliënte te help om die situasie in die objektiewe situasie, die emosie en die outomatiese gedagte wat tot die emosie gelei het, in te deel. 'n Ander opdrag kan wees dat kliënte tel hoeveel keer per dag hulle outomatiese gedagtes by hulself kan identifiseer.

(B) Erken die verband tussen gedagtes, emosies en gedrag

Die volgende stap behels dat die kliënt die verband tussen gedagtes, emosies en gedrag insien. Meestal sal die kliënt self die verband tydens identifisering van outomatiese gedagtes agterkom. Dit is belangrik om steeds 'n hipotese-toetshouding te handhaaf en dat kliënte gerusgestel moet word dat enige mens wat sulke gedagtes het, heel moontlik dieselfde gedrags- en emosionele reaksies as hulle sal toon. Die verband tussen gedagtes, emosies en gedrag is dus 'n algemene beginsel wat op alle mense en alle situasies van toepassing is (Sacco & Beck, 1995).

(C) Evaluasie en toetsing van die redelikheid van hierdie outomatiese gedagtes

Die doel van hierdie stap is om die kliënt te leer om meer objektief te dink, byna soos 'n wetenskaplike of regter. Die kliënt word dus daarvan bewus dat sy gedagtes en gevolgtrekkings eerder hipoteses as voldwonge feite is. Aangesien hierdie hipoteses verskeie implikasies kan hê, is dit noodsaaklik dat hulle aan die hand van beskikbare getuienis geverifieer word. Die kliënt word in hierdie proses geleer om sekere basiese vrae

aangaande sy outomatiese gedagtes te stel. Hierdie vrae is (Thase, 1995):

- (a) Watter getuienis ondersteun hierdie gedagte?
- (b) Is my afleidings moontlik as gevolg van depressiewe denke verdraai?
- (c) Is enige alternatiewe interpretasies moontlik?
- (d) Is my verduideliking aangaande die oorsake van die gebeurtenis heeltemal akkuraat?
- (e) As 'n negatiewe gebeurtenis wel plaasgevind het, wat is my werklike rol in of verantwoordelikheid ten opsigte van die probleem, en wat kan ek doen om dit te herstel?
- (f) Wat is die ergste wat kan gebeur as my grootste vrees bewaarheid word?

(D) Vervanging van die disfunksionele outomatiese afleidings deur redeliker en logieser interpretasies

Na aanleiding van die vorige stap word die kliënt geleer om sy evaluasies te verander in ooreenstemming met die beskikbare getuienis en logiese afleidings. Die daaglikse tabulering van disfunksionele gedagtes (Beck *et al.*, 1980) kan weereens gebruik word. Kliënte word aangemoedig om hulle disfunksionele gedagtes en die rasonale teenrespons neer te skryf - dus nie net in die gedagte nie. Dit is ook belangrik dat die kliënt sy teenrespons glo. 'n Positiewe gedagte of respons wat die terapeut verskaf en nie deur die kliënt geglo word nie, sal dus teenproduktief wees (Sacco & Beck, 1995).

(E) Die identifisering en verandering van onuitgesproke aannames en skemas

Dit is ook belangrik dat die persoon sy onderliggende skemas moet identifiseer en verstaan (Sacco & Beck, 1995). Identifisering van

onderliggende aannames vind dikwels as uitvloeisel van die vorige stap plaas. 'n Individue se outomatiese gedagtes sentreer tipies om een of twee temas wat die disfunksionele aanname reflekteer. Wanneer die outomatiese gedagte geïdentifiseer is, kan die vertikale pylmetode ook gebruik word om toegang tot diepere aannames en skemas te verkry (Thase, 1995). Dit behels dat die kliënt onder andere uitgevra word na die betekenis van wat 'n negatiewe gebeurtenis vir hom inhoud.

Die verandering van onuitgesproke aannames behels basies dieselfde proses as die by disfunksionele outomatiese gedagtes. Kliënte kan verder gevra word wat die voordele of nadele van die oortuigings is. 'n Ander tegniek is “responsvoorkoming”. Die tegniek behels dat die kliënt gevra word om op 'n wyse op te tree wat teenstrydig is met wat sy onuitgesproke aanname dikteer. Hierdie tegnieke word later deurgetrek na die kliënt se lewe buite terapie en die hantering van simptome *in vivo* (Thase, 1995).

Daar is ook verskeie ander kognitiewe, sowel as gedragstegnieke, wat in die verloop van terapie gebruik kan word. Freeman (1990) noem onder andere retribusie, die ondersoek na alternatiewe, dekatastrofering, gefantaseerde gevolge, geleide assosiasie en ontdekking, gebruik van vergroting of paradokse, gebruik van ska- lering, eksternalisering van stemme, selfinstruksie, gedagte-stop-tegnieke, afleiding, etikettering van distorsies en ontwikkeling van vervangingsbeelding as kognitiewe tegnieke. Verdere gedragstegnieke is aktiwiteitskedulering, sosiale vaardigheids- opleiding, assertiwiteitsopleiding, biblioterapie, gegradeerde taakopdragte, rolspel, *in vivo*-blootstelling en ontspanningstegnieke (Freeman, 1990). Hierdie tegnieke word deur die terapeut op gepaste tye geïmplementeer.

2.6 DOELTREFFENDHEID VAN TERAPIE

Met die konseptualisering en bespreking van die behandeling van depressie vanuit elke benadering in gedagte, is die vraag of psigoterapie werklik 'n impak op die individu en sy situasie maak, met ander woorde: help psigoterapie? Na aanleiding van resente navorsing is Seligman (1995) van mening dat die vraag twee moontlike antwoorde het. Die eerste is dat psigoterapie indirek 'n groter verskil teweeg bring as

om iets anders te doen, byvoorbeeld om met 'n vriend te praat of selfs niks te doen nie. Laastens blyk dit dat mense ná terapie minder simptome toon asook dat hulle lewe 'n beter kwaliteit aanneem.

'n Bykomstige faktor wat in die behandeling van depressie in ag geneem moet word, is die gebruik van antidepressante. Hierdie aspek is veral belangrik in 'n studie soos die onderhawige waar 'n program geëvalueer word en dit van belang is of die verligting van simptome die gevolg van die terapeutiese insette of van die gebruik van medikasie is. In 'n onlangse studie deur Thase *et al.* (1997) is bevind dat psigoterapie gekombineer met farmakoterapie nie 'n betekenisvolle verbetering bo slegs psigoterapie, in hierdie spesifieke studie kognitiewe terapie en interpersoonlike terapie, gehad het nie. Dit bevestig vorige studies deur Beck, Hollon, Young, Bedrosian en Budenz (1985), Blackburn en Moore (1997) en Hollon *et al.* (1992) se bevindinge dat daar geen onmiddellike voordeel in gekombineerde benaderings bo psigoterapie alleen is nie. Hieruit kan afgelei word dat die gebruik van (of gebrek aan) medikasie nie die effektiwiteit van die program behoort te beïnvloed nie.

Die volgende vraag is dan watter psigoterapeutiese benaderings as meer doeltreffend vir die behandeling van depressie beskou word. Die effektiwiteit van psigoanalise in die behandeling van depressie is nie so goed soos ander terapeutiese benaderings nagevors nie (Kaplan *et al.*, 1994). Dit wys moontlik indirek op die plek van psigoanalise in die hiërargie van doeltreffendheid. Net so word eksistensiële terapie nie as een van die hoofstroomrigtings ten opsigte van depressie beskou nie (Medina, 1998). Daar word algemeen aanvaar dat farmakoterapie, interpersoonlike terapie en kognitiewe gedragsterapie die terapeutiese benaderings is wat die doeltreffendste vir die behandeling van depressie is (National Institute of Mental Health, 1999a).

In 'n vergelykende studie tussen farmakoterapie en kognitiewe gedragsterapie het Hollon, Shelton en Loosen (1991) bevind dat kognitiewe terapie ten opsigte van die korttermynverligting van depressiesimptome, nie meer of minder effektief as farmakoterapie is nie. Hierdie studie is onlangs deur Jarrett *et al.* (1999) bevestig deurdat hulle bevind het dat daar nie 'n beduidende verskil in verligting van depressiesimptome tussen kognitiewe gedragsterapie en 'n monoamien oksidasie-

inhibeerder is nie. Daar moet egter in gedagte gehou word dat depressie gewoonlik nie 'n eenmalige episode is nie. Behandeling behoort dus ook met die oog op die vermindering van terugvalle geëvalueer te word (Sacco & Beck, 1995). Hollon *et al.* (1991) dui dan aan dat kognitiewe terapie in hierdie verband 'n relatiewe voordeel bo farmakoterapie bied. Gortner, Gollan, Dobson en Jacobson (1998) het onder andere in 'n onlangse studie bevind dat dit langer neem om na kognitiewe terapie terug te val as wat die geval met farmakoterapie is. Evans *et al.* (1992) het bevind dat kognitiewe terapie in dieselfde mate as twee jaar se volgehoue medikasiegebruik terugvalle verhoed. Hulle bevind ook dat kognitiewe terapie die mate van terugval met meer as 50% verminder, in verhouding tot medikasiegebruik.

Ten opsigte van die vermindering van depressiesimptome stel Elkin *et al.* (1989) en Hall en Robertson (1998) dat kognitiewe gedragsterapie en interpersoonlike terapie ewe goed met mekaar vergelyk. Dit blyk egter dat kognitiewe gedragsterapie 'n voordeel ten opsigte van die voorkoming van terugvalle, en dus ook die voorkoming van voortgesette terapie, toon (Shea *et al.*, 1992). Hierdie skrywers voer ook aan dat die tydperk waarin die persoon 'n afwesigheid van simptome ervaar in 'n groot mate met kognitiewe terapie verleng word. Bo en behalwe die feit dat navorsers en skrywers (Abraham *et al.*, 1992; Fava, Rafanelli, Grandi, Conti & Belluardo, 1998; Hollon & Garber, 1990; Kaplan *et al.*, 1994; Miranda *et al.*, 1992; Pretorius, 1996; Reinecke *et al.*, 1998; Robins & Hayes, 1993) van mening is dat die kognitiewe gedragsbenadering suksesvol in die behandeling van depressie is, blyk dit dus dat kognitiewe terapie ook meer doeltreffend as ander terapieë ten opsigte van die langtermyn effek is (Hollon *et al.*, 1993; Munoz *et al.*, 1994; Paykel *et al.*, 1999).

2.7 TERAPEUTIESE BENADERINGS EN SAMESTELLING VAN PROGRAM

Alhoewel die kognitiewe gedragsbenadering, soos uit 2.6 blyk, een van die doeltreffendste terapeutiese benaderings in die behandeling van depressie is, beteken dit nie dat die benadering geen tekortkominge het nie. Karasu (1990) is dus van mening dat die ideaal sou wees om op 'n hoogs selektiewe wyse verskillende

terapeutiese elemente van beskikbare benaderings te gebruik. Hierdie aspek is vir die doel van hierdie studie, naamlik die samestelling en evaluering van 'n gekombineerde program vir depressielyers, in ag geneem. Die program berus dus hoofsaaklik op kognitiewe gedragsterapie, maar enkele gepaste elemente is uit die bespreekte benaderings geïnkorporeer. Vervolgens word enkele elemente wat in die program vervat is, aan die hand van die konseptualisering van depressie, soos uit die literatuurstudie ontleed, uiteengesit.

Vanuit die psigoanalitiese perspektief (2.5.4.1) beskou, is dit eerstens belangrik dat die terapeut 'n gevoel van aanvaarding aan groepslede oordra. Dit word veral deur 'n respekvolle houding gedurende die bekendstelling en kontraktering in sessie 1 bewerkstellig. Die program bevorder selfesteem deurdat die ontspanningsoefening (sessie 4) op 'n onbewuste vlak superego-eise bevredig, uitgediende projeksies hersien en foute aanvaar. Die gedragsbenadering (2.5.4.2) word hoofsaaklik geïnkorporeer deur aandag aan die persoon se attribusiestyl (sessie 6) met betrekking tot globaliteit of spesifiekheid van 'n situasie te gee. Op 'n indirekte wyse word groepslede deur die loop van die program bewus gemaak van hulle eie verantwoordelikheid vir herstel. Daar word dus ooreenkomstig die eksistensiële perspektief (2.5.4.3) gepoog om die persoon se houding ten opsigte van sy ervaring van depressie te verander. Vanuit die interpersoonlike benadering (2.5.4.4) word klem gelê op die aanleer van sosiale vaardighede soos effektiewe kommunikasie, probleemoplossing en konflikthantering (sessie 8 en 9).

Die grootste gedeelte van die program fokus egter tereg op die kognitiewe gedragsbenadering (2.5.4.5). Die benadering word merendeels op 'n psigo-opvoedkundige en didaktiese wyse aangebied. Dit behels dat groepslede bewus gemaak word van die teoretiese onderbou van kognitiewe gedragsterapie (sessie 1) met spesifieke verwysing na die invloed wat gedagtes op emosies en gedrag het (sessie 3). Laasgenoemde vind plaas teen die agtergrond van disfunksionele gedagtes en die verskil tussen depressiewe en nie-depressiewe denkwyses, of soos Beck *et al.* (1980) dit noem, primitiewe en volwasse denkwyses (sessie 2). Groepslede leer ook tegnieke aan om disfunksionele gedagtes te verminder en met positiewe optrede te vervang (sessies 3 en 4) nadat onuitgesproke skemas en aannames ondersoek is (sessie 2).

2.8 EVALUERENDE SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is depressie gedefinieer en ontleed ooreenkomstig klassifikasie, kriteria en simptome. Verder is depressie gekonseptualiseer aan die hand van teoretiese benaderings en die doeltreffendheid van terapie is bepaal aan die hand van literatuur. Laastens is die verskillende terapeutiese benaderings in verband met die samestelling van 'n intervensieprogram vir depressielyers gebring. Die belangrikste konklusies uit hierdie hoofstuk is die volgende:

- Daar bestaan nie konsensus oor die definiëring van depressie nie.
- Alhoewel daar verskillende klassifikasiestelsels bestaan, gee die diagnostiese kriteria soos in die DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) vervat, duidelike riglyne vir die diagnoserig van depressie.
- 'n Simptoombeeld van depressie is belangrik met die oog op vroegtydige intervensie.
- Die oorsake van depressie, soos ontleed vanuit die verskeie teoretiese benaderings, kan nie deur 'n enkele teorie of benadering verklaar word nie.
- Die implikasie van bogenoemde konklusie is dat terapeutiese insette onmoontlik net binne een raamwerk kan val.
- Die psigoterapeutiese benaderings wat wel die grootste sukses in die behandeling van depressie behaal het, is eerstens kognitiewe gedragsterapie en tweedens (of volgens sommige navorsers op 'n gelyke vlak) interpersoonlike terapie.

In die psigologieleratuur is daar 'n konstruk, naamlik coping, wat die afgelope twee dekades toenemend aandag geniet en ook met depressie in verband gebring is (Rohde, Tilson, Lewinsohn & Seeley, 1990). Die moontlikheid bestaan dan dat 'n intervensieprogram wat op depressielyers gerig is en nie copingstrategieë vervat nie, 'n leemte kan toon. In die volgende hoofstuk word die konstruk coping en daaruit voortvloeiend sosiale ondersteuning, ontleed.

COPING EN SOSIALE ONDERSTEUNING

3.1 COPING

3.1.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word gepoog om coping as konstruk te definieer en aan die hand van verskeie modelle te verduidelik. Daarna sal tipes copingstrategieë, sowel as hul doeltreffendheid bespreek word. Daarna word die verband tussen coping en depressie ontleed. Daarna word sosiale ondersteuning ontleed met verwysing na die aard, verskillende soorte en funksie daarvan. Laastens word die verband tussen depressie en sosiale ondersteuning uitgelig.

3.1.2 DEFINISIE EN OMSKRYWING

Min eenstemmigheid bestaan onder navorsers en skrywers aangaande die optimale konseptualisering en definiëring van die begrip coping (Heppner, Cook, Wright & Johnson, 1995; Lazarus, 1996; Rohde *et al.*, 1990). Die verskil in definiëring hang veral saam met verskillende outeurs se breë perspektiewe, aan die hand van hulle onderskeie teoretiese uitgangspunte, aangaande die aard van coping. Vervolgens word 'n aantal skrywers se definisies uiteengesit.

Volgens Pearlin en Schooler (1978) verwys coping na gedrag wat 'n individu beskerm teen psigologiese leed wat die gevolg van problematiese lewensgebeure kan wees. Hierdie gedrag dien dus as bemiddelaar ten opsigte van die impak wat die omgewing op die individu wat daarin leef, het. 'n Fundamentele aanname in hulle definisie is dat die mens aktief responsief is teenoor enige aanslag wat op sy welsyn

inbreuk maak. Hierdie aktiewe respons, oftewel copingrespons, het 'n beskermende funksie wat op die volgende drie wyses uitgeoefen kan word. Eerstens kan die omstandighede wat tot die probleem of stresvolle gebeurtenis lei, verander word. Tweedens kan die individu die betekenis van die ervaring perseptueel beheer en laastens kan die emosionele gevolge van 'n stresvolle gebeurtenis binne perke gehou word. Om saam te vat beskou Pearlin en Schooler (1978:3) coping dus as “any response to external life-strains that serves to prevent, avoid, or control emotional distress”. Uit hierdie definisie is dit duidelik dat coping onskeibaar is van beide die lewensdruk wat mense ervaar, en die staat van hulle innerlike emosionele lewe.

Fleishman (1984) sluit in 'n mate hierby aan, deur te noem dat coping die produk van persoonlikheid en situasionele invloed is. Hy is van mening dat coping kognitiewe of gedragsresponse is, waardeur psigologiese stres of stresvolle omstandighede verminder of uitgeskakel word. Lazarus en Folkman (1984) se definisie sluit ook 'n kognitiewe en gedragsaspek in. Hulle definieer coping as volgehoue veranderende kognitiewe en gedragspogings waarmee spesifieke eksterne en interne eise hanteer word, en wat as 'n bedreiging vir die individu se bronne beskou word. Dit behels dus dat die persoon probeer om die stresvolle gebeurtenis te minimaliseer, vermy, verduur, aanvaar of bemeester.

Drie belangrike aspekte wat in Lazarus en Folkman se 1984 definisie vervat is, is eerstens dat coping eerder proses- as stylgeoriënteerd is. Tweedens is die definisie kontekstueel. Dit behels dus dat coping na alles wat 'n individu binne 'n spesifieke konteks dink en doen, verwys. Laastens fokus die definisie nie op die uitkoms van die proses nie. 'n Waarborg van sukses is dus nie by die definisie ingesluit nie, aangesien dit slegs verwys na die pogings wat die individu aanwend om die situasie te hanteer (Folkman *et al.*, 1991).

Alhoewel Lazarus en Folkman (1984) se definisie sekere tekortkominge van tradisionele benaderings uitwys, blyk dit dat ander skrywers beperkinge in hierdie definisie identifiseer. Coyne en Gottlieb (1996) wys daarop dat Lazarus en Folkman (1984) se definisie van coping beperk is tot toestande van psigologiese stres wat mobilisering vereis, en geoutomatiseerde gedrag en gedagtes wat nie energie vereis nie, uitsluit. Hulle beskou dit as ongewens en beperkend aangesien effektiewe

coping wat meestal antisiperend van aard is, hierdeur uitgesluit word. Hulle verwag dat mense met effektiewe gewoontes en gepaste reflektiewe response minder energie hoef te gebruik vir die hantering van stresvolle situasies.

Coyne en Gottlieb (1996) se kritiek was egter dalk te fel. Folkman en Lazarus noem in 1985 dat coping gekarakteriseer word deur verandering in die proses. Dit berus veral op 'n proses wat hulle primêre en sekondêre kognitiewe taksering noem. Indien in ag geneem word dat kognitiewe teoretici (Beck, 1967) veral 'n verband tussen negatiewe, disfunksionele, outomatiese gedagtes en depressie trek en dat 'n depressielyer se gedagtes juis deur sulke gedagtes oorheers word, dui dit moontlik die rede vir Lazarus en Folkman (1984) se uitsluiting van outomatiserende gedagtes aan.

Volgens Ursin (soos aangehaal deur Olff, Brosschot & Godaert, 1993) kan coping as 'n gevestigde positiewe responsverwagting gedefinieer word. Hy voer ook aan dat coping die interne fisiologiese toestand van die individu asook die teenwoordigheid of afwesigheid van 'n potensiële bedreiging van die individu se gesondheid voorspel. Die ontwikkeling van 'n positiewe uitkomsverwagting berus dus op die waargenome moontlikheid om in beheer van die situasie te wees. Die onderskeidende faktor hier is dus dat pogings slegs as coping gedefinieer kan word indien 'n individu verwag dat sy poging suksesvolle resultate sal hê. Hierdie uitgangspunt verskil dus in 'n sekere mate van Lazarus en Folkman (1984) se siening.

'n Algemener definisie is die van Holahan en Moos (1987) wat coping beskou as 'n stabiliserende faktor wat psigologiese aanpassing gedurende stresvolle periodes bevorder. Rohde *et al.* (1990) is weer van mening dat coping kognitiewe en gedragspatrone wat mense in moeilike en problematiese situasies gebruik, behels. Hulle beklemtoon verder dat coping, ten spyte van die unidimensionaliteit wat die term impliseer, in werklikheid verskeie dimensies voorstel.

Stone, Greenberg, Kennedy-Moore en Newman (1991) sien coping as 'n dinamiese proses wat met verloop van tyd, in ooreenstemming met die objektiewe eise en subjektiewe beoordeling van elke situasie, kan verander. Pearlin (1991) is van mening dat coping 'n natuurlike intervensie is wat individue in probleemsituasies onderneem. Die persoon het 'n repertoire van strategieë wat aanpas by 'n

verskeidenheid bedreigende omstandighede. Volgens hom vind die aktivering egter nie altyd op 'n individu se bewuste vlak plaas nie. Compas (1995) is egter van mening dat so 'n definisie, wat na alle response in stresvolle omstandighede verwys, te alomvattend is en daar dus eerder op die meer spesifieke definisies gefokus moet word.

Frydenberg en Lewis (1993) definieer coping as kognitiewe en affektiewe pogings wat as respons op 'n spesifieke bekommernis plaasvind en ten doel het om die ewililibrium te herstel en die onrustigheid uit die weg te ruim. Dit word gedoen deur die probleem op te los (deur verwydering van die stimulus) of deur die probleem te integreer sonder om 'n oplossing te verkry.

Volgens Weiten en Lloyd (1994) verwys coping na aktiewe pogings om die eise wat deur stres veroorsaak word te hanteer, te verminder of te verdra. Hierdie definisie stem grootliks ooreen met Lazarus en Folkman (1984) se definisie en wys ook daarop dat copingpogings neutraal is en dus gesond of wanaangepas kan wees. Heppner *et al.* (1995) definieer coping breedweg as enige doelgerigte en opeenvolgende kognitiewe, affektiewe of gedragsresponse met die doel om by interne en eksterne eise en uitdagings aan te pas.

Frydenberg (1997) is van mening dat coping 'n respons is, hetsy deur gedagtes, gevoelens of aksies, wat 'n individu gebruik om problematiese situasies in die alledaagse lewe of selfs spesifieke situasies te hanteer. Volgens Banyard en Graham-Bermann (1998) is coping 'n individuele respons op situasies wat as stresvol beskou word en is dit 'n interaksie tussen die persoon en die omgewing wat wissel ten opsigte van situasie en konteks.

Frydenberg (1997) is van mening dat, vanweë die wye verskeidenheid konseptuele betekenisse, navorsers vir hulleself 'n eie bruikbare definisie met verskillende beskrywende faktore ontwikkel. So het Wissing (1995) se definisie ontstaan. Volgens haar verwys coping na perseptuele, kognitiewe en/of gedragsresponse waardeur gepoog word om situasies wat as pynlik, moeilik, bedreigend of oorskrydend van bronne getakseer word, die hoof te bied, te vermy, te oorleef, te kontroleer of die interpretasie van die gebeure of die gevolge daarvan te beïnvloed. Hierdie definisie stem ook dan grootliks ooreen met die van Dewe (2000:6) wat coping as “cognitive

and behavioral efforts to master, reduce or tolerate those demands from transactions that tax or exceed a person's resources" omskryf.

Vir die doel van die huidige navorsing word Wissing (1995) se definisie as die bruikbare definisie aanvaar en het dit ook 'n belangrike implikasie vir intervensies. Per definisie is copingresponse veranderlik en kan oneffektiewe response dus met behulp van byvoorbeeld psigoterapie of opleiding gemodifiseer word.

3.1.3 TEORETIESE PERSPEKTIEWE OP COPING

3.1.3.1 Inleiding

Verskeie modelle ten opsigte van die konseptualisering en operasionalisering van die konstruk coping het oor die laaste sowat 30 jaar ontstaan. Alhoewel die verskillende sienings sekere ooreenkomste toon, blyk dit dat daar ook definitiewe verskille is. Vervolgens word hierdie verskillende perspektiewe en modelle van coping ontleed.

3.1.3.2 Enkele breë perspektiewe op coping

Moos en kollegas kategoriseer coping in die volgende drie breë benaderings na aanleiding van aannames oor die primêre determinante van die copingproses (Holahan, Moos & Schaefer, 1996; Moos, 1994).

3.1.3.2.1 Disposisionele benadering

Die ego-psigoanalitiese model is 'n patroonmatige voorbeeld van die disposisionele benadering tot die konseptualisering van coping (Holahan *et al.*, 1996). Hierdie benadering fokus op emosies en beskerming van die self deur ego-prosesse wat onbewuste kognitiewe meganismes is. Die doel hiervan is gewoonlik om negatiewe affek, veral angs, te reguleer (Aldwin & Brustrom, 1997). Psigoanalities georiënteerde navorsers veronderstel dat ten einde konflik te hanteer, individue oor relatief stabiele voorkeure vir spesifieke verdedigings- en copingstyle beskik. Hierdie style verskil ten opsigte van die mate van volwassenheid daarvan.

Navorsers buite die psigoanalitiese tradisie konseptualiseer coping ook in disposisionele terme en fokus tipies op bepaalde trekke of copingstyle. 'n Voorbeeld

hiervan word veral in Costa, Somerfield en McCrae (1996) se werk gevind, waar hulle op persoonlikheidseienskappe as invloed op aanpassing fokus. Hierdie soort konseptualisering maak oor die algemeen gebruik van evaluasie van coping deur onderhoude en persoonlikheidstoetse in die tradisie van eienskap-assessering.

3.1.3.2.2 Situasionele / kontekstuele benadering

Coping word as 'n respons op spesifieke stresvolle situasies beskou in teenstelling met die siening dat coping 'n stabiele eienskap van persoonlikheid is (Lazarus & Folkman, 1984). Aktiewe en bewuste kognitiewe beoordeling van die potensiele bedreiging funksioneer as 'n mediërende skakel tussen lewenstressors en die individu se copingrespons (Holahan *et al.*, 1996). Coping word dus gesien as 'n dinamiese proses wat met verloop van tyd kan verander ooreenkomstig reaksie op veranderende eise en die beoordeling van die situasie. Coping word dus deur 'n spesifieke situasionele konteks bepaal.

Vanuit die kontekstuele benadering word daar ook gefokus op die invloede van beheerbare en onbeheerbare situasies op die copingproses (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986), sowel as op die rol van oortuigings as copingstrategieë (Taylor & Armor, 1996). 'n Belangrike klemverskuiwing is dus van copingstyle na copingstrategieë en 'n tipiese voorbeeld van hierdie benadering is Lazarus en Folkman (1984) se proses-georiënteerde transaksionele model wat onder 3.1.3.3.1 verder bespreek word.

3.1.3.2.3 Die integrerende konseptuele perspektief

Tot onlangs het navorsing persoonlike en omgewingsinvloede, coping en psigiese en fisiese gesondheid redelik losstaande van mekaar nagevors (Aldwin, 1994). Moos en sy kollegas (Holahan *et al.*, 1996; Moos, 1992a; 1994; Moos & Schaefer, 1993) se navorsing poog om dele van die disposisionele en kontekstuele benaderings te integreer. Binne hierdie raamwerk word durende persoonlike kenmerke, sowel as veranderlike situasionele faktore in ag geneem as aspekte wat die copingproses beïnvloed. Hierdie raamwerk word gedetailleerd onder 3.1.3.3.2 bespreek.

3.1.3.3 Enkele spesifieke copingmodelle

Vervolgens word op spesifieke copingmodelle gefokus wat relevant tot die huidige studie is.

3.1.3.3.1 Lazarus en Folkman (1984) se model

Soos reeds aangedui, is Lazarus en Folkman (1984) se model geskoei op die veronderstelling dat copingresponse nie soseer bepaal word deur persoonlikheidsfaktore nie, maar dat dit eerder 'n interaksionele model is waarin kontekstuele faktore 'n belangrike rol speel. In hierdie model identifiseer hulle twee belangrike prosesse, naamlik kognitiewe taksering/beoordeling van die stressor of potensieel stresvolle situasie en die vermoë om die situasie te hanteer, oftewel coping. Hierdie twee prosesse dien as belangrike mediërende faktore van die stresvolle persoons-omgewing-verhouding, sowel as van die effek daarvan.

Kognitiewe taksering is die proses waardeur 'n persoon 'n gegewe persoons-omgewing-verhouding evalueer met betrekking tot die belangrikheid van die situasie en die bronne, sowel as moontlike opsies vir die verandering van die verhouding (Folkman *et al.*, 1991). Twee soorte takserings, naamlik primêre en sekondêre taksering, word dus onderskei, elk met sy eie funksie en hantering van verskillende bronne van inligting (Lazarus & Folkman, 1987).

Primêre taksering het betrekking op die relevantheid van dit wat gebeur en of dit ter sake is vir die persoon se psigologiese welsyn. Dit behels dus die evaluering van die persoonlike betekenis van die gebeure wat op drie vlakke, naamlik benadeling, bedreiging en uitdaging plaasvind (Lazarus & Folkman, 1987). 'n Negatiewe gemoedstoestand, soos depressie, kan dus die gevolg wees wanneer 'n persoon 'n stresvolle gebeurtenis as benadelend of veral bedreigend beoordeel. Indien 'n persoon egter die situasie as uitdagend kon takseer, sou emosies heel moontlik positief wees.

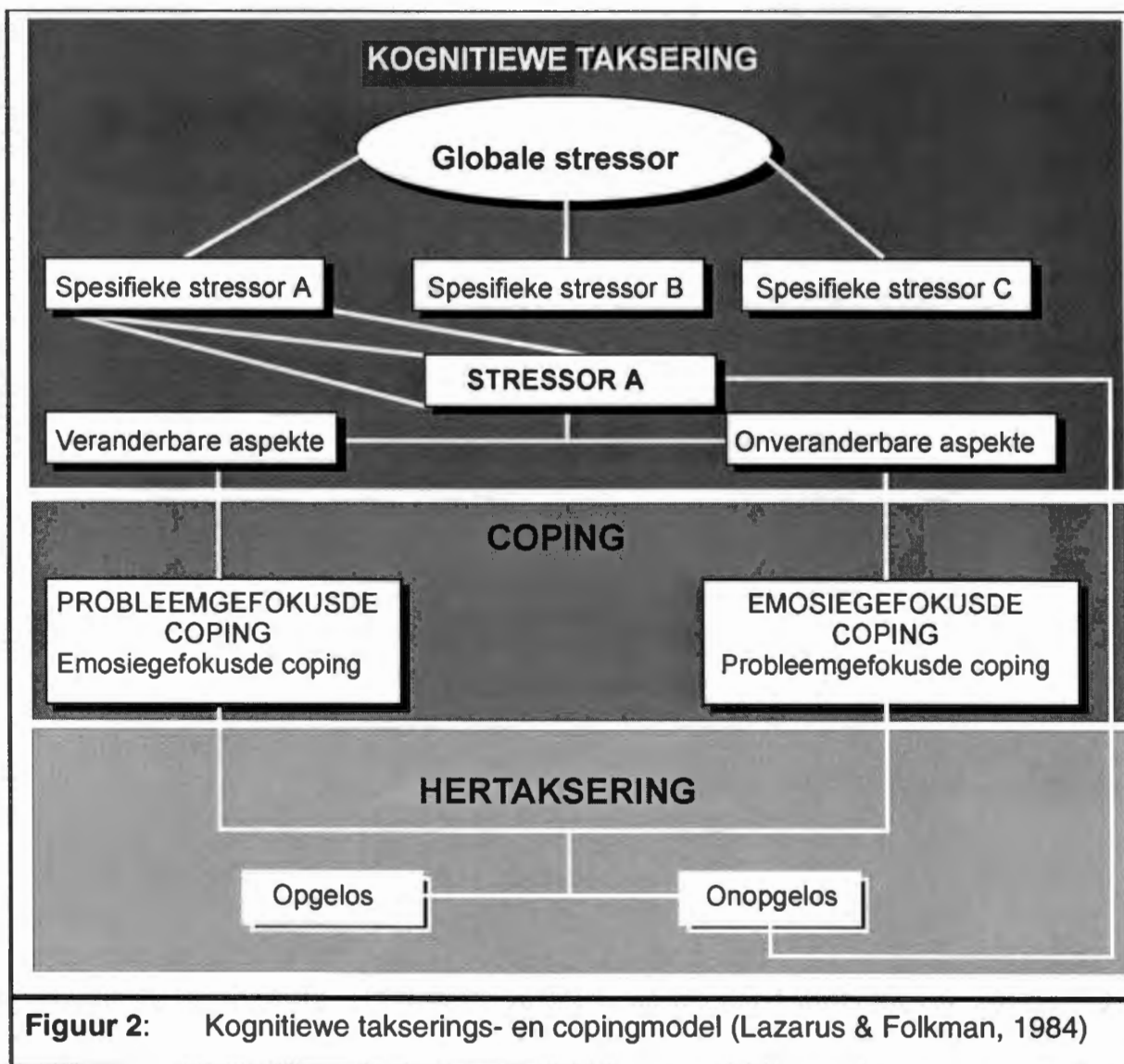
Sekondêre taksering verwys na die evaluering van beskikbare copingbronne en die moontlike copingopsies. Dit behels dus 'n beoordeling van die persoon se vermoëns om die situasie te voorkom, te hanteer of te verbeter. Hierdie proses is belangrik

aangesien die omvang van benadeling, bedreiging of uitdaging deur die mate waarin 'n persoon van mening is dat hy beheer oor die situasie kan uitoefen, bepaal word. Al blyk dit dus dat 'n situasie moontlik bedreigend kan wees, maar die persoon van mening is dat hy oor die nodige bronne beskik om dit te hanteer, sal die negatiewe psigologiese gevolge tot 'n minimum beperk wees (Folkman *et al.*, 1991; Lazarus & Folkman, 1987).

Die tweede proses in Lazarus en Folkman (1984) se teorie is coping. Coping verwys na 'n dinamiese proses van veranderende kognitiewe en gedragspogings waarmee spesifieke eksterne en interne eise wat 'n bedreiging vir die individu se bronne is, hanteer word. Copingprosesse is dus per definisie veranderbaar (Folkman *et al.*, 1991). Coping het twee belangrike funksies, eerstens om die situasie wat die probleem veroorsaak te hanteer of te verander en tweedens om die emosionele reaksie te reguleer. Dit word onderskeidelik probleemgefokusde en emosiegefokusde coping genoem. Oor die algemeen word probleemgefokusde coping eerder gebruik in situasies wat as veranderbaar getakseer word, aangesien dit op die verandering van die stressor gerig is. Daarteenoor is emosiegefokusde coping meer van toepassing by situasies wat as onveranderbaar beskou word en is dan ook meer gerig op die regulering van die emosionele toestande wat met die stressor geassosieer word. Dit behels egter copingstrategieë wat onder 3.1.4.2 bespreek sal word.

'n Proses wat minder algemeen bespreek word, is die herevaluering van veranderinge in die persoons-omgewing-verhouding (Folkman *et al.*, 1991). So 'n hertakseringsproses is belangrik aangesien veranderinge in bogenoemde verhouding, as gevolg van nuwe inligting, gebeurtenisse in die omgewing of die persoon se eie copingpogings, die wyse waarop emosies ervaar word en gevolglike copingstrategieë kan verander.

Lazarus en Folkman (1984) se teorie word deur Folkman *et al.* (1991:246) soos volg deur middel van Figuur 2 voorgestel:



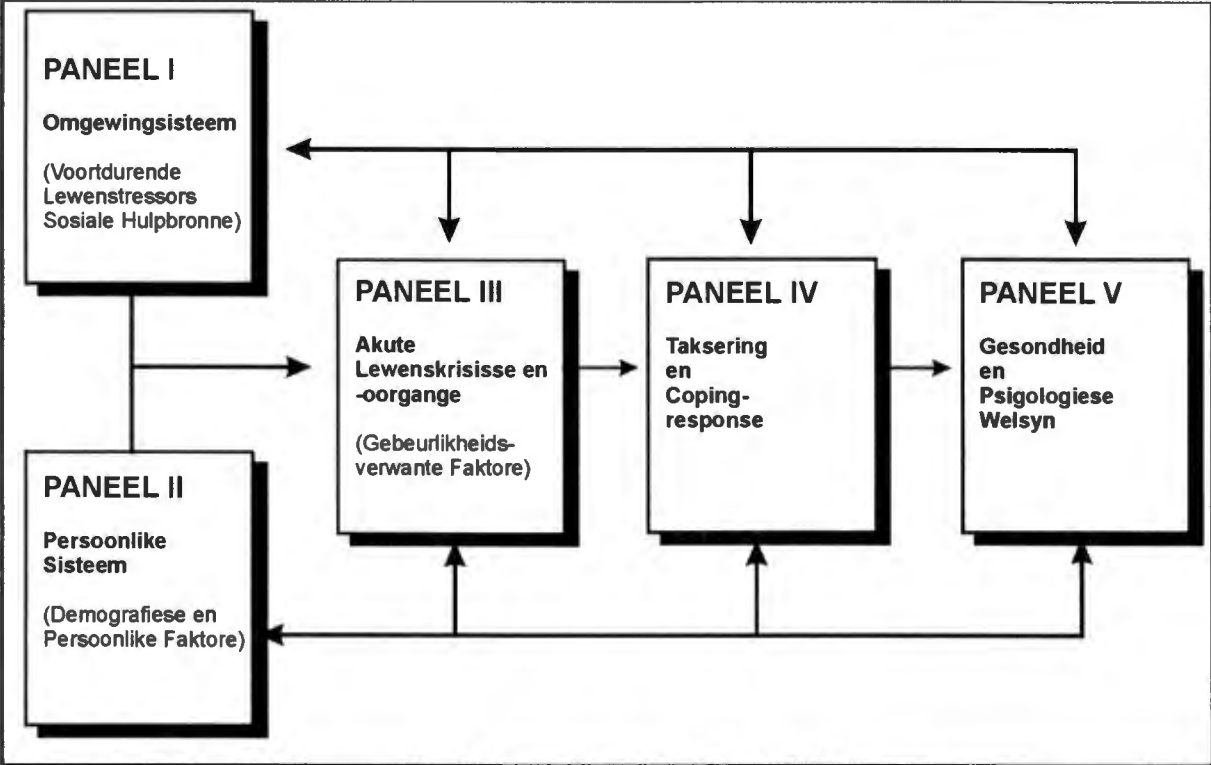
Ten slotte verwys Lazarus en Folkman (1984) na die passing tussen die kognitiewe evaluasie van 'n stressor, die gekose copingrespons en die spesifieke stressituasie. Daar word geïmpliseer dat beter passing tussen hierdie aspekte tot die ervaring van minder stres en ander negatiewe emosionele reaksies soos depressie kan lei.

Hierdie aspekte het bepaalde implikasies vir 'n intervensieprogram. Coping is 'n dinamiese en relatief maklik veranderbare proses (Folkman *et al.*, 1991). Die aanleer van copingprosesse kan dus uitstekend in programme aangewend word. Dit behels onder andere dat die individu bewus gemaak word van die onderskeid tussen probleemgefokusde en emosiegefokusde coping. Vervolgens is dit ook belangrik dat 'n persoon die konsep van 'n goeie passing verstaan en gevolglik kennis dra van

spesifieke situasies wat byvoorbeeld meer op probleemgefokusde coping berus. Folkman *et al.* (1991) beveel aan dat vaardighede en strategieë in hierdie verband in 'n groep ingeoefen en deur huiswerkopdragte versterk word.

3.1.3.3.2 Moos (1994) se model

Volgens Moos (1992b) is sy model op 'n grondslag van psigososiale konsepte binne 'n bio-psigososiale perspektief gebaseer. Dit is hoofsaaklik as gevolg van die veronderstelling dat 'n proses van aanpassing en verwerking deur 'n persoon se lewensomstandighede, die wyse waarop die omstandighede beoordeel word en laastens die persoon se eie en sosiale bronne beïnvloed word. Moos en sy kollegas (Holahan & Moos, 1987; Holahan *et al.*, 1996; Moos, 1992b; 1994) formuleer dus 'n geïntegreerde benadering en konseptualiseer 'n model waarin verbande tussen omgewingstressors, sosiale bronne, persoonlike faktore, akute lewensgebeure, copingresponse en psilogiese welsyn vervat word. Hierdie model word vervolgens ontleed vanuit die grafiese voorstelling in Figuur 3.



Figuur 3: Moos (1994) se model

Paneel I bestaan uit die omgewingsisteem en dit omvat voortdurende lewenstressors en sosiale hulpbronne wat in die belangrike lewensareas van 'n individu beskikbaar is (Moos, 1994). Moos (1992a) dui aan dat die meeste navorsers lewenstressors en sosiale hulpbronne as twee onafhanklike terreine konseptualiseer. Volgens hom hou hierdie twee aspekte egter onderling met mekaar verband en is hulle geneig om mekaar te beïnvloed. Aangesien lewenskontekstuele faktore nie net 'n rol by die aanpassing van gesonde individue speel nie, maar ook by die aanvang, ontwikkeling en herstelproses van kliniese probleme soos depressie betrokke is (Moos, 1994), sou dit belangrik wees om Paneel I se komponente vir die doel van 'n intervensie-program in ag te neem.

In **Paneel II** word die individu se persoonlike sisteem verteenwoordig. Dit behels onder andere demografiese karaktereienskappe asook die persoon se persoonlike bronne soos selfvertroue, kognitiewe vaardighede, verwagtinge en persoonlike verbintenisse (Moos, 1994). Volgens Moos (1993) beskik individue met persoonlike bronne, soos selfvertroue en 'n sorgelose geaardheid, oor effektiewer coping-meganismes wat gevolglik psigologiese welsyn bevorder.

Paneel III stel akute lewenskrisisse en -oorgange wat betekenisvolle veranderinge in lewensomstandighede reflekteer, voor (Holahan *et al.*, 1996; Moos, 1994). Volgens Putter (1997) is die afsterwe van 'n geliefde, die diagnosering van kanker of VIGS, die verlies van sekere liggaams- of mentale funksies voorbeelde van ernstige stressors wat onder hierdie paneel ressorteer.

Paneel IV verteenwoordig die individu se kognitiewe evaluering van 'n stressor ten opsigte van die potensiële skade en gevolge wat die situasie inhou asook die beskikbare copingbronne (Moos, 1994). Hierdie evaluasie speel 'n belangrike rol by die gevolglike copingresponse (Moos, 1993). Tipes copingresponse word onder 3.1.4.6 ontleed.

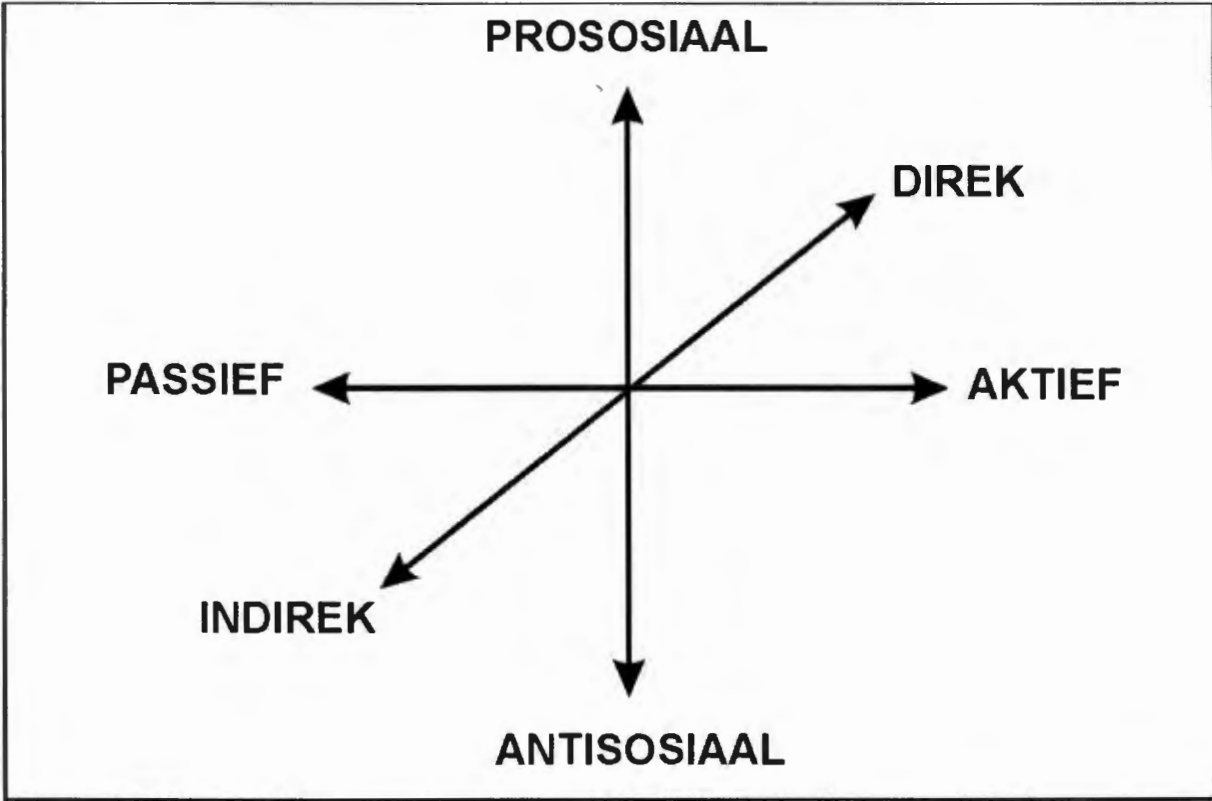
Paneel V stel die individu se fisiese en psigologiese welsyn, wat 'n produk van die wisselwerking van voorafgaande prosesse is, voor (Moos, 1994). Psigologiese welsyn beïnvloed weer voorafgaande panele.

Dit blyk dus uit Moos (1994) se model dat die panele interafhanklik en transaksioneel

is. 'n Versteuring ten opsigte van een van die faktore sal gevolglik algemene psigologiese welsyn beïnvloed. Die raamwerk is verder gegrond op die gedagte dat die individu, as aktiewe agent, 'n belangrike rol by die bepaling van sy lewenskonteks speel. 'n Persoon kan dus byvoorbeeld deur akkurate kognitiewe taksering en gepaste copingresponse sy psigologiese welsyn bevorder en so depressie teenwerk. Moos se model is dus veral bruikbaar by die identifisering van fokuspunte vir intervensiestrategieë (Moos, 1992a).

3.1.3.3 Hobfoll, Dunahoo, Ben-Porath & Monnier (1994a) se model

Hobfoll *et al.* (1994a) verskaf 'n algemene heuristiese model waarin die individuele sowel as die sosiale komponente van hoe mense cope, in berekening gebring word. Die model beklemtoon dat coping dikwels in 'n sosiale omgewing plaasvind, aangesien a) baie lewenstressors interpersoonlik is of 'n interpersoonlike komponent bevat; b) individuele copingpogings potensieel sosiale gevolge het en c) die copingaksie dikwels interaksie met ander behels. 'n Skematiese voorstelling van hierdie model word in Figuur 4 weergegee.



Figuur 4: Multi-as-model van coping (Hobfoll *et al.*, 1994a)

Volgens Figuur 4 bestaan hierdie model uit drie asse: prososiaal versus antisosiaal op die vertikale as, 'n aktiewe versus passiewe dimensie op die horisontale as en laastens 'n direkte versus indirekte dimensie diagonaal deur die derde en vierde kwadrant. Die eerste twee asse verdeel die figuur in vier kwadrante. In die prososiale/passiewe kwadrant val versigtige, sosiaalstemmige aksies teenoor die prososiale/aktiewe kwadrant se assertiewe aksie en sosiale samewerking. Soeke na sosiale ondersteuning lê ook in hierdie kwadrant. In die passief/antisosiale kwadrant val passiewe-aggressiewe gedrag en in die vierde kwadrant, naamlik die aktief/antisosiale kwadrant, val aggressiewe aksies. Die twee pole van die diagonale as word onderskeidelik met aktiewe en prososiale response (direk) en passiewe antisosiale response (indirek) geassosieer (Hobfoll, Dunahoo & Monnier, 1994b).

Hobfoll *et al.* (1994a) se model stel voor dat konstruktiewe coping beide aktief en prososiaal is. Wanneer sy model op depressie van toepassing gemaak word, blyk dit dat gedrag wat veral in die aktiewe/antisosiale, sowel as die passief/antisosiale kwadrant val in 'n groot mate met depressie korreleer. Hierteenoor toon persone met vaardighede soos probleemoplossing en die soek na sosiale ondersteuning wat aksies van die prososiale/aktiewe kwadrant is, laer vlakke van depressie. Met die inagneming van Hobfoll *et al.* (1994a) se model behoort 'n intervensieprogram op die aanleer van strategieë wat in die aktief/prososiale kwadrant val, te fokus.

3.1.4 KLASSIFIKASIE VAN COPINGSTYLE EN -STRATEGIEË

Uit die ontleding van spesifieke copingmodelle blyk dit dat daar verskillende coping-response oftewel -strategieë geïdentifiseer kan word. Vir navorsings- en kliniese doeleindes is dit verkieslik dat 'n metode moet bestaan waarvolgens hierdie coping-response beskryf en gekategoriseer kan word (Houston, 1987). Onlangse navorsers (Botma, 1999; Van der Wateren, 1997; Wissing, 1996) dui egter aan dat daar weinige ooreenkoms in die literatuur ten opsigte van die klassifisering van die verskillende vorme van copingresponse en -strategieë bestaan. Daarom word copingstrategieë vervolgens aan die hand van 'n aantal outeurs geklassifiseer en uiteengesit.

3.1.4.1 Pearlin en Schooler (1978)

Volgens Pearlin en Schooler (1978) verteenwoordig copingstrategieë dit wat mense doen wanneer hulle met lewenseise gekonfronteer word. Hulle klassifiseer coping op grond van die funksies van die onderskeie strategieë in drie hooftipes, naamlik:

3.1.4.1.1 Response wat die situasie verander

Hierdie kategorie verteenwoordig die direkste wyse om met lewenseise te cope. Hulle mikpunt is die verandering of eliminerings van dit wat die eise of stres veroorsaak. Volgens Pearlin en Schooler (1978) word hierdie wyse van coping egter nie algemeen gebruik nie. Dit kan moontlik toegeskryf word aan mense se onvermoë om soms die oorsaak van hulle probleme te identifiseer en dan dienoreenkomstig te handel. 'n Tweede rede kan wees dat individue nie altyd oor die nodige vaardighede en kennis beskik om wel 'n situasie te verander nie.

3.1.4.1.2 Response wat die betekenis van die situasie beheer of verander

Die wyse waarop betekenis aan 'n ervaring gegee word, beïnvloed grootliks die mate waarin 'n persoon 'n ervaring as 'n bedreiging klassifiseer (Pearlin & Schooler, 1978). Indien 'n persoon dus die bedreiging kognitief neutraliseer, word die effek van die gebeurtenis verminder en beheer.

3.1.4.1.3 Response wat die emosies, soos deur die situasie ontlok, reguleer

Copingstrategieë wat onder hierdie afdeling ressorteer, help die individu om bestaande stres op so 'n wyse te akkommodeer dat die persoon nie daardeur oorweldig word nie (Pearlin & Schooler, 1978).

3.1.4.2 Lazarus en Folkman (1984)

Lazarus en Folkman (1984) onderskei breedweg tussen twee kategorieë copingstrategieë, naamlik probleemgefokusde coping en emosiegefokusde coping. Hierdie kategorieë word vervolgens ontleed.

3.1.4.2.1 Probleemgefokusde coping

Die doel van probleemgefokusde coping is om die persoon-omgewing-verhouding

wat vir die probleem verantwoordelik is, te verander of te beheer (Folkman & Lazarus, 1980). Voorbeelde van probleemgerigte coping is onder andere kognitiewe probleemoplossing en besluitneming, interpersoonlike konflikthantering, insameling van informasie, soek na advies, tydsbestuur en doelwitstelling asook probleem-georiënteerde gedrag, byvoorbeeld deelname aan 'n gewigsbeheer-program (Folkman *et al.*, 1991). Hierdie strategieë tree veral in werking wanneer 'n situasie as veranderbaar beoordeel kan word, en volgens Terry, Mayocchi en Hynes (1996) word algemeen aanvaar dat hierdie strategieë 'n positiewe effek op aanpassing het.

Probleemgefokusde copingstrategieë kan onderverdeel word in ekstern- en innerlikgerigte coping (Lazarus & Folkman, 1984). Eersgenoemde behels strategieë wat gerig is op die omgewing en dus ten doel het om omgewingsdruk te verlig, grense te verskuif, hulpbronne te vind ensovoorts (Hillson & Kuiper, 1994). Innerlikgerigte strategieë is meer gerig op die aanleer van nuwe gedrag en die ontwikkeling van nuwe vaardighede. Dit kan egter ook kognitiewe hertaksering behels soos 'n verskuiwing in die vlak van ambisie, vermindering van egobetrokkenheid en die vind van nuwe moontlikhede vir die verkryging van beloning.

3.1.4.2.2 Emosiegefokusde coping

Emosiegefokusde copingstrategieë verwys na pogings om psigologiese stres na aanleiding van 'n gegewe situasie te verminder of te reguleer (Folkman & Lazarus, 1980; Folkman *et al.*, 1991). Hierdie strategieë word veral gebruik in situasies wat as onveranderbaar beoordeel word (Folkman & Lazarus, 1985). Lazarus en Folkman (1984) onderskei tussen strategieë wat kognitiewe, gedrags-, vermydings- of ont-snappingspogings behels.

- **Kognitiewe pogings**

Hierdie strategieë probeer om die betekenis van die situasie te verander sonder om die omgewing te verander deur tegnieke soos kognitiewe herdefiniëring, sosiale vergelykings, minimalisering en die beklemtoning van die positiewe sy te gebruik (Folkman & Lazarus, 1985; Folkman *et al.*, 1991). Sommige vorme van kognitiewe strategieë lei tot 'n verandering in die wyse waarop 'n gebeurtenis gekonstrueer word sonder om die situasie

op sigself te verander (Lazarus & Folkman, 1984). Hierdie pogings word soms as die hertaksering van 'n situasie beskou.

- **Gedragspogings**

Gedragspogings het ten doel om die persoon beter te laat voel deur byvoorbeeld oefeninge, ontspanning of meditasie, deelname aan ondersteuningsgroepe, humor, geloof of deur met iemand te praat wat omgee en verstaan (Folkman *et al.*, 1991).

- **Vermydingspogings / Ontsnappingspogings**

Vermydning of ontsnapping is pogings wat op die vermindering van stres gerig is terwyl die hantering van die probleem vermy word (Bowman & Stern, 1995). Dit behels onder andere substansmisbruik, ontkenning en fantasievlugte (Folkman *et al.*, 1991). Volgens Weiten en Lloyd (1994) verskaf vermyding van 'n situasie selde 'n werklike oplossing vir 'n probleem en verbruik dit meestal die energie wat gebruik kon word om die probleem te hanteer. Banyard en Graham-Bermann (1998) noem dat vermydingstrategieë veral met depressiesimptomatologie geassosieer word.

3.1.4.3 Kleinke (1988)

Kleinke (1988) se indeling van copingstrategieë verskil van die ander navorsers in die sin dat hy uitsluitlik op strategieë wat met depressie verband hou, fokus. Hy onderskei elf breë kategorieë copingstrategieë wat hy soos volg indeel.

3.1.4.3.1 Sosiale ondersteuning

Sosiale ondersteuning behels samesyn met een of meer naby vriende (Kleinke, 1988). Dit behels egter ook 'n mate van probleemoplossing deurdat die persoon saam met hierdie persone 'n plan van aksie kan uitwerk. Sosiale ondersteuning word geassosieer met 'n verbetering in depressiesimptomatologie (Kleinke, 1991; 1998).

3.1.4.3.2 Probleemoplossing

Probleemoplossing korreleer met laer vlakke van depressie (Kleinke, 1998). Dit behels 'n konfrontasie van die situasie en die persoon probeer 'n plan beraam om die situasie te beheer (Kleinke, 1988).

3.1.4.3.3 Selfblaam / Ontsnapping

Die persoon onttrek hom aan die situasie deur fantasievlugte, slaap, huilbuie en so meer. Hierdie strategieë benadeel die persoon en word met hoër vlakke van depressie geassosieer (Kleinke, 1988; 1998).

3.1.4.3.4 Aggressie

Aggressiwiteit met betrekking tot gedrag en kort van draad wees korreleer positief met depressie (Kleinke, 1984; 1998; Kleinke, Staneski & Mason, 1982).

3.1.4.3.5 Bevrediging

Bevrediging behels die gebruik van alkohol, dwelmmiddels of seksuele aktiwiteite om probleem-situasies en gevoelens te hanteer (Kleinke, 1988). Hierdie strategie korreleer met hoër vlakke van depressie (Kleinke, 1998).

3.1.4.3.6 Aktiwiteite

Die persoon gebruik fisiese aktiwiteite soos om te gaan stap, dans of draf as copingstrategie, wat geassosieer word met laer vlakke van depressie (Kleinke, 1988; 1991).

3.1.4.3.7 Die gebruik van medikasie

Dit behels die afhanklikheid van medikasie soos kalmeermiddels om die simptome van depressie te beheer (Kleinke, 1998). Dit word met hoër vlakke van depressie geassosieer.

3.1.4.3.8 Die gebruik van stimulant

Die gebruik van stimulant soos sigarette en kafeïne korreleer dikwels met hoër vlakke van depressie (Kleinke, 1998).

3.1.4.3.9 Ongesonde eetgewoontes

Dit behels dat persone meer as gewoonlik eet om hulle beter te laat voel (Kleinke, 1988).

3.1.4.3.10 TV-kyk

Die persoon gebruik die oormatige kyk na televisie as 'n ontsnapping uit die situasie (Kleinke, 1988). Dit word met hoër vlakke van depressie geassosieer.

3.1.4.3.11 Ignoreer die probleem

Die persoon ignoreer die probleemsituasie en probeer om sy aandag op iets anders te fokus (Kleinke, 1988). Volgens Kleinke (1988) is hierdie strategie relatief effektief.

3.1.4.4 Carver, Scheier & Weintraub (1989)

Carver *et al.* (1989) bevestig dat Lazarus en Folkman (1984) se indeling van probleem- en emosiegefokusde copingstrategieë belangrik is, maar stel ook dat dit 'n ooreenvoegde indeling is. Hulle gebruik dan Lazarus en Folkman (1984) se stresmodel asook 'n selfregulerende model van Carver en Scheier (1981) as basis en identifiseer soos Kleinke (1988) wyd uiteenlopende copingstrategieë wat soos volg ingedeel word.

3.1.4.4.1 Probleemgefokusde coping

Probleemgefokusde coping behels volgens Carver *et al.* (1989) die volgende vyf aspekte:

- **Aktiewe coping**

Aktiewe coping vind plaas wanneer 'n stressor verwyder, of die effek daarvan verminder word, deur aktiewe stappe te doen. Dit sluit onder andere die inisiëring van direkte aksie, vermeerdering van pogings of die stapsgewyse aanpak van 'n taak, in. Scheier en Carver (1985) sien die gebruik van optimisme as 'n aktiewe copingstrategie wat ook as 'n buffer teen stres dien.

- **Beplanning**

Beplanning behels die uitdink van strategieë, soos watter stappe om te neem en die beredenering van die aksiestrategieë ten opsigte van wat die beste hanteringswyse van 'n probleem of situasie sal wees. Hierdie proses vind gedurende sekondêre taksering plaas. Volgens Scheier en Carver (1992) speel optimisme as strategie ook 'n rol by beplanning en fasiliteer dit probleemoplossing.

- **Onderdrukking van kompeterende aktiwiteite**

Dit behels dat aandag uitsluitlik op die taak op hande gefokus word deur mededingende aspekte tydelik op die agtergrond te skuif (Carver *et al.*, 1989).

- **Uitoefening van weerhoudingscoping**

Hierdie strategie word dikwels as potensiële copingstrategie misgekyk. Met die toepassing van weerhoudingscoping word daar op die regte geleentheid om die probleem op te los gewag, eerder as om oorhaastig op te tree (Carver *et al.*, 1989). Weerhouding kan beide aktief en passief wees; aktief in die sin dat die persoon se gedrag aktief daarop gefokus is om die probleem effektief te hanteer en passief aangesien vermyding indirek beteken om nie te reageer nie.

- **Soeke na sosiale ondersteuning vir instrumentele redes**

Dit behels die soek na advies, bystand of inligting in 'n poging om die probleem op te los (Carver *et al.*, 1989).

3.1.4.4.2 Emosiegefokusde coping

Emosiegefokusde coping behels die volgende vyf aspekte (Carver *et al.*, 1989):

- **Soeke na sosiale ondersteuning om emosionele redes**

Die soeke na sosiale ondersteuning om emosionele redes vind plaas wanneer 'n persoon na ander uitreik vir morele ondersteuning, emosionele

onderskraging, simpatie en begrip (Carver *et al.*, 1989). Hierdie coping-strategieë bevorder soms probleemoplossing indirek deurdat die persoon herverseker word van sy eie vaardighede. Indien die strategie egter net gebruik word vir die lug van emosies, word dit as 'n minder suksesvolle strategie beskou.

- **Positiewe herinterpretasie en groei**

Hierdie strategieë is daarop gemik om stresvolle situasies te beheer eerder as om die stres *per se* te hanteer (Carver *et al.*, 1989). Dit word gedoen deur byvoorbeeld die positiewe sy van 'n situasie in te sien of vas te stel wat daaruit geleer kan word.

- **Ontkenning**

Die klassifisering van ontkenning as 'n emosiegefokusde strategie en nie 'n destruktiewe strategie nie, is tot 'n mate 'n kontroversiële aspek. Aan die een kant kan die ontkenning van die realiteit die situasie vererger deurdat die probleem dan nie hanteer word nie. Aan die ander kant is Carver *et al.* (1989) egter van mening dat ontkenning effektiewe coping kan fasiliteer wanneer die probleem op so 'n wyse geminimaliseer word. Hulle operationaliseer ontkenning dus as 'n weiering om te glo dat die stressor bestaan en dus voort te gaan asof die probleem nie 'n werklikheid is nie.

- **Aanvaarding**

Hierdie copingstrategie word dikwels gebruik waar 'n situasie onveranderbaar is en die persoon die probleemsituasie as deel van die realiteit aanvaar (Carver *et al.*, 1989).

- **Wend tot religie**

Wend tot religie behels 'n persoon se pogings om op 'n geestelike vlak emosionele ondersteuning, positiewe herformulering, berusting of leiding te verkry (Carver *et al.*, 1989).

3.1.4.4.3 Minder algemene copingstrategieë

Die volgende copingstrategieë word volgens Carver *et al.* (1989) minder algemeen gebruik en is dikwels ook van destruktiewe aard.

- **Fokus op en afreageer van emosies**

Dit is die neiging om op die situasie wat die ontsteltenis veroorsaak te fokus en die gepaardgaande gevoelens te lug deur middel van woede-uitbarstings of huilbuie (Carver *et al.*, 1989). Hierdie strategieë kan in die korttermyn 'n doel dien waar 'n persoon byvoorbeeld deur 'n proses van rou werk. Indien daar egter oor te lang periodes heen op die probleem gefokus word, kan dit aanpassing benadeel.

- **Gedragsonttrekking**

Gedragsonttrekking vind plaas wanneer 'n persoon sy pogings om die stressor te hanteer, verminder of wanneer hy selfs heeltemal tou opgooi en glad nie probeer nie (Carver *et al.*, 1989). Dit gee dikwels aanleiding tot 'n gevoel van magteloosheid of hulpeloosheid en die afleiding kan dus gemaak word dat hierdie strategie moontlik tot 'n verdieping van die depressietoestand kan lei.

- **Mentale/geestelike onttrekking**

'n Variasie op gedragsonttrekking is mentale onttrekking waar die persoon die stressor ontvlug deur 'n verskeidenheid aktiwiteite soos oormatige slaap, dagdromery en TV-kyk aan te pak. Die doel hiervan is om nie aan die stressor te dink nie en dit benadeel dus aktiewe coping (Carver *et al.*, 1989).

3.1.4.5 Amirkhan (1990)

Na veral Carver *et al.* (1989) het die neiging ontstaan om copingstrategieë in breër, maar minder dimensies saam te vat (Suls, David & Harvey, 1996). 'n Voorbeeld hiervan is Amirkhan (1990; 1994) se klassifikasie van drie basiese copingstrategieë, naamlik probleemoplossing, die soeke na sosiale ondersteuning en vermyding.

Amirkhan (1994) beklemtoon dat hierdie strategieë nie rigiede copingstyle impliseer nie, maar eerder 'n voorkeur aandui van watter strategieë 'n individu gewoonlik eerste in stresvolle omstandighede sal gebruik. Dit het 'n belangrike implikasie vir intervensieprogramme, naamlik dat oneffektiewe voorkeurstrategieë deur vaardigheidsopleiding vervang kan word. Vervolgens word Amirkhan (1990) se dimensies ontleed.

3.1.4.5.1 Probleemoplossing

Probleemoplossing is aktiewe gedrag wat oorgaan in probleemhantering en hou veral verband met die primitiewe veginstink (Amirkhan, 1990). Dit is spesifiek en instrumenteel van aard en impliseer aktiewe manipulering van die stressor eerder as slegs bewustheid van die bestaan daarvan.

3.1.4.5.2 Soeke na sosiale ondersteuning

Hier vind 'n aktiewe poging van uitreik na ander plaas. Dit behels die soeke na troos, advies of blote kontak sonder dat instrumentele of ander hulp noodwendig daarmee gepaard gaan (Amirkhan, 1990).

3.1.4.5.3 Vermydning

Vermydning behels 'n fisieke of psigologiese onttrekking en reflekteer emosiegefokusde coping (Amirkhan, 1990). 'n Voorbeeld hiervan sou fantasievlugte wees.

3.1.4.6 Moos (1993)

Moos en sy medewerkers (Ebata & Moos, 1991; Moos, 1993) onderskei in hulle copingmodel tussen twee hoof kategorieë copingstrategieë, naamlik aktiewe of benadering- en passiewe of vermydingstrategieë. Hierdie kategorieë word verder in strategieë onderverdeel volgens die wyse van coping wat kognitiewe en gedragscopingaspekte reflekteer (Billings & Moos, 1981a; Holahan *et al.*, 1996). Vervolgens 'n ontleding van hierdie kategorieë.

3.1.4.6.1 Benaderingscopingresponse

Volgens Moos (1994) hanteer individue wat meer van benaderingscopingstrategieë

gebruik maak, lewenstressors oor die algemeen meer doeltreffend en beleef ook 'n groter mate van psigologiese welsyn en minder depressie. Strategieë wat onder hierdie kategorie ressorteer, is onder andere kognitiewe pogings wat daarop gemik is om die manier van dink oor die probleem te verander en gedragspogings wat die probleem direk oplos of die gevolge daarvan hanteer (Holahan *et al.*, 1996). Vervolgens Moos (1993) se uiteensetting van die verskillende strategieë in hierdie kategorie.

- **Logiese analise**

Logiese analise is kognitiewe pogings met die doel om die stressor te verstaan asook om op die nagevolge daarvan voor te berei (Moos, 1993). Dit behels onder andere dat daar aan slegs een aspek met 'n slag aandag geskenk word, die probleem in kleiner meer hanteerbare dele verdeel word, gebruik gemaak word van vorige leerervaringe en alternatiewe aksies en moontlike gevolge ondersoek word (Moos & Schaefer, 1986). 'n Voorbeeld van logiese analise sou wees waar die persoon hom afvra of daar ander moontlikhede bestaan om die probleem te hanteer (Holahan *et al.*, 1996).

- **Positiewe herdefiniëring**

Positiewe herdefiniëring behels kognitiewe pogings om 'n probleem op 'n positiewer wyse te herkonstrueer, maar nie die realiteit van die situasie uit die oog te verloor nie (Moos, 1993). Voorbeelde hiervan is wanneer 'n persoon homself daaraan herinner dat hy slegter daaraan toe kan wees, deur te besef dat hy in vergelyking met ander beter daaraan toe is, deur waardes en prioriteite in ooreenstemming met realiteit te verander of om op een aspek wat na aanleiding van die krisis wel gegroei het, te konsentreer (Moos & Schaefer, 1986).

- **Soeke na leiding en ondersteuning**

'n Soeke na leiding en ondersteuning is aktiewe gedragspogings om inligting, leiding of ondersteuning te verkry (Moos, 1993). Volgens Moos

en Schaefer (1986) behels dit byvoorbeeld die verkryging van inligting aangaande die krisis en alternatiewe optredes, of die verkryging van ondersteuning en gerusstelling van vriende of familie of selfs die aansluit by 'n ondersteuningsgroep. Schaefer en Moos (1992) noem dat deelname aan selfhelp- en ondersteuningsgroepe vir 'n individu van nut is om betekenis uit sy swaarkry te haal en 'n geleentheid te kry waardeur die persoon van ander persone met soortgelyke probleme, nuwe coping-vaardighede kan aanleer.

- **Probleemoplossing**

Probleemoplossing behels aktiewe en direkte gedragspogings om die probleem en die gevolge daarvan te probeer hanteer en op te los (Moos, 1993). Volgens Holahan en Moos (1987) temper aktiewe probleemoplossingsvaardighede die aversiewe invloed van negatiewe lewensgebeurtenisse. Hierdie copingstrategie word dan algemeen met 'n afname in depressie geassosieer (Holahan *et al.*, 1996). Dit blyk dat individue se selfvertroue ook bevorder word indien hulle van assertiewe copingstrategieë gebruik maak (Moos & Schaefer, 1986) wat 'n gevoel van bemagtiging, asook die verligting van depressiesimptome bewerkstellig.

3.1.4.6.2 Vermydingscopingresponse

In teenstelling met benaderingstrategieë word vermydingstrategieë oor die algemeen meer met psigologiese stres geassosieer (Holahan *et al.*, 1996). Strategieë in hierdie kategorie is meer indirek en sluit in kognitiewe pogings om die bedreiging te vermy of die effek te verminder, asook gedragspogings gerig op die vermyding van konfrontasie of verligting van spanning deur die uitdrukking van emosies (Ebata & Moos, 1991). Moos (1993) se indeling van hierdie kategorie, naamlik kognitiewe vermyding, aanvaarding, die soeke na alternatiewe belonings en emosionele ontlading word vervolgens ontleed.

- **Kognitiewe vermyding**

Kognitiewe vermyding is kognitiewe pogings om die probleem te vermy

deur nie realisties daaroor te dink nie (Moos, 1993). Hierdie vermyding of minimalisering van die erns van die krisis kan op die situasie self of op die direkte gevolge daarvan gerig wees. Volgens Moos en Schaefer (1986) kan hierdie strategie ook as 'n verdedigingsmeganisme beskou word. Daar moet egter nie uit die oog verloor word nie dat hierdie strategie ook konstruktief kan wees in situasies waar die persoon oorweldig voel en 'n tydperk nodig het om sy hulpbronne te ontsluit.

- **Aanvaarding**

Hierdie strategie behels dat die situasie as sodanig aanvaar moet word en ook dat die omstandighede onveranderbaar is. Dit vind op 'n kognitiewe vlak plaas (Moos & Schaefer, 1986).

- **Soeke na alternatiewe belonings**

'n Soeke na alternatiewe belonings behels gedragspogings waardeur die persoon by alternatiewe aktiwiteite betrokke raak en nuwe bronne vir bevrediging verkry (Moos, 1993). Volgens Moos en Schaefer (1986) is die doel van hierdie strategieë om die verlies wat die persoon ervaar, te vervang.

- **Emosionele ontlading**

Emosionele ontlading behels strategieë wat daarop gerig is om spanning te verlig deur negatiewe emosies uit te druk (Moos, 1993). Oor die algemeen word die gebruik van emosionele ontlading nie as positief tot die verligting van depressie beskou nie (Holahan *et al.*, 1996). Schaefer en Moos (1992) is egter van mening dat psigologiese welsyn bevorder sal word indien 'n individu die vaardigheid ontwikkel om affek te reguleer en emosies op 'n gebalanseerde wyse te hanteer.

3.1.4.7 Hobfoll *et al.* (1994a)

Hobfoll *et al.* (1994b) onderskei tussen copingstrategieë na aanleiding van die indeling van verskillende dimensies, soos vervat in die multi-as-model vir coping. In

teenstelling met vorige benaderings (Carver *et al.*, 1989; Folkman & Lazarus, 1984) onderbelyktoon hulle die emosionele aspekte van coping en fokus meer op gedragstrategieë. Die rede wat hulle hiervoor aanvoer, is dat daarteen gewaak moet word om op die wyse waarop 'n persoon die gevolge van 'n stresvolle gebeurtenis hanteer te fokus en eerder die hantering van die stressor self die fokuspunt te maak (Hobfoll *et al.*, 1994a). Met hierdie aspek in gedagte word Hobfoll *et al.* (1994b) se indeling van copingstrategieë onderskei.

3.1.4.7.1 Aktief-prososiale strategieë

Aktief-prososiale copingstrategieë word volgens Hobfoll *et al.* (1994a) met 'n mindere mate van depressie geassosieer. Dit sou dus belangrik wees om hierdie strategieë in 'n intervensieprogram te bevorder. Aktief-prososiale strategieë sluit in:

- **Assertiewe aksie**

Assertiewe aksie behels doelgerigte, beplande optrede met die oog op doeltreffendheid (Hobfoll *et al.*, 1994b). Hierdie strategie word met beter hantering van situasies en minder psigologiese stres geassosieer (Hobfoll *et al.*, 1994a).

- **Sosiale samewerking**

Met sosiale samewerking poog 'n persoon om 'n sosiale groep te vorm of deel van so 'n groep te wees met die oog op gesamentlike probleemoplossing (Hobfoll *et al.*, 1994b).

- **Soeke na sosiale ondersteuning**

Hierdie strategie behels pogings wat daarop gerig is om sosiale kontak met ander te bevorder (Hobfoll *et al.*, 1994b). Die gedrag is daarop gerig om nie net sosiale ondersteuning te verkry nie, maar ook om ondersteuning aan ander te verleen. Hobfoll *et al.* (1994a) maak verder die aanname dat mense wat oor meer sosiale ondersteuning beskik, beter sosiale verhoudings kan handhaaf en in staat is tot probleemgeoriënteerde gedrag wat 'n positiewe uitwerking op depressie het.

3.1.4.7.2 Passief-prososiale strategieë

- **Versigtige aksie**

Versigtige aksie dui daarop dat 'n persoon eers sy optrede goed deurdink voordat hy enige stappe doen (Hobfoll *et al.*, 1994b). Hierdie strategie, alhoewel dit op sosiaal stemmige aksies dui, is probleemoplossend van aard.

3.1.4.7.3 Aktief-antisosiale strategieë

- **Instinktiewe aksie**

Instinktiewe aksies behels gedrag wat nie goed deurdink is nie en dikwels impulsief uitgevoer word. Dit is 'n intuïtiewe optrede wat soms met sosiale ambivalensie geassosieer word (Hobfoll *et al.*, 1994a).

- **Antisosiale aksie**

Antisosiale aksies stel die eie belang van die individu voorop al is dit soms ten koste van ander persone (Hobfoll *et al.*, 1994b). Hierdie strategie dra nie tot sosiale ondersteuning by nie en kan dus depressie negatief beïnvloed.

- **Aggressiewe aksie**

Aggressiewe strategieë word dikwels met assertiewe strategieë verwar aangesien beide aktiewe optrede behels. Aggressiewe aksies impliseer egter negatiewe of vyandige optrede waardeur 'n persoon probeer om 'n ander persoon onkant te betrap en so 'n voorsprong vir homself te verseker (Hobfoll *et al.*, 1994b).

3.1.4.7.4 Passief-antisosiale strategieë

- **Vermyding**

Vermyding dui daarop dat die probleem nie deur die individu aangepak word nie (Hobfoll *et al.*, 1994b). Volgens Endler en Parker (1990) hou

vermyding verband met 'n groter mate van depressie.

3.1.4.7.5 Indirekte strategieë

- **Indirekte aksie**

Indirekte aksie dui op gedrag wat 'n mate van beheer verseker sonder dat die individu daarvan bewus is (Hobfoll *et al.*, 1994b).

3.1.4.8 Konklusie

Alle copingstrategieë
Alhoewel al bogenoemde strategieë nie as sodanig in die saamgestelde intervensie-program voorkom nie, is dit belangrik om te beseft dat die aanbieder van so 'n program 'n deeglike agtergrond van bestaande strategieë behoort te hê om effektiewe leiding aan deelnemers te kan verskaf. Daar is dan sekerlik ook bykomende outeurs byvoorbeeld Compas, Conner, Osowiecki en Welch (1991) en Houston (1987) wat copingstrategieë verder sou kon kategoriseer, maar dit blyk dat die algemeenste klassifikasiesistels in die literatuur dié is wat onderskei tussen aktiewe en passiewe coping; probleem- en emosiegefokusde copingmeganismes; benadering- en vermydingstrategieë; kognitiewe en gedragstrategieë; sosiale en antisosiale copingmeganismes en direkte en indirekte copingmeganismes. Die program wat uit hierdie literatuurstudie voortgespruit het, berus dan hoofsaaklik op Lazarus en Folkman (1984) en Moos (1993) se modelle en klassifiserings van copingstrategieë.

Die verskillende klassifikasiesistels van die onderskeie outeurs wat bespreek is, toon egter ook areas van ooreenstemming en soms word dieselfde copingmeganisme verskillend benoem of dieselfde term word vir ietwat verskillende response gebruik. Dit lei daartoe dat verwarring soms ten opsigte van die terminologie in die copingliteratuur voorkom (Spirito, Francis, Overholser & Frank, 1996). Ter wille van die opheldering van terme, vir die doel van hierdie studie, word die aanname dan gemaak dat benaderingstrategieë ook na probleemgefokusde en aktiewe coping-response verwys, terwyl vermydingstrategieë op emosiegefokusde en passiewe response dui.

3.1.5 SUKSESVOLLE COPING

Volgens Herman-Stahl en Petersen (1996) kan oneffektiewe coping 'n risikofaktor vir depressie inhou. Dit sou dus belangrik wees om die eienskappe van effektiewe coping te identifiseer. Hierdie proses kan volgens Compas (1995) bedrieglik eenvoudig voorkom.

'n Begin sou egter wees om weer na die werksdefinisie (3.1.2) van Wissing (1995) te verwys. Daarvolgens verwys coping na perseptuele, kognitiewe en/of gedragsresponse waardeur gepoog word om situasies wat as pynlik, moeilik, bedreigend of oorskrydend van bronne getakseer word, die hoof te bied, te vermy, te oorleef, te kontroleer of die interpretasie van die gebeure of die gevolge daarvan te beïnvloed. Suksesvolle coping is dan hiervolgens 'n positiewe uitkoms wat impliseer dat die situasie wel uitgeskakel, verminder, herinterpreteer of op so 'n wyse in die individu se funksionering ingeskakel word, dat psigologiese welsyn bevorder word.

In ooreenstemming met die gedagte, is Schönplflug en Battmann (1991) van mening dat effektiewe coping met betrekking tot die uitruiling tussen die voordele wat uit die proses verkry is en dit wat deur die persoon geïnvesteer is, geëvalueer word. Dit behels dus dat coping as effektief beoordeel word indien dit wat die persoon in die situasie moes investeer, nie die voordele wat daaruit verkry is, oorskry nie.

Zeidner en Saklofske (1996) is van mening dat die kriteria vir copingeffektiwiteit die effek en uitkoms van coping in 'n spesifieke situasie is. Hulle dui dan ook die volgende kriteria aan waarvolgens die effektiwiteit van coping beoordeel kan word:

- Oplossing van konflik of die verligting/verwydering van 'n stresvolle situasie.
- Vermindering van die fisiologiese en/of biochemiese reaksie.
- Sosiaal-normatiewe gedrag en die realistiese taksering van die situasie.
- Terugkeer na aktiwiteitsvlak en funksionering voor die stressituasie.
- Die welsyn van die self en ander word positief beïnvloed deur die copinggedrag.

- Behoud van 'n positiewe selfestem.
- Die coper neem die effektiwiteit van sy copingrespons waar.

Volgens Kleinke (1998) is suksesvolle coping nie 'n enkele onfeilbare respons in reaksie op 'n situasie nie, maar behels dit buigsaamheid met betrekking tot die gebruik van 'n arsenaal van copingstrategieë. Dit bevestig Pearlin en Schooler se mening, wat alreeds in 1978 daarop neergekom het dat 'n varieerbare repertoire van copingstrategieë belangriker vir copingeffektiwiteit as een spesifieke strategie is. Volgens Folkman *et al.* (1986) speel die vaardigheid waarmee copingstrategieë gebruik word ook 'n rol by die effektiwiteit van die uitkoms. Antonovsky (1979) en Kleinke (1998) noem die volgende kenmerke waaraan 'n suksesvolle coper gewoonlik voldoen:

- **Buigsaamheid**, wat verwys na die persoon se vermoë om alternatiewe planne te maak, te oorweeg en te implementeer (Kleinke, 1998). Hierdie gedagte bevestig Moos en Schaefer (1986) se mening dat copingstrategieë nie inherent effektief of onsuksesvol is nie. Hulle lê klem daarop dat strategieë wat effektief in een situasie is, moontlik die persoon kan benadeel as hy of sy uitsluitlik daarop vertrou en dus onbuigsaam ten opsigte van die gebruik van copingstrategieë is. Dit blyk dus dat 'n wye repertoire van copingstrategieë, sowel as die buigsaamheid en kreatiwiteit waarmee dit gebruik word, copingeffektiwiteit verhoog (Frydenberg, 1997; Zeidner & Saklofske, 1996).
- **Versiendheid**, wat verwys na die persoon se vermoë om die langtermyngevolge en effektiwiteit van sy copingrespons te antisipeer (Kleinke, 1998). Houston het reeds in 1987 aangedui dat coping ook in die lig van die kort- en langtermyngevolge vir die persoon se belangrike funksioneringsareas beskou moet word. Dit behels dus dat sekere copingstrategieë effektief kan wees op die korte duur, maar moontlik op die lang termyn die persoon tot nadeel kan strek (Zeidner & Saklofske, 1996).

- **Rasionaliteit**, wat dui op die persoon se vermoë tot gepaste en akkurate takserings van 'n situasie (Kleinke, 1998). Hierdie gedagte berus dus op die geskiktheid van die respons op die interne/eksterne eise van die omgewing (Zeidner & Saklofske, 1996). Dit staan in ooreenstemming met die mening dat copingeffektiwiteit van die geskiktheid van passing tussen realiteit en taksering, met die klem op persepsie van persoonlike beheer van die stressor, sowel as van die taksering en keuse van copingrespons afhang (Compas, 1995; Folkman *et al.*, 1991).

'n Laaste aspek van belang is dat die effektiwiteit van coping van die konteks waarbinne die spesifieke copingstrategieë gebruik word, afhang (Bowman & Stern, 1995; Ebata & Moos, 1991). Dit impliseer dat sommige strategieë as meer effektief as ander geëvalueer kan word, afhangende van die konteks van die situasie en stressors. Navorsing toon dat die gebruik van relatief meer probleemgefokusde as emosiegefokusde strategieë effektiewer is in situasies wat as veranderbaar geëvalueer word, terwyl vir situasies wat as onveranderbaar of onbeheerbaar getakseer word, die teenoorgestelde geld (Folkman *et al.*, 1986; Folkman *et al.*, 1991; Nigro, 1996). Vitaliano, Dewolfe, Maiuro, Russo en Katon (1990) beklemtoon dat 'n gepaste passing tussen die getakseerde veranderbaarheid van die situasie en die geskikte keuse van copingstrategie, depressie verminder. So sal die gebruik van emosiegefokusde strategieë dan in 'n situasie wat as veranderbaar beskou word, met 'n depressiewe gemoed verband hou, terwyl aktiewe kognitiewe coping in 'n situasie wat nie kan verander nie, stresvlakke verhoog (Wethington & Kessler, 1991).

Met die oog op 'n intervensieprogram is dit dus belangrik om verder vas te stel watter copingmeganismes as effektiewer vir die behandeling van depressie beskou word. Daar moet egter terselfdertyd nie uit die oog verloor word dat depressie nie net met die keuse van copingstrategieë nie, maar ook met die werklike en waargenome effektiwiteit daarvan inmeng (Zeidner & Saklofske, 1996). Namate depressie vererger, neem die waargenome effektiwiteit van strategieë af (Spirito *et al.*, 1996). Met hierdie aspek in gedagte word die verband tussen copingstrategieë en depressie vervolgens ontleed.

3.1.6 VERBAND TUSSEN COPINGSTRATEGIEË EN DEPRESSIE

Alhoewel Wiezbicki (1989) noem dat depressie nie met enige spesifieke copingrespons verband hou nie, is die meeste skrywers en navorsers dit met mekaar eens dat daar wel 'n verband tussen copingstrategieë en depressie bestaan, soos dan ook uit die verdere ontleding van die literatuur sal blyk. Verskeie outeurs dui selfs aan dat dit nie net die copingstrategieë van klinies depressiewe mense en nie-depressielyers is wat verskil nie, maar dat die genoemde verband ook bestaan waar 'n persoon selfs net 'n paar depressiesimptome openbaar (Kleinke, 1998; Lazarus & Folkman, 1987).

Uit die literatuur blyk dit duidelik dat daar 'n verband tussen die gebruik van vermydingscopingstrategieë en depressiesimptome bestaan. Reeds sedert 1981 stem navorsers saam dat depressiewe mense meer geneig is om emosiegefokusde en vermydingstrategieë in teenstelling met taakgeoriënteerde strategieë en probleemoplossingstrategieë te gebruik (Aspinwall & Taylor, 1992; Banyard & Graham-Bermann, 1998; Billings *et al.*, 1983; Bowman & Stern, 1995; Coyne, Aldwin, & Lazarus, 1981; Schaefer & Moos, 1992). Eersgenoemde strategieë veroorsaak verder ook psigologiese ongemak en wanaanpassing (Holahan & Moos, 1987; Zeidner & Saklofske, 1996). Banyard en Graham-Bermann (1998) beklemtoon verder dat wanneer die doel van vermydingstrategieë dit is, naamlik om die probleem te ontsnap, dit met erger depressiesimptomatologie verband hou.

Billings en Moos (1984) dui aan dat die keuse van copingstrategieë ook met die graad van depressie geassosieer word, waar aktiewe copingstrategieë aan 'n minder ernstige graad van depressie en vermydingstrategieë aan 'n ernstiger graad van depressie gekoppel word. Die vertroue op vermydingstrategieë verhoog verder ook die moontlikheid van remissie (Krantz & Moos, 1988; Moos, 1993; Rohde *et al.*, 1990).

Volgens die literatuur is vermydingstrategieë wat positief met depressie korreleer, onder andere emosionele ontlading (Billings *et al.*, 1983; Billings & Moos, 1984; Holahan *et al.*, 1996; Kleinke, 1988; Moos, 1993; Zeidner & Saklofske, 1996),

ontsnapping (Banyard & Graham-Bermann, 1998; Billings & Moos, 1984; Rohde *et al.*, 1990; Terry *et al.*, 1996), selfblaam (Billings & Moos, 1984; Endler & Parker, 1990; Kleinke, 1998; Lazarus & Folkman, 1987; Spirito *et al.*, 1996), soeke na stimulasie (Billings & Moos, 1984), fantasie (Endler & Parker, 1990), wensdenkery (Terry *et al.*, 1996), fokus op die negatiewe affek (Compas, 1995), passiwiteit (Kleinke, 1998; Rohde *et al.*, 1990), waaghalsige copingresponse (Rohde *et al.*, 1990), kognitiewe vermydingstrategieë (Banyard & Graham-Bermann, 1998; Moos, 1993; Olf *et al.*, 1993; Spirito *et al.*, 1996), aanvaarding (Spirito *et al.*, 1996), aggressiewe en self-destruktiewe copingstrategieë (Billings & Moos, 1984; Rohde *et al.*, 1990; Spirito *et al.*, 1996), uiting van woede (Lazarus & Folkman, 1987), ontkenning (Zeidner & Saklofske, 1996) en onttrekking (Endler & Parker, 1990; Kleinke, 1998; Spirito *et al.*, 1996; Zeidner & Saklofske, 1996).

'n Uitsondering by vermydingstrategieë wat wel met psigologiese gesondheid geassosieer word, is die soeke na alternatiewe belonings. Volgens Ebata en Moos (1991) kan dit moontlik verklaar word deur die feit dat hierdie strategie op kontak met die omgewing en ander mense dui, wat ook as 'n aktiewe benadering beskou sou kon word.

Dit sou dus foutief wees om te aanvaar dat daar geen plek vir vermydingstrategieë in 'n persoon se copingarsenaal bestaan nie. Suls *et al.* (1996) is van mening dat vermydingstrategieë aanvanklik 'n doel dien deurdat dit die persoon toelaat om die gebeurtenis geleidelik in sy ervaringslewe te assimileer. Dit bied dan ook die geleentheid waardeur persoonlike en omgewingshulpbronne gedurende die inisiële fase van 'n trauma ingestel kan word (Holahan & Moos, 1987). Aanvanklike stres word dus verminder en daar word verhoed dat angs en negatiewe gevoelens die persoon lam lê (Roth & Cohen, 1986). Dit blyk dan dat die gedeeltelike, tentatiewe of minimale gebruik van vermyding tot vermeerderde hoop en moed kan lei, veral in situasies wat oor 'n lang periode heen strek. Die chroniese gebruik van vermydingstrategieë is egter 'n psigologiese risikofaktor met disfunksionele gevolge aangesien dit die persoon ontmoedig om aktiewe stappe te doen en dit tot gevolg het dat die situasie dan nooit direk gekonfronteer word nie (Aspinwall & Taylor, 1992; Holahan & Moos, 1987; Suls *et al.*, 1996). Die potensiële voordeel van vermydingscoping lê dus

eerder in die gelyktydige of afwisselende gebruik gepaard met benaderingstrategieë (Ebata & Moos, 1991).

In teenstelling met vermydingstrategieë stel Terry *et al.* (1996) dat daar algemeen aanvaar word dat benaderingstrategieë, wat op die hantering van die probleem gerig is, effektiewer is. Hierdie strategieë word gewoonlik met goeie aanpassing by lewenstressors en minder psigologiese simptome soos depressie geassosieer (Aspinwall & Taylor, 1992; Billings & Moos, 1981a; Ebata & Moos, 1991; Herman-Stahl & Petersen, 1996; Holahan *et al.*, 1996; Moos, 1994; Schaefer & Moos, 1992; Wethington & Kessler, 1991). Die proporsionele gebruik van probleemgefokusde strategieë in verhouding tot die totale reeks copingstrategieë wat deur 'n persoon gebruik word, word met verminderde depressie geassosieer (Holahan & Moos, 1987).

Volgens Roth en Cohen (1986) lê die voordeel van benaderingstrategieë daarin dat dit ruimte vir die oorgaan tot die daad laat, asook die moontlikheid dat die persoon die voordeel uit die verandering in die situasie sal trek deur dit meer beheerbaar te maak. Benaderingstrategieë temper verder die negatiewe invloed van beide negatiewe lewensverandering en voortdurende rolstressors en lei tot meer selfvertroue en minder depressie (Holahan *et al.*, 1996; Moos, 1994).

Benaderingstrategieë wat volgens die literatuur met minder depressiewe gevoelens verband hou, is onder andere aktiewe copingresponse (Burns & Nolen-Hoeksema, 1991; Herman-Stahl & Petersen, 1996; Schaefer & Moos, 1992), probleemoplossing (Aspinwall & Taylor, 1992; Banyard & Graham-Bermann, 1998; Billings *et al.*, 1983; Billings & Moos, 1984; Bowman & Stern, 1995; Fondacaro & Moos, 1989; Kleinke, 1998; Moos, 1993; Schaefer & Moos, 1992; Spirito *et al.*, 1996; Terry *et al.*, 1996; Zeidner & Saklofske, 1996), positiewe herdefiniëring (Moos, 1993; Spirito *et al.*, 1996), aktief besig bly (Kleinke, 1998), soeke na inligting (Aspinwall & Taylor, 1992; Billings & Moos, 1984), kognitiewe selfbeheer (Herman-Stahl & Petersen, 1996; Lazarus & Folkman, 1987; Rohde *et al.*, 1990), die soeke na vertroosting (Rohde *et al.*, 1990), instrumentele bemeestering (Olff *et al.*, 1993), beheer van 'n situasie oorneem (Billings & Moos, 1981a; Compas, 1995) en sosiale ondersteuning (Aspinwall & Taylor, 1992; Billings & Moos, 1984; Herman-Stahl & Petersen, 1996; Kleinke, 1998; Moos, 1993; Rohde *et al.*, 1990).

Moos (1993) het gevind dat alhoewel die soeke na leiding en ondersteuning voor behandeling met 'n ernstiger graad van depressie verband hou, dit na 'n ingreep positief met selfvertroue en minder depressie verbind kan word. Dit kan moontlik verklaar word deur die feit dat die soeke na leiding en ondersteuning losstaande gebruik, nie genoeg is om stressors te hanteer nie, maar gepaard met positiewe herdefiniëring en probleemoplossing, eerder tot 'n positiewe uitkoms sal lei.

Dit blyk dan dat depressiewe persone oor die algemeen minder van benaderingstrategieë gebruik maak (Fondacaro & Moos, 1989; Moos, 1993; Spirito *et al.*, 1996), terwyl die individue wat meer op hierdie strategieë vertrou, 'n beter uitkoms ten opsigte van hulle depressie oor die langtermyn toon (Holahan *et al.*, 1996). Holahan en Moos (1991) het gevind dat, onder stresvolle omstandighede, 'n verbetering ten opsigte van depressiesimptome oor 'n tydperk van 'n jaar die beste voorspel kan word met die gebruik van benaderingscopingstrategieë. Burns en Nolen-Hoeksema (1991) wys ook daarop dat die gebruik van aktiewe strategieë minder depressie met opname, asook na twaalf weke van behandeling getoon het.

Die volgende afdeling wat ontleed word, is sosiale ondersteuning. Hierdie aspek is spesifiek van belang aangesien sosiale ondersteuning as 'n soort buffer teen depressie kan dien en individue wat tyd met ander deurbring 'n verminderde kans staan om later met depressie gediagnoseer te word (Rohde *et al.*, 1990).

3.2 SOSIALE ONDERSTEUNING

3.2.1 INLEIDING

Alhoewel die soeke na sosiale ondersteuning meestal deur outeurs (Amirkhan, 1990; Carver *et al.*, 1989; Hobfoll *et al.*, 1994a; Moos, 1993) as 'n spesifieke copingstrategie beskou word, word ook die beskikbaarheid van sosiale ondersteuning deur navorsers (Bach, 2000; Folkman & Lazarus, 1985; Jung & Khalsa, 1989) as 'n copingbron beskou. Vervolgens word die verskynsel sosiale ondersteuning met verwysing na die aard, verskillende soorte en funksie daarvan ontleed. Laastens word die verband tussen sosiale ondersteuning en depressie ondersoek.

3.2.2 DIE AARD VAN SOSIALE ONDERSTEUNING

Soos reeds genoem, beskou sommige navorsers sosiale ondersteuning ook as 'n copingbron en nie net as 'n strategie nie. In die geval gaan bronne coping gewoonlik vooraf en oefen dit ook 'n invloed op coping uit (Lazarus & Folkman, 1984). Pearlin en Schooler (1978) tref onderskeid tussen sosiale en psigologiese bronne. Psigologiese bronne wat meer persoonlikheidseienskappe behels, val egter buite die doeleindes van hierdie navorsing en sal dus nie verder ontleed word nie. Vervolgens sal dus slegs aan sosiale bronne aandag geskenk word.

Sosiale bronne word in die interpersoonlike netwerk, waarvan die persoon deel is, verteenwoordig (Pearlin & Schooler, 1978). Die netwerk behels die potensiële bron van belangrike ondersteuning deur familie, vriende, medewerkers, bure ensovoorts. Sosiale ondersteuning moet egter nie met 'n algemene kameraadskap of gemeenskaplikheid verwar word nie aangesien dit na spesifieke interpersoonlike transaksies waar probleemgefokusde hulp ter sprake is, verwys (Rook, 1987). Timko, Moos en Michelson (1993) noem in dié verband dat sosiale bronne die aktiewe deelname van familie en vriende in die proses om met stresvolle omstandighede te cope, behels. Hulle hipotetiseer dat die effek van 'n volgehoue stressor op interpersoonlike vlak vermy of verminder kan word wanneer sosiale ondersteuning op ander vlakke vir die persoon beskikbaar is.

Navorsers is geneig om sosiale bronne verskillend te definieer. Pearlin en Schooler (1978) sien sosiale bronne as 'n interpersoonlike netwerk. Dit behels tot 'n groot mate die grootte, digtheid en verskeidenheid van die individu se sosiale netwerk (Burlison, Albrecht, Goldsmith & Sarason, 1994). 'n Aspek wat ook nie misken moet word nie, is die kwaliteit en betekenis wat die individu aan die ondersteuning heg.

Ander navorsers beskou sosiale bronne meer breedweg. Lazarus en Folkman (1984) sien sosiale bronne as die dinge in die omgewing waaruit die persoon put om suksesvol te cope terwyl Hobfoll (1989) van mening is dat dit verband hou met dit wat 'n persoon van waarde ag soos objekte en energiebronne. Moos (1994) asook Moos en Moos (1994) konseptualiseer bronne ooreenkomstig die mate van ondersteuning en empatie wat 'n persoon ontvang en ervaar van byvoorbeeld ouers, familie en vriende.

Pierce *et al.* (1996) kom na 'n uitgebreide studie tot die konklusie dat sosiale ondersteuning 'n komplekse konstruk is en uit ten minste drie komponente, naamlik die skema van die ondersteuning, die ondersteuningsverhoudings en ondersteunende transaksies bestaan. Ander navorsers probeer die konstruk meer vereenvoudig deur sosiale ondersteuning te omskryf as die funksie wat belangrike ander vir 'n persoon verrig (Thoits, 1995). Sosiale ondersteuning is egter ook iets wat in verhoudings plaasvind en word dus soms as kommunikasie gekonseptualiseer (Burleson, Albrecht & Goldsmith, 1993). Hierdie siening word ook deur Roberts *et al.* (1994) gehuldig wat sosiale ondersteuning as die individu se interaksie met die sosiale netwerk definieer. Dit impliseer dus 'n tweerigtingproses wat veral van belang is met die oog op 'n intervensieprogram. Vir hierdie studie word sosiale ondersteuning as 'n bron gesien waaruit mense kan put en wat suksesvolle coping fasiliteer. Vervolgens word die tipes sosiale ondersteuning ontleed.

3.2.3 VERSKILLENDE SOORTE SOSIALE ONDERSTEUNING

Folkman *et al.* (1991), Kleinke (1998) en Thoits (1995) rapporteer dat sosiale ondersteuning gewoonlik van emosionele, informatiewe of tasbare aard is. Emosionele ondersteuning lewer 'n bydrae tot die bevestiging van liefde en omgee (Lazarus & Folkman, 1987). Volgens Kleinke (1998) word emosionele ondersteuning gebied wanneer iemand begrip toon en sluit dit empatie, liefde, omgee en vertroue in. Informatiewe ondersteuning behels inligting, advies, terugvoer en voorstelle wat die persoon help om 'n probleem op te los. Tasbare ondersteuning behels volgens Lazarus en Folkman (1987) direkte hulp met betrekking tot diens of materiële sake. Dit kan ook hulp met 'n spesifieke taak of werkstuk, 'n lening of huisvesting wees (Kleinke, 1998).

Volgens Lazarus en Folkman (1987) hang die tipe ondersteuning wat verleen word in 'n groot mate van die eise van die situasie, asook die verandering in die situasie af. Hierdeur beklemtoon hulle dat sosiale ondersteuning 'n proses is wat met verloop van tyd verander in ooreenstemming met die verskuiwing in persoon-omgewing-verhoudinge. Dit hou egter ook verband met die feit dat die effektiwiteit van sosiale

ondersteuning in 'n groot mate bepaal word deur 'n geskikte passing tussen die behoeftes van die persoon wat ondersteuning soek, en die funksie van die bronne beskikbaar by die persoon wat ondersteuning bied (Folkman *et al.*, 1991).

Folkman *et al.* (1991) beklemtoon die belangrikheid van die onderskeid tussen die tipes ondersteuning vir 'n intervensieprogram. Hulle beveel aan dat die volgende aspekte in so 'n program aandag behoort te geniet:

- Die keuse van die tipe sosiale ondersteuning in 'n gegewe situasie asook die identifikasie van 'n gepaste persoon of persone in die ondersteuningsnetwerk wat hierdie soort ondersteuning kan bied.
- Die verkryging van die ondersteuning met die klem op gepaste kommunikasievaardighede om ondersteuning op die regte manier te vra.
- Die behoud van ondersteuningsbronne deur 'n gebalanseerde wedersydse proses sodat die ondersteuningsbron nie uitgeput sal raak nie.

3.2.4 DIE FUNKSIE VAN SOSIALE ONDERSTEUNING

Weis (soos aangehaal deur Cutrona, 1984; Sarason, Sarason, Brock & Pierce, 1996) verwys na ses belangrike funksies van sosiale ondersteuning, naamlik die geleentheid vir die belewing van verbondenheid, sosiale integrasie, versorging, herversekering van waarde, 'n gevoel van betroubare verbintenis en die verkryging van leiding. Hierdie aspekte dra daartoe by om 'n gevoel van veiligheid en sekerheid by die individu te vestig.

Volgens Lin (1986) het sosiale ondersteuning drie bepaalde funksies, naamlik dat dit 'n gevoel van emosionele vaardigheid bevorder, leiding gee en terugvoer gee oor 'n persoon se identiteit en optrede. Kleinke (1998) is van mening dat sosiale ondersteuning nuttig is aangesien dit direkte ondersteuning in tye van nood verleen. Dit bied verder bevestiging van aanvaarding, liefde en waardering. Hierdie sekuriteit bied ook sekondêre wins aangesien dit selfvertroue tydens uitdagings bevorder.

3.2.5 DIE VERBAND TUSSEN SOSIALE ONDERSTEUNING EN DEPRESSIE

Volgens Billings en Moos (1981a) temper sosiale ondersteuning die effek van lewensstres op 'n individu se lewe en word lae vlakke van sosiale ondersteuning dikwels met psigologiese distres geassosieer. Brown en Harris het in baanbrekerswerk reeds in 1978 aangedui dat sosiale ondersteuning, oftewel die gebrek daaraan, 'n belangrike rol by die ontstaan van depressie speel. Hobfoll *et al.* (1994a) wys daarop dat voldoende sosiale ondersteuning met laer vlakke van depressie verband hou en Kleinke (1998) noem ook dat mense met 'n goeie ondersteuningsstelsel meer suksesvol is in hulle pogings om depressie te voorkom.

Jung en Khalsa (1989) het gevind dat individue met meer ondersteuning minder deur stressors benadeel word asook dat dit verband hou met minder depressie. McLeod, Kessler en Landis (1992) het weer in hul studie bevind dat mense wat die ondersteuning van hulle familie en vriende geniet, gouer van 'n depressiewe episode herstel het as dié daarsonder.

Kendall-Tackett en Kaufman (1993) wys daarop dat die voorkoms van ondersteunende verhoudings depressiewe reaksies kan voorkom of die intensiteit daarvan kan verminder. Moos (1992b) wys in sy studie daarop dat die voorkoms van sosiale ondersteuning 'n laer vlak van depressie oor 'n tydperk van een jaar voorspel het. Dit het ook gehelp om remissie te beperk en die individu te beskerm teen die begin van 'n volgende depressiewe episode. Dit stem dan ook ooreen met Pretorius en Diedricks (1994) se bevindinge dat sosiale ondersteuning 'n belangrike rol speel by die instandhouding van psigologiese welsyn.

Sosiale ondersteuning bevorder ook effektiewe coping (Thoits, 1986). Moos, Brennan, Fondacaro en Moos (1990) asook Holahan en Moos (1991) ondersteun hierdie siening deur hulle navorsing wat daarop dui dat sosiale ondersteuning die gebruik van benaderingscopingstrategieë fasiliteer.

3.2.6 KONKLUSIE

Uit hierdie bespreking blyk die rol van sosiale ondersteuning by die effektiewe hantering van depressie duidelik. Die ander sy van die muntstuk is egter dat individue met depressiesimptome minder bevredigende verhoudinge met hul portuurgroep en familie handhaaf (Herman-Stahl & Peterson, 1996). Dit kan moontlik daaraan toegeskryf word dat depressieërs dikwels geneig is om hulle sosiale bronne uit te put en dat hulle oor onvoldoende sosiale vaardighede beskik om hulle sosiale ondersteuning in stand te hou (Weiten & Lloyd, 1994). Dit sou dus belangrik wees om opleiding in die gebruik en versorging van sosiale ondersteuning asook die kommunikasieproses as deel van die instandhouding van die ondersteuning in die samestelling van 'n intervensieprogram in te werk.

3.3 EVALUERENDE SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is die relevante literatuur oor coping en sosiale ondersteuning ontleed. Coping is uiteengesit deur middel van die ontleding van bestaande definisies en die daarstel van 'n werksdefinisie vir hierdie navorsing. Vervolgens is verskillende teoretiese modelle en copingstrategieë ontleed. Die effektiwiteit van coping is geanaliseer en in verband gebring met depressie. Die volgende konklusies word gemaak:

- Daar is in die huidige copingliteratuur nie konsensus oor die definiëring van copingstrategieë nie.
- Die algemeenste klassifikasiestelsels met betrekking tot copingstrategieë is dié wat onderskei tussen probleemgefokusde en emosiegefokusde copingstrategieë en benaderings- en vermydingscopingstrategieë. 'n Onderafdeling hiervan is dikwels kognitiewe en gedragscopingstrategieë.
- Die effektiwiteit van copingstrategieë hang grootliks van die situasie af en dit is van die allergrootste belang dat daar 'n buigsaamheid ten opsigte van die gebruik van die onderskeie strategieë bestaan.
- Daar bestaan 'n definitiewe verband tussen depressie en die gebruik van

copingstrategieë. Strategieë wat veral met die verligting van depressie-simptome verband hou, is benaderingscopingstrategieë.

- Die aanleer van effektiewe copingstrategieë is 'n definitiewe aanwinst vir 'n intervensieprogram vir depressieërs.

Verder is daar in die hoofstuk oorsigtelik verslag gelewer oor die aard van sosiale ondersteuning. Verskillende soorte sosiale ondersteuning, die funksie daarvan en die verband tussen sosiale ondersteuning en depressie is daarna ontleed. Die belangrikheid hiervan is dan ook duidelik met die beplande intervensieprogram uitgewys.

In die volgende hoofstuk sal bestaande intervensieprogramme wat op kognitiewe gedragbenaderings- sowel as copingbeginsel berus, ontleed word. Na aanleiding van die leemtes in die programme word 'n intervensieprogram vir depressieërs uit die literatuur saamgestel en weergegee.

SAMESTELLING VAN PROGRAM

4.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word bestaande kognitiewe gedragbenaderings- asook coping-programme ontleed ten opsigte van hulle duur, seleksiekriteria, aanbiedingswyse, doel en bestaande navorsingsresultate. Daarna word die spesifieke fokuspunte en elemente wat deur die program onder die loep geneem word, ontleed. Laastens word die saamgestelde program van hierdie navorsingsprojek weergegee.

4.2 EVALUERING VAN BESTAANDE KOGNITIEWE GEDRAGSBENADERINGS- ASOOK COPINGPROGRAMME VIR DIE BEHANDELING VAN DEPRESSIE

Gordon en Gordon het reeds in 1987 die vraag gestel of dit werklik 'n spesifieke program sal wees, of dalk slegs die "bymeekaarkom" van 'n groepie mense wat daartoe sal lei dat mense verligting van byvoorbeeld depressiesimptome sal ondervind. Dit is 'n belangrike vraag, aangesien die antwoord kan bepaal of programsamestelling wel 'n plek in die navorsingsterrein verdien. Burlingame en Fuhrman (1990) stel dit egter onomwonde dat die effektiwiteit van groepe met gefokusde doelwitte saamhang en dat 'n program vir terapeutiese doeleindes oor 'n bepaalde teoretiese onderbou en spesifieke elemente moet beskik.

Vervolgens word in Tabel 2 'n aantal bestaande kognitiewe gedragbenaderings- asook copingprogramme ontleed met betrekking tot hulle duur, seleksiekriteria, aanbiedingswyse, doel en bestaande navorsing oor die program.

Tabel 2: Ontleding van kognitiewe gedragbenaderings- asook coping-programme vir depressieers

Skrywer(s) en naam van program	Duur van program	Seleksie-kriteria	Aanbiedings-wyse	Doel van program	Navorsing oor program
1. "Coping with Depression"-kursus (CWD) (Lewinsohn, Antonuccio, Steinmetz & Teri, 1984).	Die kursus betaan uit 12 twee uur lange sessies wat oor 8 weke strek. Gedurende die eerste vier weke word sessies twee maal per week aangebied. Daar is ook 'n een-en sesmaande opvolg-sessie wat as 'n reünie beskou word.	Insluitingskriteria is major, minor of intermissie depressie terwyl persone uitgesluit word op grond van verstandelike vertraagtheid, disleksie, skisofrenie, bipolêre versteuring of akute substans-misbruik.	'n Gestruktureerde multimodale, psigo-opvoedkundige formaat met die fokus op die aanleer van vaardighede en veral die gebruik maak van rolspeletgnieke.	Volgens Cuijpers (1998) is die doel van die CWD-kursus om mense vaardighede aan te leer wat hulle kan gebruik om hulle depressie te verlig.	Volgens Hoberman Lewinsohn en Tilson (1988) is die CWD-kursus effektief vir die verbetering van depressiesimptome. Ongeveer 20% van proefpersone is egter steeds depressief na afloop van program. Cuijpers (1998), na 'n deeglike meta-analise, sê dat die CWD wel suksesvol is vir depressiebehandeling.
2. Copingeffektiviteitsopleiding (CET) (Folkman, Chesney, McKusick, Ironson, Johnson & Coates, 1991).	Die program duur 8 weke lank. Hierdie program is egter op vigs pasiënte toegepas, maar het wel depressievlakke gemeet.	Insluitingskriteria vir die studie was homoseksuele mans, kennis van HIV, toon minder as twee simptome van HIV, afwesigheid van vigs-diagnose, nie die afgelope 3 jaar gehospitaliseer, tans nie onder psigiatrisiese sorg nie en matig depressief soos gemeet deur 'n CES-D telling van tussen 11 en 22.	Die kursus behels kort lesings, gedragsoefening in diades en groep as geheel, modellering deur groepleier asook huiswerkopdragte.	Die doel van die CET-program is: Die vermindering van stres deur die persoon se effektiwiteit om met omgewingstres te cope, te verbeter. Die uitbreiding van die persoon se repertoire van effektiewe copingstrategieë.	Folkman <i>et al.</i> (1991) dui aan dat na afloop van die program individue verbetering ten opsigte van copingstrategieë en depressie getoon het.

Skrywer(s) en naam van program	Duur van program	Seleksie-kriteria	Aanbiedings-wyse	Doel van program	Navorsing oor program
3. Kognitiewe groeps-terapeutiese program vir depressielyers (Free, Oei & Sanders, 1991).	12 weke lange program met weeklikse twee uur lange sessies.	Persone is ingesluit as hulle gediagnoseer is met major depressie, minor depressie of intermissie depressie. Uitsluitingskriteria is bipolêre versteuring, organiese kognitiewe disfunksies, substans-misbruik ernstige fisiese ongesteldheid of 'n persoonlikheids-versteurings	Psigo-opvoedkundige program met mini-lesings, inoefening van tegnieke, leesstukke en huiswerkopdragte.	Die doel van hierdie program is om: Die deelnemers te help om verantwoordelikheid te aanvaar vir hulle eie denke en dus ook om dit te verander. Deelnemers te laat besef dat hulle 'n keuse het ten opsigte van watter oortuigings hulle aanhang en watter nie.	Free <i>et al.</i> (1991) het gevind dat die program met 'n klinies beduidende verbetering by mense met major en minor depressie geassosieer word.
4. 'n Kognitiewe gedragsbenaderingsgroep vir depressielyers (Miranda, Schreckengost & Heine, 1992).	Die program is 'n twee uur lange sessie elke week vir 16 weke lank. Die laaste 4 weke van die program is 'n herhaling van die eerste 4 weke.	Insluitingskriteria is baie buigsaam waar persoon van 'n ligte tot ernstige mate van depressie kan ervaar. Persone met psigose, ernstige selfmoord-neigings, substans-misbruik en bipolêre versteurings word uitgesluit.	Die groep is psigo-opvoedkundig van aard en behels die verduideliking van sekere konsepte, die inoefening van vaardighede en huiswerkopdragte.	Die doel is om: Die huidige depressie episode te behandel sodat persoon nie langer klinies betekenis-volle depressie-simptome ervaar nie. Die persoon vaardighede aan te leer wat 'n toekomstige terugval sal verhoed.	Alhoewel die program volledig beskikbaar is, kon geen navorsings-resultate opgespoor word nie.

Skrywer(s) en naam van program	Duur van program	Seleksie-kriteria	Aanbiedings-wyse	Doel van program	Navorsing oor program
5. Gestruktureerde groep vir depressielyers (Rice, 1994).	Die program is aanvanklik ontwikkel as 'n 8 weke lange kursus en later uitgebrei tot 12 weke.	Insluitingskriteria is depressiewe persone wie se simptome ten opsigte van graad en duur kan wissel, maar persone wat psigose, skisofrenie, organiese benadeling en grenslynpersoonlikheidstrekke geopenbaar het, is uitgesluit.	Die groep is psigo-opvoedkundig van aard en behels kort lesings, groeps-oefeninge, groepsbesprekings en huiswerkopdragte.	Die doel is om: Simptome te verlig. Inligting aan groeps-lede te verstrek. Probleemareas wat moontlik tot depressie kan bydra, te identifiseer. Copingvaardighede om hierdie probleme te hanteer, te ontwikkel.	Alhoewel die program volledig beskikbaar is, kon geen navorsings-resultate opgespoor word nie.

Uit Tabel 2 kan die afleiding gemaak word dat die meeste programme wat op kognitiewe gedragbenaderingsbeginsels berus, ooreenkomste toon wat die duur, seleksiekriteria en aanbiedingswyse daarvan betref. Programme duur gemiddeld 8 tot 12 weke met weeklikse twee uur lange sessies wat psigo-opvoedkundig van aard is. Die sessies is dus gestruktureerd met kort lesings, die inoefening van konsepte en huiswerkopdragte. Daar is geen werklike reëls wat die insluitingskriteria betref nie, maar dit blyk dat bipolêre en persoonlikheidsversteurings asook substansmisbruik met programeffektiwiteit kan inmeng en dus as uitsluitingskriteria voorgestel word.

By die ontleding van bogenoemde programme (Tabel 2) is dit opvallend dat die voorkoms van copingprogramme baie lank is. Selfs Lewinsohn *et al.* (1984) se "Coping With Depression"-kursus is eintlik op kognitiewe gedragbenaderingsbeginsels geskoei. Om hierdie rede word 'n lewensvaardigheids- en copingprogram (Du Toit *et al.*, 1997), 'n werkboek vir die handhawing van gemoedstabiliteit (Copeland, 1994) en spesifieke copingstrategieë vir depressielyers (Kleinke, 1998) vervolgens saam met bogenoemde programme in Tabel 3 ontleed. Hierdie ontleding, aan die hand van spesifieke fokuspunte en elemente wat in die program onder die loep geneem word, is van belang, aangesien dit 'n aanduiding gee of daar wel nog leemtes in programaanbieding vir depressielyers bestaan.

Tabel 3 gee die onderskeie elemente van elke program weer. Daar is gepoog om ooreenstemmende areas van die onderskeie programme saam te groepeer sodat dit met die eerste oogopslag duidelik is watter areas by elke program gedek word. Vir die doel van hierdie studie word die afsonderlike tegnieke nie indringend bespreek nie - slegs die breë fokusareas word aangedui.

Tabel 3: Spesifieke fokuspunte en elemente wat in onderskeie programme onder die loop geneem word

Programme met kognitiewe gedragbenaderingsbeginsels				Programme met copingbeginsels			
Lewinsohn et al. (1984)	Free et al. (1991)	Miranda et al. (1992)	Rice (1994)	Folkman et al. (1991)	Copeland (1994)	Du Toit et al. (1997)	Kleinke (1998)
Agtergrond oor wat depressie is		Definiëring, simptome en oorsake van depressie	Simptome en oorsake van depressie		Evaluering van simptome en oorsake van eie depressie		Uiteensetting van simptome van depressie
Tegniese van kognitiewe herstrukturering (Ellis en Beck)	Kognitiewe herstrukturering (outomatiese en irrasionele gedagtes)	Tegniese van kognitiewe herstrukturering (Ellis en Beck)	Tegniese van kognitiewe herstrukturering (Ellis en Beck)			Verandering van negatiewe selfpraak na positiewe selfpraak	Die stopsit van negatiewe en vermeerdering van positiewe gedagtes
Ontspanningstegniese (Jacobson)			Ontspanningstegniese (Jacobson)				
Fokus op aktiwiteite wat plesier verskaf		Tegniese wat fokus op aktiwiteite wat plesier verskaf	Gedragstegniese met fokus op aktiwiteite wat plesier verskaf		Aktiwiteite wat plesier verskaf		Herskedulering van aktiwiteite
Sosiale vaardighede		Sosiale en kommunikasie- vaardighede	Sosiale en kommunikasie- vaardighede			Kommunikasie- en assertiwiteits- vaardighede	Sosiale en assertiwiteits- vaardighede en onderhandeling
		Sosiale ondersteuning	Sosiale kontakte en ondersteuning	Sosiale ondersteunings- opleiding	Fokus op sosiale ondersteuning	Uitbou van sosiale ondersteuning	Sosiale ondersteuning
				Opleiding in copingstrategieë		Konstruktiewe en destruktiewe copingstrategieë	Aanleer van effektiewe copingstrategieë
				Opleiding in taksering van situasie			Opleiding in taksering van situasie
			Hanteer woede				
			Invloede van verhoudinge uit verlede		Onvoltooide sake uit die verlede		
					Veilige neem van medikasie		
					Gesonde lewenstyl	Gesonde lewenstyl	
						Selfsteem	
						Probleemoplossings- vaardighede	Probleemoplossings- vaardighede

Uit Tabel 3 blyk dit dat die kognitiewe gedragbenaderingsprogramme heelwat met mekaar gemeen het. Oor die algemeen word depressie eers gedefinieer en die simptome en oorsake daarvan bespreek. Daarna volg 'n kort lesing sowel as vaardigheidsopleiding in kognitiewe herstrukturering. 'n Verdere fokuspunt is tegnieke om aktiwiteite waaruit die persoon plesier put, uit te bou en die aanleer van sosiale en kommunikasievaardighede. Aspekte wat nie so algemeen in die kognitiewe gedragbenaderingsprogramme voorkom nie, is ontspanningstegnieke, die hantering van woede, 'n persoon se sosiale ondersteuningsnetwerk en die fokus op verhoudings uit die verlede wat moontlik steeds 'n invloed op die persoon het.

Die enigste werklike program wat op copingbeginsels berus, naamlik die CET-program (Folkman *et al.*, 1991), fokus slegs op drie beginsels, naamlik opleiding in taksering van situasies, sosiale ondersteuning en copingstrategieë. Copeland (1994), Du Toit *et al.* (1997) en Kleinke (1998) se fokusareas is egter meer uitgebreid. Hulle fokus onder andere ook op probleemoplossing, die verbetering van 'n persoon se selfesteem, 'n gesonde lewenstyl, die neem van medikasie, taksering van 'n situasie, konstruktiewe en effektiewe copingstrategieë, die uitbou van sosiale ondersteuning, onvoltooide sake uit die verlede, kommunikasie- en assertiwiteitsvaardighede en die herskedulering van aktiwiteite. Alhoewel hulle nie die klem op kognitiewe herstrukturering plaas nie, erken hulle die belangrike rol wat gedagtes en selfspraak speel.

Uit hierdie ontleding blyk dit dat die belangrikste elemente vir 'n kognitiewe gedragprogram vir depressie lyers kognitiewe herstrukturering, ontspanningstegnieke, aktiwiteite wat plesier verskaf, sosiale en kommunikasievaardighede en die fokus op sosiale ondersteuning sou wees. Die belangrikheid van die verband tussen coping-meganismes en depressie word dus nie aangeraak nie. As egter in ag geneem word dat navorsing (sien 3.1.6) duidelik uitwys dat copingstrategieë effektief gebruik kan word om depressiesimptome te verlig en dat sulke strategieë maklik is om aan te leer (Folkman *et al.*, 1991), maak dit sin om 'n program wyer as die tradisionele kognitiewe gedragbenadering saam te stel. Elemente wat dan ook in 'n program ingesluit kan word, behels veral die korrekte taksering van 'n situasie en die identifisering en aanleer van konstruktiewe en effektiewe copingstrategieë. Opleiding in sosiale ondersteuning, wat gewoonlik ook in copingprogramme vervat word, oorvleuel met

kognitiewe gedragbenaderingsprogramme en word ook ingesluit.

Al hierdie elemente is in ag geneem en 'n program is dus saamgestel om die leemte in die programme vir depressielyers wat op kognitiewe gedragbenaderings- en copingbeginsels berus, te vul. Aspekte wat nie indringend in die gekombineerde program bespreek is nie, maar wel kortliks aangeraak is, is die veilige neem van medikasie, die handhawing van 'n gesonde lewenstyl en probleemoplossingsvaardighede. Elemente wat in Tabel 3 uiteengesit is en egter buite die raamwerk van hierdie navorsing val, is die hantering van woede en die bespreking van onafgehandelde sake uit die persoon se verlede.

Vervolgens word die program wat vir die doel van hierdie studie saamgestel is, aan die hand van 'n bespreking van die duur, seleksiekriteria, aanbiedingswyse en doel van die program uiteengesit. Laastens volg 'n grondige bespreking van die inhoud van die program.

4.3 DIE SAAMGESTELDE KOGNITIEWE GEDRAGSBENADERING EN COPING-PROGRAM VIR DEPRESSIELYERS

Vervolgens word die program wat spesiaal vir hierdie navorsingsprojek saamgestel is, in groter detail uiteengesit.

4.3.1 DIE DUUR VAN DIE SAAMGESTELDE PROGRAM

Die program bestaan uit weeklikse twee-uur sessies wat vir 9 opeenvolgende weke op dieselfde tyd aangebied word.

4.3.2 DIE GROEPSAMESTELLING EN SELEKSIE- KRITERIA VIR DIE SAAMGESTELDE PROGRAM

Vir die doel van die program was die groepe geslote, wat behels dat daar nie nuwe lede na groepsaanvang aanvaar is nie. Elke groep het uit 10 persone bestaan. Vir die doel van die navorsing is van 'n beskikbaarheidsteekproef gebruik gemaak sonder enige definitiewe uitsluitingskriteria. Persone is egter slegs ingesluit indien hulle bo die afsnypunt van 5 op die Verkorte Beck Depressieskaal gemeet het en dus 'n ligte, matige of ernstige graad van depressie ervaar het. Die program sou egter ook van nut kon wees vir persone wat in remissie is.

4.3.3 AANBIEDINGSWYSE VAN DIE SAAMGESTELDE PROGRAM

Die program is psigo-opvoedkundig van aard en tydens elke sessie word teoretiese inligting aan groepslede verskaf wat gewoonlik met besprekings oor relevante konsepte gepaard gaan. Belangrike vaardighede word in groepsverband, diades en triades ingeoefen terwyl die groepsleier 'n fasiliterende rol inneem. Huiswerkopdragte speel ook 'n belangrike rol om kontinuïteit tussen sessies te bewerkstellig. Namate die program vorder, word groepslede van gepaste uitdeelstukke met teoretiese inligting en huiswerkoefeninge voorsien. Hulle word aangemoedig om dit in lêervorm bymekaar te hou en weekliks na die sessies saam te bring.

4.3.4 DOEL VAN DIE SAAMGESTELDE PROGRAM

Hierdie studie poog om die huidige leemte wat in die literatuur bestaan met betrekking tot 'n program wat op die terapeutiese beginsels van die kognitiewe gedragsbenadering sowel as coping berus, te vul. Breedweg gesien is die doel van die program om depressiesimptome te verlig en vaardighede aan te leer om sodoende terugval te verhoed. Dit word bereik deur die frekwensie van irrasionele gedagtes te verminder, 'n persoon se copingrepertoire te vergroot en in die proses die gebruik van konstruktiewe copingresponse te vermeerder en laastens om 'n

sosiale ondersteuningsnetwerk uit te bou en interpersoonlike vaardighede op te skerp.

4.3.5 DIE INHOUD VAN DIE KOGNITIEWE GEDRAGSBENADERINGS- EN COPINGPROGRAM VIR DEPRESSIELYERS

In die samestelling van die huidige program is verskillende komponente vanuit die kognitiewe gedragbenadering en copingliteratuur geïntegreer. Daar is veral gebruik gemaak van die werke van Du Toit *et al.* (1997), Folkman *et al.* (1991), Kleinke (1998), Lazarus en Folkman (1984), Miranda *et al.* (1992), Moos (1993) en Rice (1994). Die inhoud van die program word vervolgens bespreek deur elke sessie uiteen te sit volgens die doelstelling daarvan en spesifieke konsepte, aktiwiteite, vaardighede, huiswerkopdragte en rasionaal van elk weer te gee. Die konsepbespreking in elke sessie dien as 'n riglyn aangaande die teoretiese aspekte wat die groepleier moontlik kan dek. Uitdeelstukke waarna in die program verwys is en nie in die program self vervat is nie, kom in die onderskeie bylaes, soos aangedui, voor. Alhoewel die bylaes almal in Afrikaans weergegee word, is uitdeelstukke ook in Engels vertaal en so aan Engelstalige groepslede uitgedeel.

SESSIE 1 (Tydsduur: 120 minute) _____

DOELSTELLING

Die doelstelling van die aanvangssessie is om in 'n gestruktureerde omgewing, ter bevordering van groei, groepslede ^{persoon} ten opsigte van die program te oriënteer en om bewuswording van wat depressie behels, te fasiliteer.

1. Bekendstelling (30 minute)

Elke groepslid ontvang 'n indekskaart en potlood. Groepslede word gevra om hul noemnaam in die middel van die kaart neer te skryf en daarna so bondig moontlik (verkieklik een woord of frase), die volgende vrae in die vier hoeke van die kaart te beantwoord:

1. Wie is jy as persoon?
2. Wie is jy wanneer jy depressief is?
3. Wie is jy wanneer jy nie depressief is nie?
4. Wat is jou verwagting van deelname in die groep?

Groepslede word ongeveer vyf minute gegun om die inligting neer te skryf waarna hulle gevra word om die inligting met mekaar te deel. Die groepsleier wys deurentyd op gemeenskaplike temas van lede (Rice, 1994).

Rasionaal:

Met die oefening word groepkohesie op 'n konkrete wyse bevorder deurdat aktiwiteite ondersteuning en wedersydse begrip deur middel van kennismaking en gedeelde ervarings fasiliteer. Individuele doelwitte en behoeftes word geïdentifiseer.

2. Groepreëls en Kontraktering (15 minute)

Elke groep is daarvoor verantwoordelik om sy eie norme en reëls saam te stel. Die groepsleier kan egter die volgende reëls wat groeps groei bevorder, byvoeg indien dit nie in die loop van die bespreking ter sprake kom nie:

- Die inhoud van elke sessie moet deur die leier, sowel as elke groepslid as vertroulik hanteer word.
- Niemand mag gedwing word om iets openbaar te maak waarvoor hulle nie kans sien nie en/of nie openbaar wil maak nie.
- Geen kritiek mag gelewer word op enige iets wat 'n groepslid openbaar maak nie.
- Elke groepslid aanvaar vir homself verantwoordelikheid vir deelname aan die program.

Die terapeut deel verder aan elke groepslid 'n afskrif van die kontrak (vergelyk Bylae 1) uit. Die elemente wat in die kontrak vervat is, word verduidelik. Die lede onderteken vrywillig die skriftelike ooreenkoms wat op hulle van toepassing is, terwyl die groepsleier die gedeelte wat sy verbintenis met die groep vervat, terselfdertyd onderteken (Henning, 1986).

Rasionaal:

Deur 'n skriftelike ooreenkoms te teken word op 'n simboliese wyse emosionele verbintenis tot die program gevestig. Groepslede moet vooraf bewus wees van wat van hulle verwag word en waarvoor hulle hul inlaat. Vrywillige deelname is verder nodig en dit is wenslik dat daar vooraf oor reëls rakende gedrag in groepsessies ooreengekom word (Corey, 1995).

3. Oriëntasie ten opsigte van program (10 minute)

Die groepslede word kortliks georiënteer ten opsigte van die doel en aard van die program. Wedersydse leerervaringe word beklemtoon met betrekking tot die aanleer en aktivering van bykomende meganismes om depressiesimptome te hanteer. Die hoofemas van die program word kortliks genoem en 'n vooruitskouing van die program word gegee.

Konsepverduideliking: Doel en hoofemas van program

Die doel van die program is om groepslede te leer dat hulle beheer het oor hulle gemoedstoestand en deur 'n verskeidenheid tegnieke verligting van simptome kan ervaar. Om dit te bewerkstellig word sessies ingedeel volgens spesifieke temas. Die eerste deel het ten doel om inligting te verstrek oor die simptome en onderliggende faktore daarvan. Daarna word aandag geskenk aan denkpatrone en meer spesifiek aan foute in denkpatrone, oftewel disfunksionele gedagtes, en aan tegnieke (soos byvoorbeeld die ABC-metode) om gemoedstoestand te verbeter. Die derde deel van die program behels copingmeganismes met die klem op konstruktiewe coping en eienskappe van suksesvolle copers. Ten laaste fokus die program op die groepslede se sosiale ondersteuningsnetwerk, die effektiwiteit daarvan en die invloed van goeie kommunikasie op interpersoonlike verhoudings.

Rasionaal:

Deur die doel van die program aan groepslede te kommunikeer verkry hulle mede-eienaarskap van die proses. Hulle word op hulle gemak gestel deurdat hulle weet wat hulle kan verwag, asook wat hulle eie bydrae tot sukses behoort te wees. Hulle het ook die geleentheid om te bepaal of hulle eie doelwitte en behoeftes realisties is in die lig van dit wat die program bied.

4. Bespreking: Wat is depressie?

(25 minute)

Die groepsleier fasiliteer 'n bespreking onder groepslede wat die volgende aspekte dek:

- Wat is depressie? Verwys na simptome wat ondervind word.
- Onderliggende faktore van depressie en waarom bewustheid van simptome nodig is (Kleinke, 1998; Medina, 1998; Miranda *et al.*, 1992; Rice, 1994).

Gedurende die groepsbespreking word lede ook die geleentheid gegun om hulle eie belewing rondom die simptomatologie van depressie te deel.

Konsepsbespreking: Simptome van depressie (Vergelyk met 2.2, 2.3 en 2.4)

- Voel byna elke dag depressief of bedruk.
- Verlies aan energie en voel die healtyd moeg. Voel vertraging in tempo en hoe vinnig jy beweeg.
- Gevoel van leegheid en volgehoue bedrukte, angstige gevoelens.
- Verlies aan belangstelling in dinge en aktiwiteite waaruit voorheen plesier geput is.
- Versteuring in slaappatrone (insomnia, verslaap, word vroeg in die môre wakker).
- Veranderinge in aptyt en gewig (kan vermeerder of verminder).
- Herhalende gedagtes aan dood, selfbesering of selfmoord wat soms gepaard gaan met selfmoordpogings.
- Pessimistiese, hopelose gevoelens, asook skuldgevoelens en gevoelens van waardeloosheid, selfkritiek en selfbejammering.
- Verlies aan konsentrasie, onvermoë om besluite te neem en verantwoordelikheid te aanvaar en vind dit moeilik om te dink.
- Fisiese simptome van ongemak of pyn wat nie deur 'n fisiese siektetoestand veroorsaak word nie (hoofpyn en maagpyn).

Indien die tema van selfmoord in die simptoombespreking opduik, is dit nodig dat die terapeut sonder versuim aandag daaraan skenk en vir groepslede kontaknommers gee van nood-hulpbrondienste (Miranda *et al.*, 1992). Daar word ook uitgeklaar watter proses gevolg behoort te word indien 'n groepslid ten tye van die program 'n krisis ervaar. Daar word aanbeveel dat die persoon individuele probleme, indien nodig, tydens 'n afsonderlike geleentheid met die groepsleier bespreek.

Konsepsbespreking: Onderliggende faktore van depressie

- Fisiese en chemiese oorsake (vergelyk ook 2.5.1)
 - ◆ Chemiese wanbalans.
 - ◆ Endokriene versteurings.
 - ◆ Medikasie (die veilige neem van medikasie word kortliks aangeraak).
- Onopgeloste konflikte en aangeleenthede (vergelyk ook 2.5.4.1)
 - ◆ Onopgeloste woede en seerkry.
 - ◆ Onopgeloste rou en verlies.
 - ◆ Onopgeloste identiteitskonflikte.
- Omgewingsfaktore
 - ◆ Werksverwante stres.
 - ◆ Ekonomiese en finansiële stres.
 - ◆ Alkohol- of dwelmmisbruik.
- Onrealistiese afhanklikheid van ander (vergelyk ook 2.5.4.2)
 - ◆ Die persoon het die neiging om sy selfsteem te verbind aan ander se goedkeuring
- Verlies van 'n sosiale ondersteuningsstelsel (vergelyk ook 2.5.4.4)
 - ◆ Persone wat vatbaar is vir depressie, neig om meer te onttrek. Hulle maak nie van sosiale vaardighede gebruik

om ondersteunende verhoudings in stand te hou nie.

- Stres in nabye verhoudings (vergelyk ook 2.5.4.2)
 - ◆ Depressie het dikwels wortels in disharmonie van nabye vriendskappe.
- Depressiewe selffokusstyl (vergelyk ook 2.5.4.5)
 - ◆ Depressiewe mense is gepreokkupeerd met die negatiewe. Hulle bestee soveel tyd aan peins oor die slegte dinge in hulle lewens, dat hulle nooit copingstrategieë implementeer nie.

Rasionaal:

Groepkohesie word dikwels bevorder wanneer groepslede daarvan bewus is dat hulle oor gedeelde ervaringe beskik (Miranda *et al.*, 1992). Beter begrip van onderliggende faktore van depressie help lede om bewus te word van fokusareas vir strategieë (Kleinke, 1998). Die eerste stap vir die effektiewe hantering van depressie is dus die definiëring van depressie en die bewuswording van onderliggende simptome en faktore asook die rol daarvan in die persoon se eie lewe.

5. Bespreking: Wat is kognitiewe gedragsterapie? (15 minute)

Die basiese onderbou van kognitiewe gedragsterapie word aan die groepslede verduidelik met spesifieke verwysing na die rol wat gedagtes speel. Tydens die bespreking word groepslede gevra waaraan hulle gedink het toe die doel van die program vroeër bespreek is. Hieruit kan voorbeelde soos “net nog iets wat nie gaan werk nie” beklemtoon word om die begrip van die rol van gedagtes op te helder. Die belangrikheid van hierdie kennis in die stryd teen depressie word beklemtoon.

Konsepsbespreking: Kognitiewe gedragsterapie (Vergelyk 2.5.4.5)

Kognitiewe gedragsterapie is insig-gefokusde terapie wat herkenning en verandering van negatiewe gedagtes en wanaangepaste oortuigings, bekend as die skema, beklemtoon. Dit is gebaseer op Beck se teoretiese rasionaal dat mense se optrede en gevoelens deur hulle waarneming en strukturering van 'n spesifieke ervaring bepaal word (Corey, 1996). Om 'n emosionele episode, soos tydens 'n depressiewe

episode dus te verstaan, is dit belangrik om op die kognitiewe inhoud van die persoon se reaksie op 'n onstellende stimulus te fokus (DeRubeis & Beck, 1988).

Konsepsbespreking: Belangrikheid van gedagtes

Gedagtes kan gedefinieer word as dit wat 'n persoon vir homself vertel. Gedagtes herhaal gewoonlik dit wat 'n persoon vanuit sy omgewing waarneem en word beïnvloed deur onder andere hoe die persoon grootgemaak is, sy kultuur asook 'n eie unieke wyse van optrede. Gedagtes is byna soos iemand wat die heeltid in jou oor fluister en jou vertel hoe om te reageer. Hierdie gedagtes beïnvloed egter ook jou liggaam, aksies en gemoedstoestand (Miranda *et al.*, 1992). Dit is dus belangrik om daarvan bewus te wees dat 'n sekere manier van dink jou gemoedstoestand negatief beïnvloed en depressie in stand kan hou.

Rasionaal:

Deur bewus te wees van die rol wat gedagtes en aksies in die beïnvloeding van gevoelens speel, kan 'n persoon leer om meer beheer te verkry oor sy gemoedstoestand (Miranda *et al.*, 1992).

6. Bewuswording van gemoedstoestand (15 minute)

Vra elke persoon om bewus te word van sy of haar huidige gemoedstoestand. Maak gebruik van 'n skaal van nul tot nege waar nul baie negatiewe gevoelens en depressie verteenwoordig en nege op baie positiewe gevoelens dui. Vyf verteenwoordig 'n gemoedstoestand sonder depressiesimptome.

Rasionaal:

'n Belangrike deel van terapie in die behandeling van depressie behels die monitor van gemoedstoestand en gevoelens. Bewustheid ten opsigte van wat 'n persoon laat beter voel en wat sy gemoedstoestand vererger, help 'n persoon om te beseef dat daar variasies in gemoedstoestande is en dat hy nie die heeltid sleg of bedruk voel nie (Miranda *et al.*, 1992).

7. Huiswerkopdrag (10 minute)

Groepslede word gevra om 'n daaglikse gemoedsgrafiek te teken. Die grafiek word drie keer per dag, naamlik as hulle in die oggend opstaan, met middagete en voor

slaaptyd op datum gebring. 'n Voorbeeld van so 'n grafiek (Bylae 2) word aan hulle uitgedeel, maar elke groepslid kan ook sy eie kreatiwiteit in die skep van die grafiek gebruik. Basiese riglyne kan egter weergegee word om te verseker dat elke persoon verstaan wat die opdrag behels. 'n Evalueringsvorm (Bylae 3) word aan die einde van die sessie uitgedeel, waardeur elke persoon die geleentheid kry om die sessie aan die hand van bepaalde kriteria te evalueer. Alhoewel nie verder melding daarvan gemaak word nie, word die vorm ook verder aan die einde van elke sessie uitgedeel.

Rasionaal:

Huiswerk is 'n essensiële deel van die program. Deur middel van huiswerkopdragte kan groepslede tegnieke en meganismes wat hulle aanleer prakties in hulle daaglikse omstandighede toepas (Miranda *et al.*, 1992). Deur die gemoedsgrafiek te teken raak groepslede bewus van hulle gemoedstoestand asook van faktore wat hulle gevoelens deur die loop van die dag beïnvloed. Deur die sessie te evalueer kry die persoon die geleentheid om sy eie, ander groepslede en die groepsleier se bydraes te oordink. Die evaluasie lewer ook 'n bydrae om die program se sukses te evalueer.

SESSIE 2 (Tydsduur: 120 minute) _____

DOELSTELLING

Hierdie sessie fokus op die denke van die depressielyer. Eerstens word die verskil tussen depressiewe denke en nie-depressiewe denke uitgewys, waarna die identifisering van negatiewe kognitiewe patrone en algemeen gebruikte disfunksionele gedagtes bespreek word.

1. Groepaanvang en bespreking van huiswerkopdragte (15 minute)

Groepslede word gevra om hulle daaglikse gemoedsgrafieke in pare met mekaar te bespreek. In die groepie deel hulle ook met mekaar hoe dit voel om daaglik die grafiek in te vul en of hulle iets opgemerk het wat vir hulle nuwe inligting is. Daarna word 'n vrywilliger se grafiek in die groep bespreek. Die grafieke se inligting word ook kortliks gebruik in 'n poging om aktiwiteite te herskeduleer sodat die persoon meer in beheer voel en ook meer plesier daaruit put.

Rasionaal:

Deur middel van die oefening word groepslede daaraan herinner dat die huiswerk-opdragte 'n integrale deel van groei is. Deur die grafiek in groter detail te bespreek word 'n geleentheid gegun om meer spesifiek te fokus en die konsepte van disfunksionele gedagtes, aktiwiteite en interaksie met gemoedstoestand te verbind (Miranda *et al.*, 1992).

2. Depressiewe en nie-depressiewe denkwyses (30 minute)

Groepslede word bewus gemaak van die verskil tussen depressiewe en nie-depressiewe denkwyses (Miranda *et al.*, 1992; Peterson & Seligman, 1984). Groepslede word uitgenooi om vas te stel watter denkwyse hulle meer dikwels gebruik.

Konsepsbespreking: Depressiewe denkwyse (Kleinke, 1998; Miranda *et al.*, 1992)

- Die depressiewe denkwyse is gewoonlik *onbuigsaam* en sien 'n situasie as stabiel en *onveranderbaar*. Die persoon dink byvoorbeeld “Ek is altyd bang”. 'n Meer buigsame gedagte sou wees: “Ek is somtyds bang, maar daar is tye wanneer ek nie is nie.” So 'n gedagte sou die persoon waarskynlik gekeer het om depressief te word.
- Depressiewe denke is *veroordelend*. Die persoon dink byvoorbeeld “Ek is 'n verskriklike bangbroek”. Die nie-veroordelende denker sou eerder sê: “Ek is dalk meer bang as die meeste mense wat ek ken, maar dit sê nie noodwendig iets sleg van my nie.”
- Depressiewe denke word oorheers deur die *oormag* van hulle probleme. Hul probleme oorheers die res van hulle denke.
- Depressiewe denke is *destruktief* en breek die persoon in die geheel af. Voorbeelde is: “Ek het al te veel foute in my lewe gemaak” of “Ek slaag nie daarin om te oorleef nie”.
- Depressiewe denke is *onnodige* denke. Dit kom daarop neer dat

die persoon voortdurend bekommerd is, dikwels oor situasies waaraan hy niks kan verander nie, byvoorbeeld: “Hierdie land stuur op 'n ramp af.”

- Depressiewe denke *fokus* gewoonlik op die *negatiewe* eerder as op die positiewe. Negatiewe denke laat 'n mens net slegter voel, dis soos om te sê: “Ag, daar is niks aan te doen nie.”

Konsepsbespreking: Nie-depressiewe denke (Kleinke, 1998; Miranda *et al.*, 1992)

- Nie-depressiewe denke is *redelik* sowel as *buigsaam*. Die persoon sal byvoorbeeld dink: “Ek is soms, in sommige situasies, bang.” Dit is in teenstelling met die depressiewe denker se: “Ek is en sal altyd 'n bangbroek wees.”
- Vir nie-depressiewe denke is dit *belangrik wat jy doen*, nie wie jy is nie. Die persoon sal byvoorbeeld sê: “Ek het nou opgetree op 'n wyse wat nie vir my werk nie” terwyl die depressiewe wyse sê: “Ek is sleg.”
- Nie-depressiewe denke hoop op *verandering* en beskou terugslae as tydelik. Waar depressiewe denke nie kan glo dat enige iets kan help nie en alles hopeloos is, sê die nie-depressiewe denker: “Niks wat ek tot dusver probeer het, het gehelp nie, maar dit is iets nuuts en ek is seker dit sal beter gaan.”
- Nie-depressiewe denke word gekenmerk aan *balans* waar negatiewe en positiewe gedagtes in *perspektief* gesien word.
- Nie-depressiewe denke is *konstruktief* en bou die persoon op. Dit sê: “Ek kan leer om beheer oor my lewe te neem, om meer van dit wat ek wil hê, daaruit te kry.”
- Nie-depressiewe denke is *noodsaaklike* denke wat die persoon herinner aan dinge wat hy moet doen soos: “Ek moet my goedsgrafiek teken voor ek gaan slaap.”
- Nie-depressiewe denke is *positiewe* denke. Die persoon fokus

eerder daarop dat die koppie halfvol as halfleeg is, byvoorbeeld: “Dit gaan nou bietjie rof, maar ten minste doen ek iets daaromtrent.”

Rasionaal:

Groepslede word bewus gemaak van verskillende denkwyses sodat hulle hul eie onvanpaste, vasgehakte denkwysse kan identifiseer. Daarmee saam word hulle bewus gemaak van watter slagysters depressiewe denke moontlik vir hulle inhou (Miranda *et al.*, 1992).

3. Die identifisering van foute in denkpatrone (30 minute)

In die eerste sessie is groepslede bewus gemaak van die belangrikheid van hulle gedagtes. Vervolgens word die gedagtes wat veroorsaak dat hulle depressief voel, geïdentifiseer. Dit word gedoen deur te vra om “terug te werk” en aan geleenthede die afgelope week te dink toe hulle baie bedruk gevoel het en gedagtes wat oorheersend was te identifiseer. Hulle begin dus by die gevoel en werk terug na die gedagte (Miranda *et al.*, 1992). Gedurende die oefening sal groepslede bewus word van tipiese foute in denkpatrone, naamlik disfunksionele of irrasionele gedagtes. Indien groepslede probleme ondervind met die identifisering van disfunksionele gedagtes kan van die vertikale pylmetode gebruik gemaak word om by die diepere aannames en distorsies uit te kom (Thase, 1995).

Konsepsbespreking: Die vertikale pylmetode

Die groepslid word eerstens gevra om 'n situasie of situasies te identifiseer wat 'n emosionele reaksie meebring. Die fasiliteerder stel dan die volgende vrae:

- Waarom ontstel die situasie jou?
- Watter betekenis het dit vir jou? Of wat sê dit van jou?
- As dit waar is?
- Vra voorbeelde.

Die groepslid behoort in die beantwoording van die vrae die disfunksionele gedagte te kan identifiseer (Miranda *et al.*, 1992; Thase, 1995).

Rasionaal:

Indien depressielyers nie geleer word om hulle eie outomatiese negatiewe denkpatrone te identifiseer nie, bly hulle dikwels onbewus van gedagtes wat depressie veroorsaak en in stand hou (Sacco & Beck, 1995).

4. Algemene disfunksionele gedagtes (35 minute)

In die vorige oefening het groepslede hulle eie disfunksionele gedagtes geïdentifiseer. Elke persoon sou egter hoogstens twee of drie van die algemene distorsies wat voorkom, genoem het. Elke groepslid word dus voorsien van twee papiertjies waarop 'n kognitiewe distorsie, soos geïdentifiseer deur Burns (1980) en Freeman (1990), uiteengesit is. Telkens wanneer een distorsie deur 'n betrokke groepslid genoem word, kry die groep geleentheid om die spesifieke distorsie te bespreek en voorbeelde uit hulle eie ervaringe te soek.

Konsepsbespreking: Algemene kognitiewe distorsies (vergelyk 2.5.4.5.1)

- Alles-of-niks-denke
 - ◆ Dit is die neiging om persoonlike eienskappe in ekstreme, swart-of-wit-kategorieë te plaas. As optrede dan nie perfek is nie, takseer die persoon homself as 'n totale mislukking.
 - ◆ Voorbeeld: “Ek is óf 'n sukses óf 'n mislukking.”
- Oorveralgemening
 - ◆ 'n Enkele negatiewe gebeurtenis word as 'n oneindige patroon van mislukking beskou.
 - ◆ Voorbeeld: “Dit maak nie saak watter keuses ek maak nie, dit val in elk geval altyd plat.”
- Negatiewe filter
 - ◆ 'n Enkele negatiewe gebeurtenis word uitgekies en slegs daarop gekonsentreer sodat alle realiteit versteur en uitgeskakel word. Dit is soos 'n enkele inkdruuppel wat 'n hele glas water donker maak.

- ◆ Voorbeeld: Nadat sy gespot is deur 'n paar studente dink sy: “Dit is hoe die menslike ras is, onsensitief en wreed!”
- Diskwalifiseer die positiewe
 - ◆ Positiewe ervarings word verwerp asof hulle glad nie bestaan het nie. Hierdeur word negatiewe oortuigings behou selfs met teenstrydige ervarings.
 - ◆ Voorbeeld: “Die sukses wat ek behaal het was net 'n vloekskoot.”
- Gedagtes lees
 - ◆ 'n Negatiewe interpretasie word gemaak selfs al bestaan daar geen feite wat die gevolgtrekking ondersteun nie. Daar word afgelei dat iemand ongetwyfeld negatief oor jou voel en jy doen nie moeite om uit te vind of dit werklik die waarheid is nie.
 - ◆ Voorbeeld: “Ek weet net dat hy my gedrag afkeur.”
- Die fortuinvertellerfout
 - ◆ Daar word geantisipeer dat dinge verkeerd sal loop en die persoon voel oortuig dat die voorspelling alreeds op feite gebaseer is.
 - ◆ Voorbeeld: “Ek het besef dat ek vir altyd depressief sal wees. My lyding sal net voortduur en ek is daarvan oortuig dat nie hierdie of enige ander behandeling sal werk nie.”
- Oordrywing of katastrofering
 - ◆ Die persoon oordryf die belangrikheid of die gevolge van 'n situasie.
 - ◆ Voorbeeld: “As ek na die partytjie gaan, sal dit aaklige gevolge hê.”

➤ Geringskatting

- ♦ Die persoon geringskat die gevolge van 'n situasie op 'n onvanpaste wyse sodat dit as niksseggend voorkom.
- ♦ Voorbeeld: “Ag, die ou suksessie is eintlik niks nie.”

➤ Emosionele redenering

- ♦ Die persoon neem aan dat sy negatiewe emosies die werklikheid herhaal.
- ♦ Voorbeeld: “Ek voel dit, dus moet dit waar wees.”

➤ Moet-/Behoort te-stellings

- ♦ 'n Persoon probeer homself motiveer deur moets en moenies, byna asof hy eers met 'n sweep geslaan moet word voordat daar verwag kan word dat hy enige iets sal doen.
- ♦ Voorbeeld: “Ek moet elke keer vir my familie gaan kuier as hulle dit van my verwag.”

➤ Etikettering

- ♦ Dit is 'n ekstreme vorm van oorveralgemening waar die persoon in plaas van net sy foute te beskryf homself negatief etiketteer. Dit behels die beskrywing van 'n gebeurtenis met taal wat soms emosioneel belaa is.
- ♦ Voorbeeld: “Ek is 'n verloorder.”

➤ Personalisasie

- ♦ Die persoon sien homself as die oorsaak van 'n eksterne negatiewe gebeurtenis waarvoor hy/sy nie primêr verantwoordelik is nie.
- ♦ Voorbeeld: “Die baas is kwaad omdat my produktiwiteit laag is.”

- Denkfout van beheer
 - ◆ Die persoon is van mening dat hy te alle tye in beheer moet wees van elke terrein en situasie in sy lewe.
 - ◆ Voorbeeld: “As ek nie konstant totaal in beheer is nie, sal ek mal word.”
- Vergelyking
 - ◆ Die persoon vergelyk hom met mense uit sy omgewing en bevind dat hy die een is wat nie aan standarde voldoen nie.
 - ◆ Voorbeeld: “Ek is nie so bevoeg soos my medewerkers of toesighouers nie.”
- Perfeksionisme
 - ◆ Die persoon vrees foute of dat hy nie perfek is nie aangesien hy homself dan as 'n totale mislukking beskou, gepaard met gevoelens van waardeloosheid en ontoereikendheid.
 - ◆ Voorbeeld: “Ek moet alles perfek doen anders sal ek gekritiseer word en 'n mislukking wees.”
- Selektiewe abstrahering
 - ◆ Daar word op negatiewe gebeurtenisse of herinneringe gefokus ten koste van die identifisering van neutrale of positiewe inligting. Positiewe inligting word as irrelevant beskou.
 - ◆ Voorbeeld: “Die belangrikste punt is dat ek 'n mislukking daarvan gemaak het.”
- Eksternalisering van eiewaarde
 - ◆ Die persoon se eiewaarde lê gesetel in eksterne omstandighede of faktore.

- ♦ Voorbeeld: “Wie ek is, hang af van wat ander van my dink.”
- Denkfout van bekommernis
 - ♦ Die persoon is van mening dat as hy net genoeg oor 'n probleem bekommerd is, sal die probleem later vanself verdwyn.
 - ♦ Voorbeeld: “Mens kan nooit te veel besorgd wees nie.”
- Denkfout van regverdigheid
 - ♦ Die persoon voel dat hy altyd die reg het tot billikheid en regverdigheid, selfs al is dit in situasies waaroor hy nie beheer het nie.
 - ♦ Voorbeeld: “Mense moet regverdig wees.”
- Denkfout van verbintenis
 - ♦ Die persoon meen dat al sy probleme opgelos sal wees of dat dit noodsaaklik is vir voortbestaan om vaste verbintenisse met ander te hê.
 - ♦ Voorbeeld: “Ek kan nie sonder 'n man lewe nie.”

Rasionaal:

Groepslede se kennis en bewustheid van kognitiewe distorsies word uitgebrei deur by die grense van sy eie disfunksionele gedagtes verby te beweeg. Deur aan elke lid 'n papiertjie met 'n spesifieke distorsie daarop geskryf uit te deel, word die oefening meer werklik gemaak en kry elkeen ook 'n beurt om in die groep deel te neem wat groepkohesie verder bevorder. Deurdat groepslede genooi word om aan nog voorbeelde in hulle eie lewe te dink kry hulle geleentheid om situasies wat hulle in die eerste oefening dalk misgekyk het, op te diep en so verdere oefening te kry in die identifisering van disfunksionele gedagtes.

5. Huiswerkopdrag

(10 minute)

Groepslede word gevra om voort te gaan om hulle daaglikse gemoedsgrafiek te teken en dit steeds drie maal per dag by te werk. Groepslede word verder van 'n uitdeeltuk oor disfunksionele gedagtes (Burns, 1980:38-50) voorsien. Hulle word gevra om die meegaande vasvra (Bylae 4), wat uit meervoudige keuses vrae bestaan, te beantwoord en die antwoorde na die volgende sessie saam te bring.

Rasionaal:

Die gemoedsgrafiek is 'n voortsetting van die vorige week se huiswerk. Die klem val steeds op bewustheid van hulle gemoedstoestand en gedagtes wat dit negatief kan beïnvloed. Huiswerk word egter ook gegee as 'n essensiële deel van terapie wat voortbou op die materiaal wat in die sessie gedek is (Thase, 1995). Daarom word groepslede van 'n uitdeeltuk voorsien wat hulle bewustheid aangaande hulle eie disfunksionele gedagtes kan versterk. Die vasvra brei die persoon se begrip van die disfunksionele gedagtes uit (Burns 1980).

SESSIE 3 (Tydsduur: 120 minute)

DOELSTELLING

Die fokuspunt van die sessie is die uitbouing van gedagtes wat 'n positiewe invloed op 'n persoon se gemoed het en die vermindering van gedagtes wat 'n negatiewe beïnvloeding het. Die ABC-teorie van Ellis word bespreek met die doel om die identifisering en korrigerende van denkfoute verder op te helder.

1. Groepaanvang en bespreking van huiswerkopdrag

(20 minute)

Groepslede word gevra of hulle enige iets ongewoons of nuuts agtergekom het tydens die invul van hulle daaglikse gemoedsgrafiek. 'n Vrywilliger se grafiek word in die groot groep met almal gedeel met die klem op hoe denkfoute 'n persoon se gemoedstoestand beïnvloed. Daarna word oorgegaan tot die antwoorde van die informele vasvra (Bylae 5). Groepslede word gevra om hul antwoorde in triades met mekaar te deel. In die groot groep word groepslede gevra of hulle enige van hierdie kognitiewe distorsies by hulleself kon identifiseer.

Rasionaal:

Daar word kontinuïteit met die vorige sessies behou deur steeds op die belangrikheid van die bewustheid van 'n persoon se eie gemoedstoestand te fokus met spesifieke verwysing na denkfoute. Deur die informele vasvra in triades te bespreek kry elke groepslid die geleentheid om oefening te kry in die identifisering van irrasionele gedagtes in die algemeen asook om spesifiek hulle eie kognitiewe distorsies raak te sien.

2. Die ABC-metode (25 minute)

Groepslede leer om oor hulle probleme na te dink en hulle denkfoute reg te stel en sodoende hulle negatiewe gemoedstoestande te beheer. Dit word gedoen deur hulle die ABC-metode van Ellis te leer. Groepslede gebruik hierdie metode om situasies, oortuigings en foute in hulle oortuigings, wat die onderbou van hulle depressie is, te identifiseer. Hulle word aangemoedig om verkeerde oortuigings aan te pak en dit te vervang met gedagtes wat 'n positiewe gemoedstoestand bevorder asook in stand hou (Miranda *et al.*, 1992).

Konsepsbespreking: Die ABC-metode (Vergelyk 2.5.4.5.1)

Die ABC-metode bestaan uit die volgende komponente:

- A - Voorafgaande gebeurtenis (antecedent event)
- B - Oortuiging (belief)
- C - Emosionele en gedragsgevolge (emotional and behavioral consequence)
- D - Intervensie (disputing intervention)
- E - Effek (effect)
- F - Nuwe gevoel (new feeling)

Die teorie behels dat **A** die bestaan van 'n spesifieke feit, gebeurtenis, gedrag of houding van 'n individu is. **C** is die emosionele en gedragsgevolge of reaksie van die individu. Hierdie reaksie kan of van pas vir of heeltemal uit voeling met die situasie wees. Dis belangrik om in ag te neem dat dit nie **A**, die voorafgaande gebeurtenis, is wat **C**, die emosionele gevolge, veroorsaak nie. **B**, die persoon se oortuiging oor **A**,

is grootliks verantwoordelik vir **C. D**, wat die beredenering en konkretisering van die gedagtes is bevraagteken **B. D** bestaan uit drie prosesse, naamlik: uitkenning, bevraagtekening en onderskeiding. Dit is eerstens belangrik dat groepslede irrasionele gedagtes uitken. Hierdie disfunksionele gedagtes word dan gedebatteer deurdat die persoon leer om dit logies en empiries te bevraagteken en homself te oorreed om dit nie te glo nie. Die derde stap is om te leer om te onderskei tussen irrasionele en rasonale gedagtes en oortuigings (Corey, 1996).

Rasionaal:

Dit is nie genoeg om net die ABC-model te verstaan nie. Die persoon moet dit ook kan deurtrek na waar gedagtes 'n invloed op eie emosies en gedrag het (Roos & Möller, 1989). Groepslede kry dus die geleentheid om ten eerste die teoretiese model te verstaan, wat ook 'n uitvloeisel is van vorige sessies, en om dit prakties toe te pas.

3. Vermeerdering van gedagtes wat gemoedstoestand verbeter

(35 minute)

Die volgende lys word aan groepslede voorgehou as moontlike wyses om gedagtes wat gemoedstoestand positief beïnvloed, te vermeerder (Miranda *et al.*, 1992). Groepslede word gevra of hulle al enige van die items op die proef gestel het en of dit vir hulle gewerk het. Hulle kan ook uit hulle eie ervaring voorbeelde byvoeg.

(a) Vermeerdering van die hoeveelheid positiewe gedagtes deur 'n lys te maak van al die “goeie” gedagtes wat jy oor jouself en die lewe het, en dit dan elke dag deur te lees. Maak veral gebruik van ondersteunende, positiewe bekragtighings (“affirmations”). Dit is nie net sogenaamd positiewe denke nie, maar gedagtes wat geloofwaardig is. Gebruik die volgende idees in die toepassing van die bevestigings (Bourne, 1992):

- ♦ Gebruik elke dag 'n paar minute om deur jou lys van bekragtighings te lees. Dit help om hulle te integreer.
- ♦ Plak bekragtighings op plekke waar jy hulle moet raaksien soos op jou spieël, yskas, agter die toilet se deur, op jou rekenaar ensovoorts.

- ♦ Skryf dit op 'n indekskaart en dra dit met jou saam vir tye wanneer jy vir iemand moet wag, in 'n tou by die bank staan ensovoorts.
 - ♦ Lees die bekragtigings en neem dit op 'n bandmasjien op met 'n verposing van 5 sekondes tussen elkeen. Luister op pad werk toe na die band, voor jy gaan slaap, terwyl jy bad ensovoorts.
 - ♦ Maak 'n klein houertjie en plaas al jou bekragtigings daarin. Trek elke oggend 'n nuwe kaartjie en herhaal die bekragtiging aan jouself deur die dag.
 - ♦ Skryf die bekragtiging 10 tot 15 keer elke dag vir ten minste twee weke lank, neer. Elke keer wanneer jy twyfel of jy die bekragtiging kan glo, kan jy jou twyfel op die agterkant van die bladsy neerskryf. Namate jy aanhou om die bekragtiging neer te skryf, asook om jouself die geleentheid te gun om jou twyfel uit te spreek, sal jy agterkom dat jy meer en meer in die bekragtiging begin glo.
- (b) Deur jouself 'n spreekwoordelike klop op die skouer te gee kan jy jouself help om beter te voel. Dit is belangrik dat jy bewus raak van wat jy werklik elke dag doen. Die meeste van die tyd kry ons nie van ander mense erkenning vir dit wat ons doen nie, dus is dit nodig dat jy jouself erkenning gee vir jou eie prestasies.
- (c) Gun jouself 'n blaaskans. Dis veral van toepassing as jy iemand is wat oor alles bekommerd is. Leer om vir jouself te sê: “Wag nou eers, stop alles”. Gee jouself 'n blaaskans en gebruik die oomblik om te ontspan.
- (d) Maak gebruik van 'n tydsprojeksie deur jou te verbeel jy beweeg vorentoe in tyd waar die situasie meer positief is. Dink oor hoe jy terugkyk uit jou toekoms en hoe jy dan sal voel oor die verlede.

Konsepsbespreking: Bekragtigings

Wanneer bekragtigings gebruik word as teenvoeter vir negatiewe en irrasionele gedagtes moet die volgende riglyne in gedagte gehou word (Bourne, 1992):

- Vermy negatiewe stellings. Die wyse waarop die gedagte vorm aanneem het alreeds 'n invloed op jou gevoel. Deur iets in die negatief te stel word 'n depressiewe of angstige oftewel negatiewe reaksie ontlok. Sê dus eerder vir jouself: “Dit is in die haak om foute te maak” as: “Ek is nie perfek nie”.
- 'n Bekragtiging behoort kort, eenvoudig en direk te wees. Byvoorbeeld eerder: “Ek glo aan myself” as: “Ek het 'n klomp goeie eienskappe waaraan ek glo”.
- Hou die stellings in die teenwoordige tyd. Die meeste negatiewe stellings word in die hier en nou gestel. Dit is dus nodig dat die teenaanval ook in die teenwoordige tyd gestel word. Sê dus: “Ek is vriendelik” in plaas van: “Ek sal eendag vriendelik wees”.
- Begin met 'n positiewe verandering wat jy in jou lewe wil teweeg bring. Die eerste stap om die verandering teweeg te bring, is om die bereidwilligheid tot verandering te toon.
- Probeer om die bekragtigings in die eerste persoon te hou. Selfs al skryf jy eers 'n sin of twee ter verduideliking, kan jy probeer om in die eerste persoon af te sluit.
- Dis belangrik dat jy daaraan kan glo. Moenie net iets neerskryf omdat dit positief klink nie, terwyl jy nie daaraan kan glo nie. Hou egter in gedagte dat jy aan die begin nooit 100% daaraan gaan glo nie. Die doel is dan juis om 'n verskuiwing ten opsigte van oortuiging of houding mee te bring.
- As jy dalk 'n lys bekragtigings het, kan jy besluit om slegs met een te begin vir 'n twee weke tydperk. Dis nie nodig om jou te oorweldig met tien bekragtigings nie.

Rasionaal:

Mense met 'n depressiewe denkwysie is gewoonlik eerder geneig om die negatiewe denkpatroon in stand te hou as om gedagtes wat 'n positiewe gemoedstoestand tot gevolg het, te genereer (Burns, 1990). Dit is dus nodig om groepslede bewus te

maak van wyses waarop positiewe gedagtes en bekragtigings in stand gehou kan word.

4. Vermindering van gedagtes wat gemoedstoestand laat versleg

(30 minute)

Die volgende lys word aan groepslede voorgehou as wyses waarop gedagtes wat hulle gemoedstoestand negatief beïnvloed, verminder kan word. (Miranda *et al.*, 1992). Groepslede word gevra om introspeksie te doen en so vas te stel watter metodes hulle veral gebruik. Hulle word uitgenooi om dit met die groep te deel asook om verdere idees te genereer.

- (a) Maak gebruik van 'n gedagte-stop. Wanneer jy agterkom dat 'n spesifieke gedagte verantwoordelik is vir 'n negatiewe of slegte gemoedstoestand probeer jy om die gedagte net daar en dan te keer. Besluit in jou enigheid dat jy nie daardie gedagte nou gaan toelaat nie en beweeg dadelik aan na 'n volgende gedagte. Wees ook bedag op situasies wat gewoonlik negatiewe selfspraak voorafgaan, byvoorbeeld (Bourne, 1992):
- ♦ Enige situasie of geleentheid waarin jy angstig, ongelukkig of depressief voel.
 - ♦ 'n Situasie waarin jy die een of ander fout gemaak het of nie aan jou eie verwagtinge voldoen het nie.
 - ♦ Omstandighede waarin dit voel dat jy gekritiseer word.
 - ♦ Omstandighede waarin jy vir ander of vir jouself kwaad is.
- (b) As jy iemand is wat jou maklik kan verknies en gedurig bekommerd of depressief is, kan jy vir jouself 'n “bekommerd tyd” opsy sit. Dit behels dat jy vir jou 15-30 minute elke dag eenkant sit wat jy net kan gebruik om bekommerd te wees. Die res van die dag hou jy dan egter oop sonder om te voel dat jy nou bekommerd moet wees. As jy vind dat iets jou deur die dag pla, skryf dit neer en neem dit saam na jou spesiale “bekommerd tyd”.
- (c) As jy 'n goeie sin vir humor het, kan jy soms jou probleme so oordryf dat dit dan half laf lyk en jy nie anders kan as om daarvoor te lag nie. As jy

byvoorbeeld daaroor bekommerd is of 'n persoon van jou hou of nie, kan jy jou verbeel dat die persoon glad nie van jou hou nie. Oordryf die situasie dan en verbeel jou die ander persoon dra 'n groot karton om sy nek waarop geskryf staan dat hy jou haat. Oordryf die verbeeldingsvlug totdat jy vir jouself kan lag oor hoe laf jy is.

- (d) Soms is dit eerder die vae vrese wat veroorsaak dat 'n mens meer depressief raak as die goeie deurdink van 'n probleem waartydens die ergste moontlike uitkoms in gedagte gehou word. Hou dan in gedagte dat die ergste moontlike uitkoms slegs een van verskeie moontlikhede is en dat, net omdat dit die ergste is, dit nie te sê is dat dít wel die uitkoms sal wees nie.
- (e) Leer om jou eie afrigter te word. Dit is soos om iemand anders te help wat iets moeiliks moet doen. Gee jouself instruksies en dink daaraan as 'n tyd waarin jy leer hoe om beter te voel.
- (f) Ontspan en lei jou aandag af van jou gedagtes. Versteur jou denkwyse deur diep abdominale asemteue te gee of deur byvoorbeeld van 200 in 13's agteruit te tel. Die idee is egter om stadiger te dink en te ontspan. Negatiewe selfspraak is gewoonlik so vinnig, outomaties en subtiel dat dit verby glip as jy gespanne is of voel dat jy nie die spoed van jou gedagtes kan vertraag nie (Bourne, 1992).
- (g) Daag jou negatiewe gedagtes uit met vrae wat geldigheid in twyfel trek (Bourne, 1992). Goeie vrae kan wees:
 - ♦ Watter bewyse bestaan wat die gedagte bevestig?
 - ♦ Is dit altyd die waarheid?
 - ♦ Was dit in die verlede waar?
 - ♦ Is dit die hele prentjie, neem ek alles in ag?
 - ♦ Is ek objektief?
 - ♦ Wat is die ergste wat kan gebeur? Is dit werklik so erg?

Rasionaal:

Gedagtes wat by 'n depressielyer 'n negatiewe gemoedstoestand veroorsaak, kom algemeen voor. Die persoon behoort dus nie net bewus te wees van sekere metodes nie, maar ook 'n geleentheid gegun word om die metodes in sy strategieplan te inkorporeer.

5. Huiswerkopdrag

(10 minute)

Groepslede ontvang 'n tabel (Bylae 6) waarin hulle in die loop van die week drie verskillende situasies kan ontleed ooreenkomstig die ABC-model. Hulle kry opdrag om geleenthede te benut wat óf onlangs plaasgevind het óf in die loop van die week gebeur het toe hulle negatiewe emosies ervaar het en hulle gedrag dalk aanvanklik ondoeltreffend was. Hulle skryf dan die gebeurtenis by A, hulle negatiewe emosies by C en probeer om hulle gedagtes tydens die situasie te ondersoek. Dit skryf hulle by B neer. Laastens skryf hulle 'n logiese beredenering neer wat die situasie vir hulle in perspektief sou plaas deur te fokus op funksionele gedagtes. Dit skryf hulle by D neer (Roos & Möller, 1989).

Rasionaal:

Deur middel van hierdie opdrag kry groepslede die geleentheid om die ABC-model verder in te oefen en deel te maak van hulle daaglikse bestaan asook hulle wapenrusting teen depressiewe gedagtes en gevoelens. Neimeyer en Feixas (1990) is dan ook van mening dat huiswerk met die doel om disfunksionele denkpatrone in funksionele response te verander, die hoeksteen van kognitiewe terapie is.

SESSIE 4 (Tydsduur: 120 minute) _____

DOELSTELLING

Hierdie sessie het eerstens ten doel om die teoretiese beginsels, naamlik die staak van negatiewe gedagtes, die identifisering van negatiewe selfspraak en die uitbreiding van positiewe gedagtes wat in vorige sessies behandel is, in te oefen. Tweedens fokus die sessie op die vestiging van positiewe selfspraak by 'n persoon in die vorm van 'n ontspanningstegniek.

1. Groepaanvang en bespreking van huiswerk (30 minute)

Groepslede kry die geleentheid om in diades een van hulle situasies uit die tabel (Bylae 6) met die groep te deel. Groeplid B word gevra om saam met groeplid A sy gedagtes (B) wat verantwoordelik was vir die gevoelens (C) te ondersoek en dan ook te help om nog funksionele gedagtes (D) te formuleer. Hierna moet hulle probeer om saam 'n bekragtiging te skryf waaraan groeplid A kan glo. Daarna ruil hulle rolle om, en groeplid A help nou groeplid B op dieselfde wyse. Indien daar nog verdere vrae bestaan, word dit in die groot groep bespreek.

Rasionaal:

Deur die sessie met bespreking van die huiswerk te begin, word die belangrikheid van die opdrag beklemtoon. Groepslede wat tegnieke in die vermindering van disfunksionele gedagtes bemeester, toon ná terapie groter verbetering ten opsigte van die hantering van hul depressiesimptome (Neimeyer & Feixas, 1990). Deur die ABC-model te hersien kry groepslede verdere praktiese oefening wat dus 'n verhoogde terapeutiese uitkoms voorspel. Medegroepslede se hulp word in situasies waar onsekerheid heers, gebruik om sodoende leer by elkeen te fasiliteer.

2. Inoefening van die staak van negatiewe gedagtes en uitbreiding van positiewe gedagtes (30 minute)

Elke groepslid kry 'n geleentheid om 'n negatiewe gedagte (Bylae 7) uit 'n hoed te trek. Die persoon vertel die groep watter metode (soos bespreek in sessie drie) hy sou gebruik om hierdie negatiewe gedagte stop te sit en verander die gedagte daarna in 'n positiewe gedagte of bekragtiging. So kry elke persoon in die groep die geleentheid, en as hy of sy vashaak, kan die res van die groep uithelp. Riglyne word in Bylae 8 aan die groepsleier gegee oor moontlike reponse op elke negatiewe gedagte.

Rasionaal:

In vorige sessies is meer klem gelê op die bespreking van tegnieke wat disfunksionele gedagtes herken, uitdaag en in bekragtigings verander. Dit is egter ook belangrik dat groepslede genoeg geleentheid kry om hierdie tegnieke in te oefen en teorie en praktyk te integreer.

3. Subpersoonlikhede

(40 minute)

Nie alle negatiewe selfspraak is dieselfde nie. Die mens is 'n baie komplekse wese en Bourne (1992) wys daarop dat hierdie kompleksiteit moontlik vervat kan wees in verskillende fasette wat subpersoonlikhede genoem word. Dit is verskillende dele wat met die persoon praat en soms negatiewe innerlike dialoog tot gevolg het. Die vier subpersoonlikhede wat volgens hom soms na vore kom, is die stryder (Sannie Stryder), die kritikus (Kallie Kritiek), die slagoffer (Sarel Slagoffer) en die perfeksionis (Pieter Perfeksionis). Groepslede word gevra om 'n bietjie na te dink oor die rol wat hierdie vier subpersoonlikhede in hulle denkwys, gevoelens en gedrag speel. Vrae wat gestel kan word om die bespreking te stimuleer is byvoorbeeld: Watter een is die sterkste by jou en watter een is die swakste? Wat sê elkeen kenmerkend vir jou? Hoe kan jy dalk begin om terug te praat? (Bourne, 1992). Groepslede kry ook die geleentheid om aan hul sterkste subpersoonlikheid te sê wat hulle van hom of haar waardeer, byvoorbeeld aan Pieter Perfeksionis dankie omdat hy my altyd help om werk van goeie gehalte te lewer.

Konsepsbespreking van Subpersoonlikhede (Bourne, 1992; Du Toit, 1997b)

Sannie Stryder

Sy veroorsaak dikwels angstigheid en:

- antisipeer die heel ergste;
- vrees die toekoms;
- skep beelde van moontlike mislukking of katastrofe.

Sannie Stryder is altyd waaksaam ten opsigte van enige kleinste moontlike teken van moeilikheid. Haar gunsteling uitdrukking is: "Maar wat as ..."

Teenmaatreëls of -gedagtes om haar hok te slaan:

"So what!"

"Ek kan dit hanteer."

"Ek kan angstig wees en dit nog steeds doen."

"Dit maak my dalk bietjie bang, maar ek kan dit hanteer omdat ek weet dit sal

oorgaan.”

“Ek sal met oefening hieraan gewoon raak.”

“Ek kan terugtrek indien nodig.”

Kallie Kritiek

Hy veroorsaak dikwels 'n lae selfesteem en:

- beoordeel en evalueer jou gedrag gedurig;
- wys alle foute en beperkinge uit;
- sien jou foute en mislukkinge raak, wys hulle aan jou uit ingeval jy hulle misgekyk het en herinner jou daaraan dat jy 'n mislukking is;
- vergelyk jou gewoonlik met ander.

Kallie Kritiek gebruik gewoonlik uitdrukkings soos: “Jy’s onnosel ...”, “Kan jy nooit iets reg doen nie?”, “Hoekom is ek altyd so?”, “Kyk hoe handig is _____”, “Jy kon beter gedoen het”, “Jy moet dit liever maar oor doen”.

Teenmaatreëls of -gedagtes om hom hok te slaan:

“Ek is reg net soos ek is.”

“Ek is bekwaam.”

“Ek is 'n unieke en kreatiewe persoon.”

“Ek verdien net soos enige iemand anders die goeie uit die lewe.”

“Ek aanvaar en glo aan myself.”

“Ek is ander se respek waardig.”

Sarel Slagoffer

Sarel veroorsaak dikwels depressie en:

- laat jou gewoonlik hulpeloos en hopeloos voel;
- laat jou glo dat daar definitief inherent iets met jou verkeerd is; jy is op die een of ander manier iets ontnem of is net nie waardig nie;

- hy sien gewoonlik 'n klomp hindernisse en struikelblokke tussen jou en die doel;
- hy hou daarvan om te kla en is nooit tevrede met die huidige situasie nie.

Sarel Slagoffer se gunsteling uitdrukkings is: “Ek kan nie”, “Dit gaan tog nie help nie”, “Ek sal dit nooit kan doen nie”, “Hoekom nog probeer?”, “Ek gee nie meer om nie”.

Teenmaatreëls of -gedagtes om hom hok te slaan:

“Ek hoef nie môre reeds heeltemal beter te wees nie.”

“Ek kan vooruitgang toon, treetjie vir treetjie.”

“Ek erken die vordering wat ek al getoon het en ek sal aanhou om te verbeter.”

“Ek is gewillig om te sien dat die glas halfvol is, eerder as halfleeg.”

Pieter Perfeksionis

Veroorsaak dikwels chroniese stres en uitbranding:

- hy maak self-kritiese opmerkings;
- hy is 'n slawedrywer wat net die beste soek;
- hy is onverdraagsaam ten opsigte van foute of terugslae;
- hy probeer jou oortuig dat jou eiwaarde van eksterne faktore soos geld, status, aanvaarding deur ander en prestasie afhanklik is;
- hy dryf jou tot stres en uitputting ten spyte van gevaartekens wat jou liggaam aan jou gee.

Pieter Perfeksionis se gunsteling uitdrukkings is: “Ek moet ...”, “As jy dit nie reg kan doen nie, moet dit dan eerder glad nie doen nie”, “Ek behoort...”.

Teenmaatreëls of -gedagtes om hom hok te slaan:

“Dis aanvaarbaar om foute te maak.”

“Die lewe is te kort om dit te ernstig op te neem.”

“Terugslae is deel van die proses en dit is 'n noodsaaklike leerervaring.”

“Ek hoef nie altyd ____ te wees nie.”

“My behoeftes en gevoelens is net so belangrik soos die van enige ander persoon.”

Rasionaal:

Dit is nog 'n metode dié om negatiewe selfspraak te identifiseer. Groepslede kry die geleentheid om op 'n speelse wyse teenmaatreëls in te oefen en dit so in hulle lewenswyse te integreer.

4. Ontspanningstegniek

(15 minute)

'n Ontspanningstegniek word gebruik om groepslede se nuwe, positiewe manier van dink te versterk en die persoon te motiveer om anders te dink (McKay & Fanning, 1992).

Konsepsbespreking: Ontspanningstegniek

Die stappe word kortliks weergegee en die volledige tegniek is beskikbaar in McKay en Fanning (1992:195-199):

- Berei die persoon voor op ontspanning, deur te verduidelik wat gaan gebeur en hom daarna uit te nooi om sy oë toe te maak en diep asem te haal.
- Sistematiese ontspanning van elke liggaamsdeel en spiergroep.
- Maak gebruik van 'n verbeeldingsvlug om die ontspanning te verdiep.
- Verdiep die bewussyn verder deur byvoorbeeld met trappe af te klim.
- Laat die persoon 'n veilige plek in sy verbeeldingsvlug ingaan waar hy kan ontspan. Maak gebruik van al die sinne om die beeld te versterk.
- Wanneer die persoon veilig en ontspanne voel, word negatiewe self-etikette uitgewis.
- Plaasvervangend van die negatiewe etiket sien die persoon sy bekragtigings en van sy sterkpunte.
- Vervolgens word sy kritiese subpersoonlikheid ontwapen.
- 'n Gevoel van selfontferming en eiewaarde word ontlok.

- Die persoon word gereed gemaak om terug te keer vanuit sy veilige plek.
- Na terugkeer word elkeen 'n geleentheid gegun om net bewus te word van wat rondom hom aangaan.

Rasionaal:

Sommige gedagtes is so outomaties dat dit nie deur die persoon bemerk word alvorens die negatiewe (of positiewe) emosionele reaksie plaasvind nie. Dit impliseer 'n voorbewuste denkwyse en wyse van inligtingprosessering wat nie aan analitiese reëls voldoen nie (Epstein, 1994). Om tot hierdie denkwyse deur te dring, vereis taalgebruik van suggestiewe aard, asook die gebruik van beelde (McKay & Fanning, 1992) soos in hierdie ontspanningsoefening vervat. Deur hierdie oefening word kognitiewe distorsies en negatiewe etikette dus op 'n dieper, onbewuste vlak aangeraak.

5. Huiswerkopdrag (10 minute)

Groepslede word gevra om gedurende die week die subpersoonlikheid wat hulle die meeste gebruik, te identifiseer. Hulle stel vas watter gunsteling uitdrukkings hulle in die proses gebruik en probeer dan om bekragtigings as teenmaatreëls te skryf.

Rasionaal:

Kontinuïteit van sessies word steeds behou en groepslede kry die geleentheid om 'n laaste belangrike inoefening te kry van die kerngedagte van kognitiewe herstrukturering, naamlik die verandering van negatiewe gedagtes, voordat die copinggedeelte van die program begin.

SESSIE 5 (Tydsduur: 120 minute) _____

DOELSTELLING

Die doelstelling van die sessie is om groepslede bekend te maak met die begrip coping, om tipes copingresponse, veral dan vermydings- en benaderingscopingresponse te onderskei en laastens te kyk na eienskappe van suksesvolle copers en coping.

1. Aanvang en bespreking van huiswerk

(20 minute)

Groepslede bespreek watter subpersoonlikheid hulle die meeste gebruik het en deel hulle bekragtigings met die groep. Indien hulle enige probleme ondervind het om 'n bekragtiging te maak, word die groep gevra om te help. Hulle deel ook wat die omstandighede was waarin die bekragtiging sy ontstaan het en watter tegniek hulle gebruik het om dit in hulle daaglikse bestaan te integreer.

Hierna word 'n indekskaart aan elke groepslid uitgedeel. Hulle word daaraan herinner dat die helfte van die program afgehandel is en gevra om terug te dink aan die eerste sessie waarin hulle hul verwagtinge van die groepe neergeskryf het. Hulle word gevra om aan die een kant van die kaart neer te skryf aan watter van hulle verwagtinge reeds voldoen is. Aan die ander kant van die kaartjie skryf hulle neer watter behoeftes nog nie vervul is nie en wat hulle hoop om nog steeds daaruit te kry. Daarna kry hulle die geleentheid om die inligting in diades te deel. Die groepsleier vra toestemming om al die kaartjies in te neem.

Rasionaal:

Groepslede leer by mekaar deur hulle bekragtigings met mekaar te deel. Dis veral die geval waar hulle dalk vasgehak het en die groep help om bekragtigings te bewoord. Deurdat hulle die wyse deel waarop hulle dit geïntegreer het, word kontinuïteit met die vorige sessie behou asook die inligting wat bespreek is, vasgemaak. Deurdat groepslede geleentheid kry om terug te dink aan hulle verwagtinge word hulle bewus gemaak van dit wat hulle alreeds geleer het, maar ook van die behoeftes wat nog nie vervul is nie. Hierdeur word 'n verdere implisiete samewerkingsooreenkoms verkry. Dit dien ook as motivering vir deelname en om die meeste te maak van die laaste helfte van die program.

2. Wat is coping?

(20 minute)

Groepslede word in die groot groep gevra wat by hulle opkom as hulle die woord coping hoor. In die bespreking word die definisie van coping (vergelyk 3.1.2) uitgelig. Hulle word ook gevra watter algemene en gunsteling copingstrategieë hulle in probleemsituasies gebruik (vergelyk 3.1.4). Die groepsleier kan ook uit die gegewe lys in Bylae 9 (Rooth, 1995) verdere strategieë noem wat mense gewoonlik in

stressituasies gebruik. Die groepleier kan ook die groep vra of hulle dink dat hierdie strategieë almal ewe effektief is, aangesien die meeste van Rooth (1995) se voorstelle vermydend van aard is.

Konsepsbespreking:

Coping is die poging wat mense aanwend om situasies wat as moontlik bedreigend ervaar kan word, te hanteer (Kleinke, 1998). Dit impliseer die volgende :

- Coping behels 'n mate van inspanning en beplanning en is nie net 'n refleksiewe of impulsiewe reaksie op die uitdaging nie.
- Dit impliseer nie noodwendig 'n positiewe uitkoms nie. Sommige coping-response werk goed in sekere situasies en ander minder goed.
- Coping is 'n proses wat oor 'n tydperk heen plaasvind en nie 'n enkele teenaksie nie.

Coping verwys ook na kognitiewe en gedragspogings om hierdie eise, wat getakseer word as groter as bestaande persoonlike hulpbronne, te hanteer (Folkman *et al.*, 1991). Dit behels onder meer die volgende:

- Coping is proses-georiënteerd. Dit verwys na wat 'n persoon in die situasie dink en doen en hoe die gedagtes en aksies verander namate 'n situasie ontvou.
- Dit verwys na 'n spesifieke konteks en die persoon se taksering van die eise van die spesifieke situasie.
- Dit verwys nie na die uitkoms nie. Coping handel dus oor pogings om 'n situasie te hanteer en nie oor die sukses van die pogings nie.

Coping kan dus gesien word as 'n stabiliserende faktor wat help om gedurende stresvolle periodes psigologiese aanpassing te behou (Holahan & Moos, 1991). Coping het egter ook 'n mediërende effek en beskermende funksie wat op een van die volgende maniere werk (Pearlin & Schooler, 1978):

- Deur omstandighede wat tot probleme kan lei, uit te skakel of te verander.
- Deur perseptuele kontrole oor die betekenis van die ervaring uit te oefen,

op so 'n wyse dat die problematiese aard daarvan gewysig word.

- Deur die emosionele gevolge van probleme binne perke te hou en te hanteer.

Samevattend verwys coping na perseptuele, kognitiewe of gedragsreponse waardeur gepoog word om situasies wat as pynlik/moeilik/bedreigend/oorskrydend van bronne getakseer word, die hoof te bied, te vermy, te oorleef, te kontroleer of om die interpretasie van die gebeure of hulle gevolge te beïnvloed (Wissing, 1996).

Rasionaal:

Groepslede kry die geleentheid om met 'n moontlik vreemde term kennis te maak. Deurdat elkeen sy eie gunsteling copingstrategie noem, vind wedersydse leer plaas en groepslede het 'n nuwe reeks strategieë om op die proef te stel (Rooth, 1995).

3. Tipes copingresponse (45 minute)

Waar in die vorige oefening na algemene copingstrategieë gekyk is, word coping nou volgens Moos (1993) se onderskeiding van agt verskillende tipes copingresponse uiteengesit. Groepslede word in diades ingedeel en aan elke groepie word 'n uitdeelsuk (Bylae 10) gegee met een of twee van die tipes uiteengesit. Hulle bespreek ongeveer vyf minute lank die inligting en probeer om ook nog aan bykomstige voorbeelde te dink. Daarna gee elke groepie terugvoer aan die groot groep en verduidelik die verskillende tipes copingresponse. In die bespreking word klem gelê op die verskil tussen benaderings- en vermydingscopingresponse en die invloed van elk op copingeffektiwiteit.

Konsepsbespreking: Moos (1993) se onderskeiding van agt verskillende tipes copingresponse (vergelyk 3.1.4.6)

Moos (1993) onderskei in breë terme tussen twee hooftipes coping, naamlik benaderingscoping en vermydingscoping. Die benaderingstrategieë word as meer aktief gesien (in die rigting van die bedreiging) en sluit kognitiewe pogings in om die manier van dink oor die probleem te verander, en gedragspogings om die gebeure op te los deur direk die probleem of nagevolge daarvan te hanteer. Daarenteen is die vermydingstrategieë meer passief (weg van die bedreiging) en sluit kognitiewe

pogings in om die bedreiging te vermy of te minimaliseer asook gedragspogings om die situasie te vermy, weg te kom daarvan of deur spanning te verlig deur uiting te gee aan emosies. Sien Bylae 8 vir die volledige indeling.

Konsepsbespreking: Verband tussen copingstrategieë en depressie (Vergelyk 3.1.6)

Mense wat van benaderingscoping gebruik maak, pas oor die algemeen beter by lewenstressors aan en ervaar minder psigologiese simptome. Benaderingscopingstrategieë soos probleemoplossing en die soek na inligting kan die invloed van negatiewe gebeurtenisse op psigologiese welsyn beperk (Billings & Moos, 1981b). 'n Groter proporsie probleemgefokusde coping in verhouding tot totale copingpogings word dan ook geassosieer met verlaagde depressie. Die aktiewe benaderingscopingstrategieë word dus verbind met vermindering van bestaande sowel as toekomstige psigologiese probleme (Zeidner & Saklofske, 1996). Aan die ander kant word vermydingstrategieë soos ontkenning en vermyding algemeen met verhoogde psigologiese stres en ander psigologiese probleme geassosieer (Zeidner & Saklofske, 1996).

Rasionaal:

Mense wat suksesvol cope, beskik gewoonlik oor 'n hele arsenaal copingstrategieë waartussen gewissel kan word na gelang van die eise gestel (Kleinke, 1998). Dit beteken dus dat iemand wat kennis dra van 'n groter verskeidenheid wyses van coping 'n beter kans staan om met stresvolle situasies te cope.

4. Wie is suksesvolle copers? (20 minute)

Groepslede bespreek die eienskappe van 'n persoon wat volgens hulle suksesvol met lewenseise kan cope. Die belangrikheid van buigsaamheid met betrekking tot die vorige bespreekte copingstrategieë word uitgewys. Tydens die bespreking word die onderskeid ook tussen suksesvolle en onsuksesvolle copers gemaak.

Konsepsbespreking: Effektiwiteit van coping (Vergelyk 3.1.5)

Suksesvolle copers beskik oor 'n wye verskeidenheid strategieë en is buigsaam in hulle gebruik van copingstrategieë in 'n spesifieke situasie (Kleinke, 1998). Die volgende drie basiese kenmerke kan uitgelig word (Antonovsky, 1979; Kleinke, 1998):

- *Buigsaamheid:* Dit is vir hulle moontlik om alternatiewe planne te maak en te oorweeg.
- *Versiendheid:* Hulle antisipeer langtermyngevolge en die effektiwiteit van hulle copingstrategieë.
- *Rasionele denke:* Hulle taksering van die situasie is akkuraat.

Kleinke (1998) maak die volgende onderskeid tussen suksesvolle en onsuksesvolle of oneffektiewe copers:

- **Suksesvolle copers**
 - ◆ Reageer op lewensuitdagings en aanvaar verantwoordelikheid om oplossings vir hulle probleme te vind.
 - ◆ Benader probleme met 'n gevoel van bekwaamheid en vaardigheid.
 - ◆ Takseer die situasie.
 - ◆ Aanvaar raad en ondersteuning van ander.
 - ◆ Werk 'n plan in hulle beste belang uit.
 - ◆ Benut 'n situasie as 'n geleentheid vir persoonlike groei.
 - ◆ Benader uitdagings met hoop, geduld en 'n sin vir humor.
- **Onsuksesvolle copers**
 - ◆ Hulle reaksie op die situasie is vermyding en ontkenning.
 - ◆ Onttrek uit situasies of reageer impulsief sonder om die beste oplossing te soek.
 - ◆ Reageer met woede, aggressie of depressie en passiwiteit.
 - ◆ Blameer hulleself of ander vir hulle probleme.

- ♦ Hulle glo nie daaraan om die lewende uitdagings met 'n gevoel van hoop, bemeestering en persoonlike beheer aan te pak nie.

Rasionaal:

Soms gebruik mense teenproduktiewe copingstrategieë as gevolg van swak insig of gebrek aan oordeelsvermoë. Hulle word dikwels herken aan 'n rigiditeit en onvermoë om aan te pas (Kleinke, 1998). Mense is egter dikwels onbewus daarvan dat hulle in hierdie kategorie val. Dit is dus nodig dat die eienskappe van suksesvolle copers en effektiewe coping onder hulle aandag gebring word.

5. Huiswerkopdrag (15 minute)

Groepslede word voorsien van 'n uitdeeltuk (Bylae 11) waarin hulle gedurende die week situasies kan aanteken, en noem watter van die genoemde copingstrategieë hulle gebruik het en hoe effektief die spesifieke strategie was. Indien hulle die strategie as oneffektief beskou, kan hulle ook aandui watter strategie by terugskouing moontlik meer effektief sou wees.

Rasionaal:

Groepslede kry deur middel van hierdie oefening geleentheid om die gebruik van copingstrategieë prakties toe te pas. Hulle word sodoende bewus van watter strategieë in hulle copingarsenaal oorheersend is en moontlik ook van watter strategieë oneffektief is, wat dan ook die eerste stap in 'n koersaanpassing is.

SESSIE 6 (Tydsduur: 120 minute) _____

DOELSTELLING

Sessie ses sluit die gedeelte oor coping af, deur groepslede eerstens bewus te maak van die verskil tussen veranderbare en onveranderbare situasies en watter strategie as meer effektief by elk beskou word. Daarna word ook tussen globale en spesifieke situasies onderskei wat die effektiwiteit van coping bevorder.

1. **Aanvang en bespreking van huiswerk** (20 minute)

Aan die hand van Bylae 11 bespreek groepslede in die groep watter strategieë hulle gedurende die week gebruik het. Die gedeelte oor die omstandighede waaronder hulle die betrokke strategie as meer effektief beskou het, lui die volgende gedeelte oor veranderbare en onveranderbare situasies in. 'n Kort oorsig oor die coping-strategieë word gegee indien die behoefte ontstaan.

Rasionaal:

Deur middel van die bespreking word die groepslede weer bewus gemaak van die onderskeie copingstrategieë. Die moontlikheid word in gedagte gehou dat groepslede besef dat hul strategieë nie almal ewe effektief is nie, maar nie werklik kan identifiseer waarom nie. Hierdeur word 'n nuuskierigheid geprikkel wat die oorgang tot die nuwe sessie bied waar veranderbare en onveranderbare situasies onder die loep geneem word.

2. **Veranderbare en onveranderbare situasies** (30 minute)

Gedurende die huiswerkbespreeking het die groepsleier daarop gewys dat sekere copingstrategieë nie in alle situasies ewe effektief is nie. Die effektiwiteit van die copingrespons hang egter af van die konteks (vergelyk 3.1.5). Beide benaderings- en vermydingscoping kan dus in sommige situasies of op spesifieke stadia van die copingproses effektief wees. Die vraag is egter: In watter situasies is watter coping-strategie dan meer effektief? Om hierdie vraag te kan beantwoord, is dit egter nodig om eers vas te stel wanneer 'n situasie as veranderbaar of onveranderbaar getakseer word (Folkman *et al.*, 1991). Die groep bespreek dit in triades en stel vas watter voorbeelde (Bylae 12) veranderbaar is en watter nie, waarna hulle in die groot groep terugvoer gee.

Konsepsbespreking: Veranderbare en onveranderbare situasies (vergelyk 3.1.3.3.1)

'n Goeie manier om vas te stel of 'n situasie veranderbaar is of nie, is deur die volgende vrae te stel (Folkman *et al.*; 1991):

- Wat kan ek doen om die situasie te verander?
- Sou enige iemand anders iets kon doen om die situasie te verander?

- Sou die situasie op enige wyse voorkom, vermy of geëlimineer kon word?

Hierdie vrae gee gewoonlik 'n aanduiding of daar aspekte in 'n situasie is wat veranderbaar is en dus of iets daaraan gedoen kan word en watter aspekte onveranderbaar is en niks dalk daaraan gedoen kan word nie. In die meeste situasies sal daar altyd een of meer aspekte wees wat veranderbaar is. Dikwels verskil individue oor wat veranderbaar is en wat nie, byvoorbeeld 'n terminale siekte. Sommige mense sal sê dat hulle dit net moet aanvaar want dit is 'n voldonge feit dat hulle sal doodgaan. Ander mense sal meen die situasie is veranderbaar en dus iets daaraan probeer doen soos chemoterapie ondergaan, 'n spesifieke dieet volg, of bid. Die finale evaluasie van wat in elke situasie kan verander en wat nie, hang egter af van die individu in die spesifieke situasie. Daar is dus nie werklik iemand wat reg of verkeerd is nie.

Rasionaal:

Dit is vir groepslede belangrik om die verskil tussen 'n veranderbare en onveranderbare situasie te verstaan, aangesien dit nie net hulle keuse van copingstrategie beïnvloed nie, maar ook verhoed dat hulle energie verspil op aspekte van situasies waaraan hulle niks kan doen nie (Du Toit, 1997a).

3. Keuse van copingstrategieë vir onderskeidelik veranderbare en onveranderbare situasies (20 minute)

Groepslede bespreek watter copingstrategieë met die veranderbaarheid of onveranderbaarheid van die situasie verband hou. Daarna kry hulle geleentheid om in dieselfde triades as die vorige oefening, die voorbeelde (Bylae 13) te gebruik en moontlike effektiewe strategieë voor te stel.

Konsepsbespreking: Hersiening van copingstrategieë (vergelyk 3.1.3.3.1)

- In *veranderbare situasies* word meestal van aktiewe, benadering- en probleemoplossingstrategieë gebruik gemaak soos (Folkman et al., 1991; Lazarus en Folkman, 1984):

- ♦ Probleemoplossingsvaardighede
- ♦ Soeke na sosiale ondersteuning deur te vra na inligting
- ♦ Raad vra
- ♦ Bereidwilligheid om nuwe vaardighede aan te leer
- ♦ Buigsaamheid
- ♦ Onderhandelingsvaardighede
- ♦ Konflikhantering
- ♦ Assertiwiteitsvaardighede
- ♦ Positiewe selfspraak
- ♦ Positiewe herstrukturering
- ♦ Logiese analisering

In veranderbare situasies kan die gebruik van vermydingscopingstrategieë teenproduktief wees indien dit tot gevolg het dat die probleem nie opgelos word nie.

➤ In *onveranderbare situasies* word meer dikwels van passiewe, vermydings- en emosiegefokusde copingstrategieë gebruik gemaak, soos (Folkman *et al.*, 1991; Lazarus en Folkman, 1984):

- ♦ Geloof
- ♦ Stokperdjies
- ♦ Praat met vriende
- ♦ Gesinsondersteuning
- ♦ Sport en ander aktiwiteite
- ♦ Praat oor jou emosies
- ♦ Positiewe selfspraak
- ♦ Aanvaarding

In onveranderbare situasies waar die persoon volhard met 'n probleemoplossing-

strategie kan dit lei tot verhoogde stres, aangesien die verwagte uitkoms ontbreek. Dan is dit soms belangriker om perspektief te verplaas.

Rasionaal:

'n Gewenste passing tussen die getakseerde veranderbaarheid van die situasie en die geskikte keuse van die copingstrategie kan depressie verminder (Vitaliano *et al.*, 1990). Hierdie afdeling help groepslede om die korrekte passing in te oefen.

4. Coping: Globale tot spesifieke situasies (30 minute)

Effektiewe coping berus ook op die mate waarin die persoon die probleem waarmee hy gekonfronteer word, definieer (Folkman *et al.*, 1991). Groepslede bespreek situasies dus ooreenkomstig hoe spesifiek die situasie is of, aan die ander kant, hoe die situasie globaal gesien word. Soms kan die ergste impak van 'n situasie verminder word deur dit net in kleiner dele op te breek. Na die bespreking word 'n paar voorbeelde (Bylae 14) in diades aan die hand van die vrae ontleed en bepaal of dit 'n globale of spesifieke situasie is.

Konsepsbespreking: Globale tot spesifieke situasies (Folkman *et al.*, 1991)

Dit gebeur dikwels dat mense aan stresvolle situasies dink in globale terme soos: “familie”, “akademie”, “werk”, “huwelik” ensovoorts. Dit maak die situasie baie kompleks en moeilik om mee te cope. Dit is dus nodig om groepslede te leer om 'n globale stressor op te breek tot spesifieke situasies. Dit word gedoen deur te vra:

- Wie?
- Wat?
- Waar?

“Waarom?”-vrae word eerder vermy, aangesien dit op spekulasie en teoretisering berus, wat die aandag van die taak op hande aflei.

Sodra 'n globale stressor in spesifieke dele opgebreek is, is dit moontlik om spesifieke eise te identifiseer en doelwitte vir coping daarvolgens uit te werk.

Rasionaal:

Wanneer iemand oorweldig voel deur 'n probleemsituasie wil hy dikwels nie eers probeer om die oplossings te vind nie. Deur te leer hoe om situasies op te breek in meer hanteerbare dele, word 'n persoon gehelp om nie so oorweldig te voel nie en dus ook om minder depressief te voel.

5. Huiswerkopdrag (20 minute)

Groepslede word van 'n uitdeeltuk (Bylae 15) met twee afdelings voorsien, naamlik coping met 'n onveranderbare probleemsituasie en coping met 'n veranderbare probleemsituasie. Groepslede word gevra om in die loop van die week aan twee situasies te gaan dink; een wat veranderbaar is en een wat onveranderbaar is. Daarna voltooi hulle die drie stappe vir die ontwikkeling van 'n copingstrategie. Die groepleier bespreek kortliks 'n voorbeeld en hersien ook vinnig sommige van die copingstrategieë.

Rasionaal:

Deur middel van hierdie oefening kry elke groepslid geleentheid om sy kennis van copingstrategieë prakties toe te pas en die copingproses in te oefen (Du Toit, 1997a).

SESSIE 7 (Tydsduur: 120 minute) _____

DOELSTELLING

Hierdie sessie fokus op sosiale ondersteuning. Die doel is om groepslede te leer wat sosiale ondersteuning is, om die verskillende soorte ondersteuning te identifiseer, stappe te doen om die ondersteuningsstelsel te identifiseer, te vra na ondersteuning en hulle ondersteuningsstelsel in stand te hou.

1. Aanvang van sessie en bespreking van huiswerk (20 minute)

Groepslede word gevra om in triades die copingmeganismes wat hulle gedurende die week in werking gestel het ten opsigte van die veranderbare en onveranderbare probleemsituasies, met mekaar te deel. Indien daar enige vrae is, word dit in die groot groep hanteer. 'n Kort oorsig oor die verskillende benaderings- en vermydings-

copingstrategieë word, soos die behoefte ontstaan, gegee.

Rasionaal:

Dit is belangrik om die vorige sessie se huiswerk te hersien om sodoende seker te maak dat elkeen op hoogte is van die tegnieke wat behandel word. Deur weer 'n kort oorsig oor die vermydings- en benaderingscopingstrategieë te gee, word hierdie leermateriaal by groepslede ingeskerp.

2. Wat is sosiale ondersteuning? (20 minute)

Die groep word gevra wat hulle meen, sosiale ondersteuning is. Hulle word deur die groepleier gefasiliteer om te dink in terme daarvan dat dit behels om ondersteuning te bied of te ontvang. Uit die voorbeelde wat hulle gee asook bykomende voorbeelde van die groepleier word ondersteuning in verskillende hoofgroepe ingedeel.

Konsepsbespreking: Definisie van sosiale ondersteuning (Vergelyk 3.2.2)

Sosiale ondersteuning verwys na bronne waaruit 'n persoon kan put en wat deur ander mense verskaf word. Dit is 'n ervaring van ander se omgee en liefde, en van deel wees van 'n netwerk van kommunikasie en wedersydse verantwoordelikheid (Wissing, 1996). Enige persoon met wie daar 'n spesiale verbintenis is, kan deel uitmaak van 'n mens se sosiale ondersteuningsnetwerk (Zimbardo & Gerrig, 1996).

Konsepsbespreking: Tipes/hoofgroepe ondersteuning (Vergelyk 3.2.3)

Ondersteuning kan in die volgende groepe of tipes ingedeel word (Kleinke, 1998):

- Emosionele ondersteuning
 - ◆ Dit is die ondersteuning wat jy ontvang wanneer jy iemand nodig het wat begrip toon, iemand aan wie jy jou situasie kan stel en iemand op wie jy kan steun. Dit sluit in empatie, liefde, omgee en vertroue.
- Informatiewe ondersteuning
 - ◆ Dit is die ondersteuning wat jy ontvang wanneer jy raad, terugvoer, inligting of voorstelle nodig het.

➤ **Tasbare ondersteuning**

- ◆ Dit is die ondersteuning wat jy ontvang wanneer jy hulp nodig het met 'n spesifieke taak of werkstuk, as jy geld of huisvesting nodig het of as jy 'n probleem het wat jy nie op jou eie kan hanteer nie.

Rasionaal:

In die proses van identifisering van hulpbronne is dit nodig om ten eerste te weet watter tipes ondersteuning voorkom sodat 'n passing gemaak kan word tussen hulp benodig en 'n geskikte ondersteuningsbron. Indien so 'n passing nie ontstaan nie, word die bedoelde effek nie verkry nie en is die ondersteuner se poging tot hulp onsuksesvol (Filipp & Klauer, 1991).

3. Identifisering van eie ondersteuningsstelsim (30 minute)

Elke groepslid word voorsien van 'n uitdeeltuk (Bylae 16) wat handel oor sy eie ondersteuningsnetwerk. Die groep word ongeveer vyf minute gegun om die uitdeeltuk op hulle eie in te vul. Daarna kry hulle die geleentheid om in triades terugvoer te gee oor hulle ondersteuningsstelsim met spesifieke verwysing na die tevredenheid wat hulle oor hulle ondersteuningsstelsim ervaar en wat hulle van hulle ondersteuningsstelsim sou wou verander (en hoe hulle dit sou doen). Groepslede word verder aangemoedig om hulle insigte na aanleiding van die oefening met die belangrike persone in hulle lewe te bespreek, aangesien dit hulle verhouding kan verdiep (Adams, 1980).

In die bespreking kan die volgende vrae van hulp wees (Adams, 1980):

- Watter soorte hulpbronne kom nie op jou lys voor nie?
- Is daar dalk nog persone wat jy nie nou genoem het nie, maar wat ook 'n rol kan speel?
- Is daar dalk sommige verhoudings waaraan gewerk moet word?
- Wat is die gevolge indien hierdie verhoudings net so gelaat word?

- Kom sommige persone te veel voor, met die implikasie dat die netwerk te klein is?
- Weet die persone dat hulle deel is van jou ondersteuningsnetwerk?

Rasionaal:

Deur middel van hierdie oefening word groepslede bewus gemaak van hulle eie behoefte aan ondersteuning, waar hulle netwerk tekortskiet, asook van die identifisering van persone wat alreeds in hulle ondersteuningsnetwerk bestaan.

4. Ontvang van ondersteuning (20 minute)

Alhoewel mense somtyds hulp aanbied sonder dat hulle gevra word, is dit soms nodig om uit jou eie ondersteuning te vra. Die proses bestaan uit drie stappe, naamlik die kies van 'n geskikte bron, die verkryging van hulp van die bron en die behoud van ondersteuning (Folkman *et al.*, 1991). Hierdie drie stappe word aan groepslede verduidelik en uiteengesit.

Konsepsbespreking: Prosesse in sosiale ondersteuning (Vergelyk 3.2.3)

Die volgende drie stappe kom voor in sosiale ondersteuningsopleiding:

- Die keuse van sosiale ondersteuning
 - ◆ Identifiseer die tipe ondersteuning wat jy nodig het in die spesifieke situasie.
 - ◆ Identifiseer die persoon of persone in jou ondersteuningsnetwerk wat hierdie tipe ondersteuning kan bied.
 - ◆ As jy nie kan bepaal watter tipe ondersteuning jy nodig het nie omdat die situasie vir jou verwarrend is, gaan dan na iemand in jou ondersteuningsnetwerk wat na jou mening beide informatiewe en emosionele ondersteuning kan gee.
- Verkryging van sosiale ondersteuning
 - ◆ Die persoon wat geïdentifiseer is, moet op die een of ander manier bewus gemaak word van watter tipe ondersteuning dan wel nodig is. Laat weet die persoon of

jy net wil hê hy moet luister, of dat jy spesifiek advies vra (Copeland, 1994). Die beste manier om te kry wat jy wil hê, is om spesifiek te vra.

- ♦ Die persoon moet die geleentheid gegun word om nee te sê vir die versoek.
- ♦ Stel grense aan die versoek, byvoorbeeld 'n tydslimiet.
- ♦ Monitor jou ondersteuner sodat, indien die tyd byvoorbeeld ongeleë is, daar ander reëlins getref kan word.

➤ **Behoud van ondersteuningsbronne**

- ♦ Indien ondersteuningsbronne nie in stand gehou word nie, is dit moontlik om hulle uit te put deur byvoorbeeld voortdurend net een persoon te gebruik of nie soms self 'n ondersteunende rol te vervul nie.
- ♦ Dit is dus nodig om terugvoer aan jou ondersteuningsbron te gee, byvoorbeeld “Dankie vir jou raad, dit het baie gehelp”.
- ♦ Gee die ondersteuner ook geleentheid om jou hulp te vra indien nodig.

Rasionaal:

'n Ondersteuningsstelsiem ontstaan nie vanself nie. Inisiatief moet geneem word en dit vereis ook werk om die stelsiem in stand te hou (Kleinke, 1998). Dit is dus belangrik dat depressieërs bewus moet wees van hoe om 'n ondersteuningsnetwerk te verkry en in stand te hou.

5. Ek as ondersteuningsbron

(15 minute)

Net soos elke groepslid ondersteuning benodig, kan hulle besef dat hulle ook weer 'n ondersteuningsbron vir ander is. Hulle gee dalk raad aan hulle vriende of kinders. Groepslede bespreek die tipes ondersteuning wat hulle aan ander gee. Tydens die bespreking kan melding daarvan gemaak word dat die tipe ondersteuning dikwels

afhang van wie die persoon is, aan wie ondersteuning gegee word, asook die vlak van betrokkenheid by daardie persoon. In die bespreking word groepslede ook gevra hoe hulle voel as hulle vir ondersteuning genader word, wat hulle kan doen as die ander persoon se versoek nie duidelik is nie en hoe hulle dit hanteer as hulle nie aan die versoek wil voldoen nie.

Rasionaal:

Deurdat groepslede daarvan bewus gemaak word dat hulle ook deel uitmaak van iemand anders se ondersteuningsnetwerk word die fokus verplaas weg van hulle eie behoeftes en moontlike gevoelens van hulpeloosheid. Dit lê ook verder klem op die feit dat ondersteuning 'n gebalanseerde, wedersydse proses is (Copeland, 1994; Kleinke, 1998).

6. Huiswerkopdrag (15 minute)

Groepslede word gevra om gedurende die week 'n situasie te identifiseer waarvoor hulle ondersteuning benodig en dan van die stappe gebruik te maak om ondersteuning te verkry en te behou. Daarna moet hulle die proses beskryf ooreenkomstig die vrae op die uitdeeltuk (Bylae 17).

Rasionaal:

Deur middel van hierdie oefening kry die persoon geleentheid om die stappe in te oefen en ook bewus te word van die proses daaragter. Dit sal hom of haar meer bewus maak van die ondersteuner se behoeftes en so help om sy ondersteuningsnetwerk in stand te hou.

SESSIE 8 (Tydsduur: 120 minute) _____

DOELSTELLING

Die sessie het ten doel om sosiale en interpersoonlike vaardighede op te skerp deur te fokus op die kommunikasieproses, struikelblokke vir effektiewe luister en effektiewe luistertegnieke soos empatiese luister.

1. Groepaanvang en bespreking van huiswerk

(15 minute)

Die huiswerk van die vorige week word aan die hand van die volgende vrae in die groot groep bespreek:

- ◆ Was dit maklik om ondersteuning te vra?
- ◆ Hoe effektief werk jou ondersteuningsnetwerk?
- ◆ Het jy die tipe ondersteuning gekry wat jy nodig gehad het. Indien nie, waarom?
- ◆ Wat kan jy doen om die proses in die toekoms te verbeter?

Rasionaal:

Deur middel van bogenoemde vrae word die effektiwiteit, in praktyk, van elke groepslid se ondersteuningsbronne beskou. Daardeur word haakplekke en hindernisse uit die weg geruim deur van interpersoonlike leer in groepsverband gebruik te maak.

2. Wat is kommunikasie?

(30 minute)

Effektiewe verhoudings- en ondersteuningsisteme kan nie sonder effektiewe kommunikasie funksioneer en in stand gehou word nie (Wood, 1995). Groepslede speel 'n rondte "telefoontjie" (Rooth, 1995) om die proses van kommunikasie te demonstreer en as inleiding tot die bespreking te dien. Daarna volg 'n bespreking oor die eienskappe van effektiewe kommunikasie.

Konsepsbespreking: Telefoontjie

- Telefoontjie, 'n ou kinderspeletjie, word soos volg deur Rooth (1995:45) uiteengesit:
- Groepslede vorm 'n kring.
- Die volgende sin word in die eerste persoon se oor gefluister: "Oupa het ertjiesop op sy pajamas gemors, waarna ouma haarself haas om by die kafee op die hoek vir hom roomys te koop." Eie kreatiwiteit kan egter ook gebruik word om 'n sin uit te dink.

- Elke persoon dra die boodskap so getrou moontlik oor deur dit in die persoon aan sy regterkant se oor te fluister.
- Die laaste persoon vertel hardop aan die groep die boodskap wat hy gehoor het. Gewoonlik het die boodskap êrens langs die pad verdraai geraak.
- Die oorspronklike boodskap word aan die groep gelees en 'n bespreking volg. Groepslede stem gewoonlik saam dat hulle woorde byvoeg om weer te gee wat hulle dink die bedoeling behoort te wees. Ander sê hulle het die boodskap verander omdat dit nie vir hulle sin gemaak het nie.
- Vra die groep uit oor hoe hulle dink die oefening met kommunikasie verband hou.
- 'n Woord van waarskuwing: Moenie toelaat dat groepslede probeer vasstel waar die verdraaiing begin het nie. Dit is irrelevant en dit kan deur sommige mense as 'n vernedering ervaar word.

Konsepsbespreking: Wat is kommunikasie?

Die proses van kommunikasie bestaan uit die volgende komponente (Devito, 1992; 1993; Johnson 1993):

- Kommunikasie behels ten minste twee persone, naamlik die sender en die ontvanger.
 - ◆ Persoon A dra die boodskap oor. Sy taak is om die boodskap te enkodeer, dit wil sê om die idee of gevoel om te sit in 'n boodskap of kode wat op verskeie wyses gestuur kan word.
 - ◆ Persoon B is die ontvanger van die boodskap. Sy taak is om die boodskap te ontsyfer en te interpreteer.
 - ◆ Die is nie 'n lineêre proses nie, aangesien beide rolle deur een party aangeneem kan word.

- 'n Boodskap van die een of ander aard word gestuur.
 - ◆ Die boodskap kan enige van die vyf sinuities behels.
 - ◆ Dit is dus nie altyd verbaal nie, maar kan ook 'n aanraking of gebaar wees.
- Terugvoer.
 - ◆ Eerstens ontvang jy terugvoer op jou eie boodskap, byvoorbeeld jy hoor jou stemtoon, jy voel hoe jou hande beweeg of hoe jou maag draai.
 - ◆ Tweedens ontvang jy terugvoer van die ontvanger. Dit kan in verskeie vorme soos 'n glimlag, 'n frons of woorde wees.
- Die kanaal waarlangs die boodskap gestuur word.
 - ◆ Die kanaal is die medium waarlangs die boodskap gestuur word. Dit is soos 'n brug wat die stuurder en ontvanger verbind.
 - ◆ 'n Moontlike kanaal is vokaal-oudities waar gepraat en geluister word. Dit is egter selde dat slegs een kanaal met 'n slag gebruik word. Daar kan terselfdertyd gebare gemaak word of aan mekaar geraak word.
- Geraas, wat enige iets is wat die boodskap verdraai of daarmee inmeng.
 - ◆ Fisiese geraas meng in met die fisiese oordra van die boodskap soos 'n verbygaande motor, 'n ketel wat kook ensovoorts.
 - ◆ Psigologiese geraas meng in met die ontvang en interpretasie van die boodskap. Dit is byvoorbeeld vooroordele of diskriminasie.
 - ◆ Semantiese geraas beteken dat die ontvanger nie die

bedoelde betekenis van die boodskap kan aflei nie. Dit kan gebeur as die spreker 'n vreemde taal praat, tegniese terme gebruik of as die luisteraar 'n ander betekenis daaraan heg as gevolg van emosionele stellings.

- Die konteks waarbinne gekommunikeer word.
 - ◆ Kommunikasie vind altyd binne 'n sekere konteks, wat die vorm en inhoud van die boodskap beïnvloed, plaas.
 - ◆ Effektiewe kommunikasie vind plaas wanneer die ontvanger die korrekte interpretasie, volgens die stuurder se bedoeling, daaraan heg (Johnson, 1993).

Rasionaal:

Depressiewe mense beskik dikwels nie oor gepaste sosiale vaardighede, kommunikasievermoëns en interaksiestyle nie (Kleinke, 1998). Dit veroorsaak dat mense depressielyers soms vermy wat 'n sneeubaleffek op die depressielyer se gemoedstoestand het. Volgens Devito (1993) lei kennis van interpersoonlike kommunikasie egter tot verbeterde interpersoonlike vaardigheid, wat die moontlikheid van interpersoonlike effektiwiteit verhoog en dus hierdie siklus kan verbreek.

3. Struikelblokke in die pad van effektiewe luister (30 minute)

Die groep bespreek aspekte uit eie ervaring wat effektiewe luister verhinder. Daarna verdeel die groep in diades en elkeen kry om die beurt die geleentheid om die spreker en luisteraar te wees. Terwyl die spreker 'n paar minute lank praat, gebruik die spreker soveel moontlik van die struikelblokke om effektiewe luister te verhinder. In die groot groep gee groepslede terugvoer oor die ervaring. Hoe voel dit om ontoepaslik te luister? Hoe voel die spreker?

Konsepsbespreking: Struikelblokke in die proses van effektiewe luister

Die volgende struikelblokke kan voorkom (Devito, 1992; Johnson 1993; Van der Merwe, 1991):

- Die luisteraar is te veel by homself betrokke. Hy fokus meer op sy eie optrede as op die boodskap en spreker.
- Die luisteraar is betrokke by eksterne faktore, hy dink byvoorbeeld aan wat hy Saterdag gaan doen of hy kyk televisie met die een oog.
- Luister slegs na enkele gedeeltes van die gesprek.
- Soms beïnvloed jou mening van die spreker as persoon, die boodskap wat jy kry. Jy sal byvoorbeeld dieselfde boodskap verskillend evalueer, afhangende daarvan of dit van 'n vriend of vyand kom.
- Ons het ons eie verwagting van wat die spreker wil sê en luister dus net gedeeltelik, terwyl ons die res van die prentjie self vorm.
- Soms dink die luisteraar oor wat hy gaan terug antwoord in plaas daarvan dat hy hoor wat gesê word.
- Luisteraars wat luister met die doel om te evalueer of te oordeel.
- Luister slegs na belangse betekenis, terwyl daar eintlik 'n dieperliggende boodskap oorgedra word.
- Indien daar nie vertroue bestaan nie, kan luister negatief beïnvloed word.
- Swak luistervermoë word geopenbaar indien die spreker oor sy eie lewe begin praat sonder om ag te slaan op die boodskap, byvoorbeeld “Jy dink dis erg, kom ek vertel jou van my ...”.
- Die luisteraar maak onvanpaste opmerkings gedurende die gesprek.
- Ons hou op met luister as ons dink die onderwerp is vervelig of as ons al baie oor die onderwerp gehoor het.
- Sommige luisteraars is ongeduldig en val die spreker gedurig in die rede.

Rasionaal:

Die eerste stap om jou luistervermoë te verbeter is die herkenning van hindernisse in die pad van effektiewe luister (Devito, 1992). Deur die praktiese oefening kry elke persoon die geleentheid om moontlike struikelblokke in sy eie optrede te herken en die negatiewe ervaring as luisteraar te ondervind.

4. **Effektiewe luister** **(30 minute)**

Wanneer is jy 'n effektiewe luisteraar? Groepslede bespreek die eienskappe, verbaal en nie-verbaal, van effektiewe luisteraars. Daar word verder ook gekyk na die begrip empatiese luister. Laastens doen groepslede 'n oefening in effektiewe luister. Groepslede vorm in diades en elk kry om die beurt die geleentheid om die spreker en luisteraar te wees terwyl hulle beginsels van effektiewe, empatiese luister toepas. Daarna word terugvoer gegee oor hul ervaring uit die posisie van beide luisteraar en spreker.

Konsepsbespreking: Effektiewe luister

Luisteraars kan op die volgende nie-verbale tekens let (Van der Merwe, 1991):

- Liggaamsposisie wat effens na die persoon leun asook 'n openheid. Dus nie gekruiste arms nie.
- Maak gebruik van kopknikke, gesigsuitdrukings ensovoorts wat die spreker aanspoor om verder te praat.
- Goeie luisteraars neem dikwels dieselfde liggaamsposisie en gebare aan as die spreker. Dit is amper asof die luisteraar die spreker se spieëlbeeld is.
- Maak oogkontak met die spreker.

Johnson (1993) stel die volgende reël voor vir effektiewe luister: Elke persoon praat eers namens homself nadat hy die idees en gevoelens van die eerste spreker akkuraat weergegee het. Dit behels eerstens dat die luisteraar dieper as net na die inhoud van die boodskap luister. Hy luister ook na die onderliggende gevoel. Tweedens herhaal die luisteraar die boodskap. Luister is dus 'n aktiewe proses wat konsentrasie vereis (Van der Merwe, 1991).

Die volgende aspekte kan in gedagte gehou word tydens herhaling (Johnson, 1993):

- Inhoud wat verwys na die werklike woorde wat gebruik is.
 - ◆ Om soos 'n papegaai terug te praat, beteken nie dat die boodskap verstaan is nie.
 - ◆ Herhaal eerder die boodskap in jou eie woorde en uitdrukkings.
- Diepte wat na die vlak waarop die boodskap plaasvind, verwys.
 - ◆ Dit beteken dat jy nie ligtelik op 'n ernstige stelling reageer nie, maar dieselfde diepte ewenaar.
- Betekenis wat daarop dui dat die luisteraar nie betekenis toevoeg of wegneem van die spreker se boodskap nie.
 - ◆ Betekenis kan toegevoeg word deur die spreker se sin namens hom te voltooi of deur op voorbeelde wat die punt illustreer, in plaas van op die boodskap self, te reageer.
 - ◆ Betekenis kan weggeneem word deur slegs op die laaste aspek waaroor die spreker gepraat het, te reageer.
- Taalgebruik
 - ◆ Die luisteraar moet die taal wat hy in sy respons gebruik eenvoudig hou om akkurate kommunikasie te verseker.

As jy regtig wil verstaan wat die ander persoon bedoel en hoe hy voel, moet jy empaties luister (DeVito, 1993). Die volgende aspekte kan in gedagte gehou word (Burns, 1990):

- Plaas jouself in die spreker se skoene; dit gaan oor sy boodskap en gevoel.
 - ◆ Luister versigtig en probeer begryp waaraan die persoon dink as hy praat.
 - ◆ Herhaal respekvol wat jy dink die persoon sê.

- Herhaal die inhoud sowel as die gevoel van die spreker in jou eie woorde.
 - ◆ Luister dus met jou “derde oor” deur ook op te let na nie-verbale gedrag.
 - ◆ Kom hy kwaad, seergemaak, gespanne voor?
 - ◆ Erken die persoon se emosies, gegrond op dit wat die persoon sê, asook op hoe hy dit sê.
- Vra as jy onseker is wat die spreker bedoel.
 - ◆ Deur 'n vraag te stel maak jy seker of jy reg verstaan het.
 - ◆ Wees tentatief, sodat die spreker jou kan korrigeer, indien nodig.
- Jy kan van die volgende frases gebruik maak:
 - ◆ “Dit klink of”
 - ◆ “Wat jy vir my probeer sê ...”
 - ◆ “Is ek reg as ...”
 - ◆ “Ek wil net seker maak ek verstaan wat jy sê ...”
- Aanvaar die persoon se gevoelens. Moenie kritiseer of verdedigend optree nie.

Rasionaal:

Die depressielyer is eerder 'n passiewe luisteraar en kommunikeerder wat dikwels veroorsaak dat hy vermy word en dat sy persoonlike verhoudings daaronder lei (Kleinke, 1998). Volgens Van der Merwe (1991) het goeie luistervaardighede verskeie voordele. Deur aktief, empaties te luister, kommunikeer die persoon dat hy omgee (wat lei tot beter verhoudings) en word die moontlikheid van eie emosionele versperrings wat kommunikasie beïnvloed, verminder. Laastens noem sy ook dat wanneer mense sensitief, met begrip en respek na ander luister, 'n motiveringskrag

van binne die persoon vrygestel word wat eksterne motivering by verre oortref. Hierdie selfmotivering veroorsaak kreatiwiteit, produktiwiteit en lewenskrag wat depressie teenwerk. Dit is egter nie genoeg dat groepslede net kennis dra van effektiewe luistervaardighede nie, hulle moet ook die geleentheid kry om ervaring daarin op te doen.

5. Huiswerkopdrag

(15 minute)

Elke groepslid word gevra om gedurende die week drie situasies te identifiseer waarin hy voel hy oneffektiewe luistertegnieke toegepas het (Bylae 18). Hy identifiseer die struikelblokke wat hom verhoed het om effektief te luister en teken remediërende voorstelle aan met die oog op toekomstige situasies.

Rasionaal:

Die inligting van hierdie sessie word geïntegreer deurdat die persoon in sy alledaagse interpersoonlike interaksie die konsepte toepas.

SESSIE 9 (Tydsduur: 120 minute) _____

DOELSTELLING

Die doel van die sessie is om op die tweede deel van kommunikasie te fokus, naamlik die oordra van boodskappe. Voortvloeiend hieruit word onderhandeling in konfliktsituasies ook onder die loep geneem. Aangesien dit die finale sessie is, word groepslede gevra om die program en hulle ervaring daarvan te evalueer, waarna die program op 'n gepaste wyse afgesluit word.

1. Groepaanvang en bespreking van huiswerk

(20 minute)

Groepslede bespreek in die groep die situasies wat hulle gedurende die week neergeskryf het. Indien daar situasies is waarin hulle moontlik nie struikelblokke kon identifiseer of voorstelle kon maak vir effektiewe luister nie, word die situasie in 'n rollespel in die groep uitgebeeld om so tot 'n oplossing te kom.

Rasionaal:

Deur die situasies in 'n rollespel uit te beeld, word die betrokke persone se

interpersoonlike vaardighede opgeskerp wat juis die doel van die voorafgaande sessie is.

2. Ek, die spreker

(15 minute)

Die eerste belangrike aspek wanneer jy die boodskap oordra, is om verantwoordelikheid te aanvaar vir wat jy sê deur namens jouself te praat (Johnson, 1993). Die groep bespreek vereistes waaraan voldoen moet word om hulle gedagtes en gevoelens effektief te kommunikeer. Hulle doen ook introspeksie van hulle eie vaardighede as spreker.

Konsepbespreking: Vereistes om gedagtes en gevoelens effektief te kommunikeer

Johnson (1993) bespreek die volgende vereistes om jou boodskap effektief oor te dra:

- Aanvaar eienaarskap van jou boodskap deur in die eerste persoon te praat.
- Maak jou boodskap volledig en spesifiek. Stellings is dus duidelik en bevat al die nodige inligting sodat die ontvanger die boodskap sal verstaan.
- Verbale en nie-verbale boodskappe moet kongruent wees.
- Herhaal jou boodskap meer as een maal indien nodig. Jy kan ook van meer as een kommunikasiekanaal gebruik maak, soos visuele of nie-verbale tekens.
- Vra terugvoer rakende die wyse waarop jou boodskap ontvang word. So weet jy hoe die ontvanger jou boodskap prosesseer en interpreteer.
- Maak die boodskap van toepassing op die ontvanger se verwysingsraamwerk.
- Beskryf jou gevoelens deur van naamwoorde, werkwoorde of metafore gebruik te maak soos: “Ek voel tussen die vloer en die politoer”.

- Beskryf ander se gedrag sonder om te evalueer of te interpreteer. Sê eerder “Jy hou aan om my in die rede te val” as “Jy is 'n selfgesentreerde egoïs wat na niemand anders wil luister nie”.

Rasionaal:

Bespreking van die vereistes maak groepslede bewus van hulle eie vaardigheid as spreker, wat die eerste stap tot verandering en verbetering is.

3. “Ek-boodskappe” (20 minute)

Nadat groepslede bewus gemaak is van wat die vereistes vir effektiewe kommunikasie van hulle gedagtes is, kry hulle die geleentheid om “Ek-boodskappe” in diades te oefen. Dit is 'n tegniek wat effektiewe kommunikasie bevorder deurdat dit behels dat die persoon eienaarskap van sy gedagtes, menings, waarnemings en gevoelens aanvaar (Johnson, 1993).

Konsepsbespreking: “Ek-boodskappe”

Persoonlike stellings is boodskappe wat na jouself verwys - dit gaan oor wat jy voel, wat jy doen, wat jy dink, hoe jy jouself sien, jou gedrag en so meer (Johnson, 1993). Hoe meer jy namens jouself praat, hoe duideliker kom jou boodskap deur. Persoonlike stellings behels dus “Ek voel ...”, “Ek dink ...”, “Ek glo ...”. Soms praat ons egter namens ander of sommer vir geen een in die besonder nie. Dit veroorsaak egter dat ander mense verward kan wees oor hoe jy voel. Deur persoonlike stellings kan jy negatiewe gevoelens, weerloosheid asook wense en begeertes uitdruk (Burns, 1990).

Rasionaal:

“Ek-boodskappe” kommunikeer betrokkenheid en vertroue wat die kwaliteit van die verhouding verhoog en dus ook 'n belangrike deel van die depressielyer se arsenaal van tegnieke uitmaak (Johnson, 1993).

4. Onderhandeling in kommunikasie (25 minute)

Verhoudings verloop egter nie altyd seepglad nie. Soms ontstaan konflik en is dit nodig om met die ander party te onderhandel om tot 'n vergelyk te kom. Die groep

bespreek die voor- en nadele van hulle eie strategieë ten opsigte van konflikthantering en kom tot 'n konklusie van wat effektiewe konflikthantering behels.

Konsepsbespreking: Onderhandeling in konfliktsituasies

Onderhandeling is 'n proses waardeur twee of meer persone gedeelde sowel as teenoorgestelde belange het. Hulle probeer dan tot 'n vergelyk kom wat in beide se belang is (Johnson, 1993). Groepslede kan moontlik een van die volgende strategieë gebruik (Johnson, 1993; Kleinke, 1998):

➤ Vermydning

- ◆ Jy vermy die ander persoon en dus ook die aangeleentheid.
- ◆ Ontken dus eerder die probleem, maak dalk grappies daaroor en praat nie oor jou gevoelens nie.
- ◆ Nie 'n effektiewe wyse van onderhandeling nie.

➤ Beïnvloeding

- ◆ Jy probeer jou doel bereik, ongeag wat dit vereis.
- ◆ Jy stel eise aan die persoon, sonder om iets toe te gee en maak selfs van dreigemente en manipulasie gebruik om jou sin te kry.
- ◆ Nie 'n effektiewe wyse van onderhandeling nie.

➤ Kommunikasie en onderhandeling

- ◆ Jou doel is om 'n wen-wen-situasie te bereik.
- ◆ Weet duidelik wat jou behoeftes en doelwitte is.
- ◆ Jy stel duidelik wat jou pla, maar vra ook uit na die ander persoon se gevoelens.
- ◆ Jy aanvaar gedeelde verantwoordelikheid en stel, in samewerking met die ander persoon, moontlike oplossings voor.

- ♦ Jy sien in dat elkeen dalk iets sal moet opoffer om die verhouding in stand te hou.

Kleinke (1998) stel die volgende vyf reëls vir effektiewe kommunikasie in konflik-situasies voor:

- Aanvaar eienaarskap deur van my en ek te praat.
- Moenie veralgemenings maak ten opsigte van die ander persoon se karakter en persoonlikheid nie. Fokus eerder op spesifieke gedrag.
- Vermy absolutering soos altyd en nooit.
- Wag vir die regte oomblik.
- Wees konstruktief. Praat nie net oor eienskappe wat jou frustreer nie, maar ook oor dit wat jy waardeer.

Rasionaal:

Die kombinasie van interafhanklikheid en verskillende perspektiewe maak dit onmoontlik vir 'n verhouding om konflikvry te wees (Johnson, 1993). Daar vind dus daaglikse onderhandelings in interpersoonlike verhoudings plaas. Indien die onderhandelingsproses egter misluk, kan die verhouding skade lei. Dit is dus nodig om bewus te wees van effektiewe strategieë en hoe om dit in konfliksituasies toe te pas.

5. Evaluering van intervensieprogram (20 minute)

Die groepleier gee eers 'n kort oorsig oor die pas afgelope program. Daarna word groepslede gevra om in die groep terugvoer te gee oor watter aspek van die program hulle die bruikbaarste gevind het en of daar aan hulle verwagtinge van die eerste sessie voldoen is. Groepslede vul ook 'n evalueringsvraelys in (Bylae 19).

Rasionaal:

Die bespreking bied aan elke groepslid die geleentheid om die betekenis van die program te verbaliseer en hulle so opnuut tot verdere groei te verbind. Subjektiewe evaluering van die program word verkry wat gebruik word vir kwalitatiewe ontleding en verdere ontwikkeling van die program.

6. Afsluiting

(20 minute)

Rooth (1995) se geelbladsye-tegniek word ter afsluiting gebruik. Die groepleier bedank elkeen vir hulle bydrae en moedig groepslede aan om tegnieke voortdurend te gebruik. Verversings word geniet om die proses op 'n positiewe en ontspanne noot af te sluit.

Konsepsbespreking: Geelbladsye-tegniek

'n Geel A4-folio word aan elke groepslid uitgedeel. Hulle word gevra om hulle naam daarop te skryf, waarna dit in geen spesifieke volgorde aan hulle teruggegee word. Elkeen kry nou die geleentheid om 'n kort, positiewe, betekenisvolle boodskappie vir elke ander groepslid te skryf. Die papier word na elke naamlose boodskap soos 'n konsertina gevou sodat die boodskap nie sigbaar is nie. Daarna kry elke groepslid sy eie papier terug.

Rasionaal:

Die wyse waarop 'n program beëindig word, het 'n definitiewe impak op die verdere groei van groepslede (Corey, 1995; Rooth, 1995). Deur middel van die geelbladsyetechnik eindig die program op 'n positiewe wyse. Groepslede kry ook iets tasbaars om huius toe te neem wat hulle aan hulle eie waarde en goeie eienskappe herinner.

4.4 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is bestaande kognitiewe gedragbenaderings- asook coping-programme vir die behandeling van depressie geëvalueer. Daarna is die program wat vir die doel van hierdie navorsing saamgestel is aan die hand van die duur, seleksiekriteria, aanbiedingswyse, doel en inhoud bespreek.

Die empiriese ondersoek en die resultate daarvan word in die hieropvolgende hoofstukke beskryf.

EMPIRIESE ONDERSOEK

5.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word die metode van ondersoek uiteengesit met verwysing na die navorsingsontwerp, die ondersoekgroep, prosedure en psigometriele meetinstrumente wat gebruik is. Laastens word die wyse van die statistiese verwerking en die formulering van hipoteses weergegee.

5.2 NAVORSINGSONTWERP

Vir die doel van hierdie studie is 'n tweegroepontwerp met voor- en natoetsing gebruik. Verskeie binne en tussen groepe sal ondersoek word.

5.3 ONDERSOEKGROEP

Die ondersoekgroep bestaan uit 60 persone waarvan 40 derdejaar sielkundestudente aan die PU vir CHO is en 20 persone wat een of meer maandelikse byeenkoms van 'n bestaande ondersteuningsgroep vir depressie lyers in Potchefstroom bygewoon het. Hiervan is 30 persone aan die eksperimentele groep en 30 aan die kontrolegroep toegewys.

Deelnemers is verkry deur 'n beskikbaarheidsteekproef. Studente van die voltijdse en na-uurse derdejaar sielkundestudente het as deel van hulle praktiese opleiding die Verkorte Beck Depressieskaal ingevul. Daaruit is deelnemers geselekteer wat bo die afsnypunt van 5 gelê het, en uitgenooi na 'n kort inleiding oor die program. Studente is by hierdie geleentheid ingelig oor die navorsingsprojek en belangstellende studente het hulle name en kontaknommers aan die navorser verstrekk. Uit hierdie groep is studente van die voltijdse sielkundeklas toegewys aan eksperimentele groep

een (n = 10) en kontrolegroep een (n = 10) en studente van die na-uurse sielkundeklas aan eksperimentele groep twee (n = 10) en kontrolegroep twee (n=10).

By 'n maandelikse byeenkoms van Potchefstroom se ondersteuningsgroep vir depressieers het die navorser 'n kort inleiding gegee oor die beplande intervensie-program. Belangstellendes is uitgenooi om hulle name en kontaknommers aan die navorser te verstrek. Hierdie persone het 'n Verkorte Beck Depressieskaal ingevul en persone bo die afsnypunt van 5 is toegewys aan eksperimentele groep drie (n = 10) en kontrolegroep drie (n = 10).

Hoewel die beplanning aanvanklik was om groepslede ewekansig aan die eksperimentele en kontrolegroep toe te deel, was dit in praktyk nie moontlik nie. Daar is egter steeds probeer om geslags-, ouderdoms- en etnisiteitsverskille in ag te neem. Die samestelling van die ondersoekgroep word in Tabelle 4, 5 en 6 uiteengesit.

Tabel 4: Samestelling van ondersoekgroep met verwysing na geslag

Groep	Mans	Vroue	Totaal
Eksperimenteel	4	26	30
Kontrole	2	28	30
Totaal	6	54	60

Tabel 5: Samestelling van ondersoekgroep met verwysing na ouderdom

Groep	< 20	20-25	26-30	31-40	41-50	51-60	> 60	Totaal
Eksperimenteel	1	17	1	3	3	5	0	30
Kontrole	0	19	2	3	3	2	1	30
Totaal	1	36	3	6	6	7	1	60

Uit bogenoemde tabelle blyk dit dat daar 'n totaal van 6 (4 uit die eksperimentele groep en 2 uit die kontrolegroep) manlike en 54 (26 uit die eksperimentele groep en 28 uit die kontrolegroep) vroulike persone aan die program deelgeneem het. Die

gemiddelde ouderdom vir beide die eksperimentele en kontrolegroep was tussen 20 en 25 jaar. Uit Tabel 6 blyk dit dat die oorgrote meerderheid proefpersone blanke deelnemers was.

Tabel 6: Samestelling van ondersoekgroep met verwysing na etnisiteit

Groep	Blank	Tswana	Xhosa	Noord-Sotho	Totaal
Eksperimenteel	27	1	1	1	30
Kontrole	27	2	0	1	30
Totaal	54	3	1	2	60

'n Ander aspek wat ook by die samestelling van groepe belangrik is en moontlik 'n rol sou kon speel, is die gebruik van medikasie deur groepslede en/of die gebruikmaking van sielkundige hulp deur groepslede tydens die bywoning van die program. Hierdie aspekte word vervolgens uiteengesit.

Tabel 7: Frekwensie en verspreiding van die gebruik van antidepressante deur groepslede

Groep	Duur van medikasiegebruik				Totaal
	0-1 jaar	1-2 jaar	3 jaar of langer	Glad nie of verlede	
Eksperimenteel	5	2	2	21	30
Kontrole	3	2	4	21	30
Totaal	8	4	6	42	60

Uit Tabel 7 blyk dit dat die verspreiding en frekwensie van die gebruik van antidepressante min of meer dieselfde is vir die eksperimentele en die kontrolegroep. Daar is in beide groepe 9 persone wat medikasie gebruik en 21 persone wat nie tans medikasie gebruik nie. Hierdie aspek behoort egter nie die saamgestelde program te beïnvloed nie, aangesien Thase *et al.* (1997) bevind het dat psigoterapie gekombineer met farmakoterapie nie 'n betekenisvolle verbetering bo slegs psigoterapie teweegbring nie.

In Tabel 8 word die verspreiding aangedui van die mate waarin lede van die eksperimentele en kontrolegroep sielkundige hulp ontvang het. Hierdie inligting is belangrik, want moontlike veranderinge by die groepe na afloop van die saamgestelde program sou ook aan sielkundige hulp toegeskryf kon word.

Tabel 8: Verspreiding van sielkundige hulp ontvang deur die eksperimentele en kontrolegroep

Groep	Tydperk van sielkundige hulp ontvang			Totaal
	Tans	Verlede	Glad nie	
Eksperimenteel	1	14	15	30
Kontrole	3	10	17	30
Totaal	4	24	32	60

Uit Tabel 8 blyk dit dat slegs een persoon van die eksperimentele groep en drie persone van die kontrolegroep gedurende die verloop van die program ook eksterne sielkundige hulp ontvang het. Hierdie getal is klein genoeg om by die statistiese verwerking en interpretasie van data buite rekening gelaat te word.

5.4 PROSEDURE

Na afloop van 'n kort inligtingssessie oor wat die intervensieprogram behels, is proefpersone aan die eksperimentele en kontrolegroepe toegewys. Proefpersone het gedurende hierdie geleentheid die voorttoetsing afgehandel en op 'n tyd besluit wanneer die onderskeie groepe weekliks bymekaar sou kom. Die eerste eksperimentele groep het op Donderdagmiddae tussen 14:00 en 16:00 besluit, die tweede eksperimentele groep op Woensdae tussen 17:00 en 19:00 en die derde eksperimentele groep op Dinsdagaande tussen 18:00 en 20:00. Die eerste en tweede eksperimentele groep het by die Instituut vir Psigoterapie en Voorligting se gesinsterapielokaal vergader, terwyl die derde eksperimentele groep aanvanklik in 'n lokaal by die kantoor van die Vereniging van Geestesgesondheid vergader het en daarna in een van die groepslede se huise.

Die saamgestelde kognitiewe gedragbenadering en copingprogram (sien Hoofstuk 4 vir volledige uiteensetting) sou aanvanklik oor nege weke met 'n twee-uursessie per week aangebied word. Die navorser is egter genoodsaak om sessies ses en sewe saam te smelt asook sessies agt en nege as 'n geheel te vorm, sodat die program in 'n tydperk van sewe weke kon inpas. Die rede hiervoor was dat die studente se semestertoetsreeks sodoende geakkommodeer kon word en dit die bywoning van die program dus nie beïnvloed het nie. Daar is besluit om dieselfde aanpassing met die derde eksperimentele groep te doen, alhoewel hulle program nie deur bedrywighede beïnvloed is nie. Die rede daarvoor is om elke eksperimentele groep op dieselfde wyse te behandel.

Na afloop van die intervensieprogram het al drie die eksperimentele en kontrole-groepe weer die meetinstrumente ingevul om te bepaal of die program wel 'n verskil gemaak het. Die meetinstrumente is dan juis ook gekies op grond van hulle verteenwoordiging van die verskillende dimensies, naamlik depressie, negatiewe kognisies, coping en sosiale vaardighede. Na voltooiing van die program en natoetsing is die program op dieselfde wyse, om etiese redes, vir die kontrolegroepe aangebied.

5.5 MEETINSTRUMENTE

Die meetinstrumente wat in hierdie navorsingsondersoek gebruik is, word vervolgens bespreek.

5.5.1 BIOGRAFIESE VRAELYS

Die biografiese vraelys is saamgestel om die beskrywing van deelnemers te fasiliteer en vir die inwin van persoonlike gegewens van respondente. Die inligting sluit die ouderdom, geslag, etniese groep, taalgebruik, status (beroep of student), kerkverband en huwelikstatus van die persoon in. Daar word ook aangedui of die persoon medikasie gebruik en of die persoon al vantevore sielkundige hulp ontvang het.

Die relevansie van hierdie gegewens is tweërlei. Eerstens verskaf dit belangrike

inligting wat in die verloop van die program moontlik toepaslik kan wees en tweedens bied dit 'n belangrike agtergrond waarteen die res van die data geïnterpreteer kan word.

5.5.2 MEETINSTRUMENTE VIR DEPRESSIE

5.5.2.1 Verkorte Beck Depressieskaal/Beck Depression Scale Short Form (BDS) (Beck & Beamesderfer, 1974; Beck, Steer & Garbin, 1988)

5.5.2.1.1 Rasionaal

Die Verkorte Beck Depressieskaal is 'n 13-itemindeks wat die mate waarin 'n toetsling depressiesimptome manifesteer, assesseer (Scogin, Beutler, Corbishley & Hamblin, 1988; Ussery & Prentice-Dunn, 1992). Die vraelys maak eerstens voorsiening vir die belangrikste simptome van depressie, waaronder skuldgevoelens, selfmoordgedagtes, verlies aan energie, eetlus en belangstelling asook gevoelens van mislukking en 'n morbiede lewensuitkyk ressorteer (Beck *et al.*, 1988). Tweedens word die meting van die toename in intensiteit van depressiesimptome ook in die vraelys vervat.

Die rasionaal van die Verkorte Beck Depressieskaal hou dus verband met belangrike waarnemings ten opsigte van depressie as verskynsel: die aantal depressiesimptome neem toe met 'n toename in die erns van depressie; tweedens neem die frekwensie van simptome progressief toe van geen of minimale tot 'n ligte, matige en ernstige graad van depressie; en laastens hoe meer depressief die persoon is, hoe intenser word die simptome ervaar (Beck & Beamesderfer, 1974).

Teen hierdie agtergrond weerspieël toetslinge se telling op die vraelys die mate waarin hulle, ten tye van die toetsing, in 'n toestand van depressie verkeer.

5.5.2.1.2 Aard, administrasie en interpretasie

Die selfevalueringsvraelys is 'n verkorte weergawe (13 items) van die oorspronklike 21-item Beck Depressieskaal (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961). Elke

item bestaan uit vier stellings waaruit die persoon 'n keuse moet maak oor watter een sy huidige gevoel die beste beskryf. Die vier stellings is in der waarheid 'n vierpuntskaal (van 0 tot 3) wat gebruik word om die intensiteit van depressie te bepaal (Beck *et al.*, 1988).

Die administrasie van die vraelys behels eenvoudige instruksies en kan individueel sowel as in groepsverband afgeneem word. Alhoewel daar geen tydsbeperking op die toets is nie, neem dit selde langer as 5-10 minute om in te vul.

Die maksimum totale telling wat by die toets behaal kan word, is 39 (Ussery & Prentice-Dunn, 1992). Die totale telling van die respondent kan in een van vier kategorieë val (Beck & Beamesderfer, 1974):

- 0 tot 3 wat op geen of minimale depressie dui;
- 4 tot 7 wat op 'n ligte graad van depressie dui;
- 8 tot 15 wat op 'n matige graad van depressie dui en
- 16 en meer wat op 'n ernstige graad van depressie dui.

5.5.2.1.3 Geldigheid en betroubaarheid

Die verkorte BDS word algemeen as meetmiddel gebruik, veral omdat die betroubaarheid en geldigheid van hierdie vraelys hoër as ander depressievraelyste is (Beck *et al.*, 1988). Beck en Beamesderfer (1974) het die Verkorte Beck Depressieskaal met die standaardskaal gekorreleer en 'n geldigheidskoëffisiënt van 0,96 gevind.

'n Verdere geldigheids- en betroubaarheidstudie van Reynolds en Gould (1981) het bevind dat die verkorte BDS beduidend met die Standaardskaal, sowel as Zung Depressieskaal korreleer. Hulle bereken die betroubaarheidskoëffisiënt as 0.83. Robinson en Bacon (1996) dui in hulle studie aan dat die verkorte BDS oor 'n alfa betroubaarheidskoëffisiënt van 0.86 beskik. Verdere navorsing het 'n alfa betroubaarheidskoëffisiënt van 0.80 (Van Zyl, 1994), 0.86 (Rotenberg & Flood, 1999), 0.88 (Leahy, 1992; Strydom, 1995) en 0.90 (Scogin *et al.*, 1988) bevind. In die huidige studie is 'n Chronbach-alfakoëffisiënt van 0.79 gevind.

'n Faktoranalise van die vraelys het drie faktore geïdentifiseer, naamlik negatiewe

selfbeleving, prestasieprobleme en algemene ongelukkigheid wat kumulatief vir 52% van die totale variansie verantwoordelik is (Reynolds & Gould, 1981).

5.5.2.1.4 Motivering vir keuse en gebruik

Die verkorte BDS is in die toetsbattery ingesluit omdat dit 'n akkurate siftingstoets vir depressie is (Beck & Beamesderfer, 1974). Die vraelys is gebruik om te bepaal of 'n respondent wel in so 'n mate depressief is dat daar na afloop van die intervensie-program verligting van simptome gemeet kan word. Dit is moontlik aangesien die depressieskaal 'n aanduiding van die hoeveelheid, frekwensie en intensiteit van depressiesimptome bied (Gotlib & Cane, 1989). Die vraelys kan dus met natoetsing 'n akkurate aanduiding gee of 'n persoon wel verligting van depressiesimptome ervaar het al dan nie. Verder is die vraelys kort, maklik toepasbaar en bevat dit goeie psigometriese kwaliteite, wat in die konteks van 'n volgelaaide toetsbattery die beste proposisie is.

5.5.2.2 Hersiene weergawe van die Profiel van Gemoedstate/ Profile of Mood States-Revised (POMS) (McNair, Lorr & Droppleman, 1992)

5.5.2.2.1 Rasionaal

Volgens McNair *et al.* (1992) is subjektiewe en gedragsdata oor 'n persoon se gevoel, affek en gemoed noodsaaklik om die psigologie van emosie te verstaan. Die POMS is dus ontwikkel om 'n vinnige en ekonomiese instrument vir die assessering van fluktuierende affektiewe state daar te stel deur die meting van ses faktore. Die POMS word in die studie gebruik, veral met die doel om Faktor D, Depressie-Neerslagtigheid, te meet (McNair *et al.*, 1992).

5.5.2.2.2 Aard, administrasie en interpretasie

Die POMS is 'n vyfpunt, 65-item beskrywende graderingskaal. 'n Respondente merk op elke item die toepaslike waarde tussen 0 en 4 soos dit op hom van toepassing is en hy die affektiewe staat ervaar. Vir die doel van die vraelys beteken 0 “glad nie”, 1 “in 'n mindere mate”, 2 “gemiddeld”, 3 “in 'n meerdere mate” en 4 “meestal of baie”

(McNair *et al.*, 1992). Die items word soos volg onder die verskillende affektiewe state verdeel:

- **Faktor T : Spanning-Angs (9 items)**

Die faktor is beskrywend van verhoogde spier- en somatiese spanning, wat nie altyd oortoonbaar is nie, en psigomotoriese manifestasies insluit. Dit behels ook gevoelens van bekommerdheid, ongeduld en irritasie.

- **Faktor D : Depressie-Neerslagtigheid (15 items)**

Faktor D verteenwoordig 'n depressiewe gemoed wat gepaard gaan met 'n gevoel van persoonlike ontoereikendheid. Hierdie gevoel sluit hartseer, emosionele isolasie en skuldgevoelens in.

- **Faktor A : Woede-Vyandigheid (12 items)**

Woede-Vyandigheid verteenwoordig 'n affekstaar van woede en weersin teenoor ander en behels ook suspisieuse komponente van vyandigheid, bitterheid en rebellie.

- **Faktor V : Lewenslus-Aktiwiteit (8 items)**

Faktor V is beskrywend van 'n gemoedstoestand van lewenslus, hoë energievlakke en lewendigheid. Dit het 'n negatiewe korrelasie met die ander POMS-faktore en sluit aspekte van vriendelikheid en positiewe affek in.

- **Faktor F : Moegheid-Traagheid (7 items)**

Moegheid-Traagheid verteenwoordig 'n affekstaar van traagheid, uitputting en lae energievlakke. Alhoewel hierdie faktor negatief met Lewenslus-Aktiwiteit korreleer, is dit eerder 'n onafhanklike komponent as teenoor-gestelde pool van 'n enkele bipolêre faktor.

- **Faktor C : Verwarring-Verbystering (7 items)**

Faktor C word gekenmerk deur 'n gevoel van verbystering en beneweldheid. Dit is moontlik dat dit selfs met die organisatories-disorganisasies dimensie van emosie verband hou en kan rapporteerend van 'n persoon se kognitiewe effektiwiteit wees.

Die administrasie van die vraelys behels maklike eenvoudige instruksies en kan individueel, sowel as in groepsverband afgeneem word (McNair *et al.*, 1992). Die vraelys neem selde langer as drie tot vyf minute om in te vul.

Elk van die ses faktore se t-tellings word gemeet deur die tellings van elke afsonderlike item vir elke faktor bymekaar te tel (McNair *et al.*, 1992). Alle tellings behou hulle oorspronklike waarde, behalwe die item “ontspanne” by Faktor T en “effektief” by Faktor C wat 'n negatiewe waarde kry. Die routelling word oorgedra na 'n profielblad om 'n sogenaamde ysberg te vorm. Die ideale profiel toon 'n piek by faktor V (Lewenslus-Aktiwiteit) met die ander faktore wat laer lê. Hoe laer die ander faktore lê, hoe beter is die betrokke profiel. Daar word ook gebruik gemaak van die totale gemoedsversteuringtelling wat verkry word deur al die faktore bymekaar te tel en faktor V van hierdie totaal af te trek. 'n Telling van ongeveer 43 word deur McNair *et al.* (1992) by 'n normale universiteitspopulasie gevind, terwyl pasiënte gewissel het tussen tellings van 65.5 en 81.5.

5.5.2.2.3 Geldigheid en betroubaarheid

Volgens McNair *et al.* (1992) bestaan daar 'n bevredigende interne konsekwentheid uit verskeie studies en is al die betroubaarheidsindekse bevredigend. Die mate waarin die individuele items binne die ses afsonderlike affekstate dieselfde faktor meet, het 'n geldigheidskoëffisiënt van naby 0.90 en hoër. Alfa betroubaarheidskoëffisiënte wat ten opsigte van tersiêre norms behaal is, dui op goeie betroubaarheid en word vervolgens in Tabel 9 aangedui.

Tabel 9: Alfa betroubaarheidskoëffisiënte vir tersiêre man- en damestudente by die Profiel van Gemoedstate

Geslag	T-faktor	D-faktor	A-faktor	V-faktor	F-faktor	C-faktor
Mans (n=63)	0.73	0.82	0.88	0.87	0.86	0.67
Dames (n=63)	0.82	0.86	0.84	0.93	0.93	0.67

In 'n studie deur Burger (1999) is 'n gemiddelde Chronbach-alfakoëffisiënt van 0.72 verkry. In die huidige studie wissel die Chronbach-alfakoëffisiënt tussen 0.76 en 0.90

met 'n gemiddelde koëffisiënt van 0.84 wat 'n baie goeie aanduiding van betroubaarheid gee.

Korrelasies tussen toets-hertoetstellings (n = 350 vroulik en 350 manlik) oor 'n tydperk van ses weke se stabiliteitskoëffisiënte word vervolgens in Tabel 10 aangedui.

Tabel 10: Stabiliteitskoëffisiënte by toetsing en hertoetsing by die Profiel van Gemoedstate

Faktor	Toetsing	Hertoetsing
T-faktor : Spanning-Angs	0.70	0.51
D-faktor : Depressie-Neerslagtigheid	0.74	0.47
A-faktor : Woede-Vyandigheid	0.71	0.53
V-faktor : Lewenslus-Aktiwiteit	0.65	0.43
F-faktor : Moegheid-Traagheid	0.66	0.45
C-faktor : Verwarring-Verbystering	0.68	0.52

Alhoewel bogenoemde koëffisiënte heelwat laer is as die verwagte 0.80 wat byvoorbeeld by stabiele persoonlikheidstrekke gemeet word, moet egter aanvaar word dat fluktuierende affekstate nie dieselfde hoë korrelasie as persoonlikheidstrekke sal behaal nie. Dit sou dan belangrik wees om ondersoek in te stel na groepstendense en groepsgemiddeldes (McNair *et al.*, 1992). Hulle dui dan ook aan dat te uitsonderlik hoë koëffisiënttellings in die geval van affekmetings op “evidence of lack of construct validity” kan dui (McNair *et al.*, 1992:7).

5.5.2.2.4 Motivering vir keuse en gebruik

Die POMS word maklik individueel of in groepsverband afgeneem en neem slegs drie tot vyf minute om in te vul, wat 'n reeds vol toetsbattery nie onnodig lank uitrek nie. Volgens McNair *et al.* (1992) is die toets uiters sensitief vir terapeutiese ingrepe en bied dit nuttige en beskrywende metings vir die assessering van persone se response op 'n ingreep of intervensieprogram. Alhoewel die hoofrede vir insluiting die

assessering van verandering van depressie behels, bied dit ook inligting oor die persoon se ervaring van ander affektiewe state wat direk of indirek deur 'n negatiewe gemoedstoestand beïnvloed word.

5.5.3 MEETINSTRUMENTE VIR COPING

5.5.3.1 Depressie-copingvraelys/Depression Coping Questionnaire (DCQ) (Kleinke, 1988; Kleinke *et al.*, 1982)

5.5.3.1.1 Rasionaal

Daar bestaan verskeie vraelyste waarna in die literatuur verwys word wat copingreponse meet. Die DCQ fokus egter op die copingstrategieë wat spesifiek met die konteks van depressie geassosieer word (Kleinke, 1988). Die DCQ gee dus 'n aanduiding van die wyse waarop depressielyers cope.

5.5.3.1.2 Aard, administrasie en interpretasie

Die DCQ is 'n selfrapporteringsvraelys wat uit 29 items bestaan wat 'n aanduiding gee van watter strategieë 'n persoon aanwend indien hy depressief voel. Die volgende 11 faktore is geïdentifiseer (Kleinke, 1988).

- **Sosiale ondersteuning (4 items) (SO)**

Sosiale ondersteuning behels samesyn met een of meer naby vriende asook 'n mate van probleemoplossing deurdat die persoon in samewerking met hierdie persone 'n plan van aksie kan uitwerk.

- **Probleemoplossing (4 items) (PO)**

Dit behels 'n konfrontasie van die situasie en die persoon probeer 'n plan beraam om die situasie te beheer.

- **Selfblaam / Ontsnapping (6 items) (SB)**

Die persoon onttrek hom aan die situasie deur fantasievlugte, slaap, huilbuie en so meer.

- **Aggressie (2 items) (AG)**
Aggressiwiteit met betrekking tot gedrag en kort van draad wees.
- **Bevrediging (3 items) (BV)**
Bevrediging behels die gebruik van alkohol, dwelmmiddels of seksuele aktiwiteite om probleemsituasies en -gevoelens te hanteer.
- **Aktiwiteite (3 items) (AK)**
Die persoon gebruik fisiese aktiwiteite soos om te gaan stap, dans of draf as copingstrategie.
- **Die gebruik van medikasie (2 items) (ME)**
Dit behels die afhanklikheid van medikasie soos kalmeermiddels om die simptome van depressie te beheer.
- **Die gebruik van stimulant (2 items) (ST)**
Die gebruik van stimulant soos sigarette en kafeïen as copingstrategie.
- **Ongesonde eetgewoontes (1 item) (EG)**
Dit behels dat persone meer as gewoonlik eet om hulle beter te laat voel.
- **TV-kyk (1 item) (TV)**
Die persoon gebruik die oormatige kyk na televisie as 'n ontsnapping van die situasie.
- **Ignoreer die probleem (1 item) (IG)**
Die persoon ignoreer die probleemsituasie en probeer om sy aandag op iets anders te fokus.

Die vraelys kan individueel of in groepsverband afgeneem word. Elke item het 'n 7-puntskaal wat wissel van 1 ("nooit") tot 7 ("amper altyd"). 'n Totaaltelling vir elke faktor word verkry wat 'n aanduiding gee van hoe dikwels 'n persoon die spesifieke copingstrategie gebruik. Volgens Kleinke (1998) word die soeke na sosiale ondersteuning en probleemoplossing met laer vlakke van depressie geassosieer terwyl selfblam, die gebruik van stimulant, die kyk na TV, aggressie en die gebruik van alkohol en dwelmmiddels met hoër vlakke van depressie korreleer.

5.5.3.1.3 Geldigheid en betroubaarheid

Die Cronbach-alfakoëffisiënte vir die DCQ wissel van 0.45 tot 0.73 vir 'n groep van 758 deelnemers (Kleinke, 1988). In die huidige studie wissel die Chronbach-alfakoëffisiënt tussen 0.19 en 0.70. Die spesifieke alfakoëffisiënte vir die onderskeie faktore vir Kleinke (1988) en die huidige studie word volledig in Tabel 11 uiteengesit.

Tabel 11: Alfakoëffisiënte vir die onderskeie faktore van die DCQ vir Kleinke (1988) en die huidige studie

Faktor	Kleinke (1988) (n=758)	Huidige studie (n=60)
Sosiale ondersteuning	0.73	0.62
Probleemoplossing	0.67	0.70
Selfblaam / Ontsnapping	0.58	0.21
Aggressie	0.67	-. ^a
Bevrediging	0.54	0.19
Aktiwiteite	0.54	0.41
Die gebruik van medikasie	0.46	-. ^a
Die gebruik van stimulant	0.45	-. ^a
Ongesonde eetgewoontes	-	-. ^a
TV-kyk	-	-. ^a
Ignoreer die probleem	-	-. ^a

^a Chronbach-alfas kan nie vir Aggressie, Medikasie, Stimulant, Ongesonde Eetgewoontes, TV-kyk en Ignoreer van die Probleem bepaal word nie, aangesien die faktore uit te min items bestaan.

Vir die toets-hertoets-betroubaarheid is die DCQ na 'n maand op 50 studente toegepas en die betroubaarheidskoëffisiënte het gewissel van 0.45 tot 0.92 (Kleinke, 1988). In 'n latere studie deur Kleinke (1991) was die toets-hertoets-betroubaarheid

selfs beter en het gewissel tussen 0.54 en 0.89. Hierdie studie was op 120 pasiënte by 'n multidissiplinêre pynkliniek gedoen waar die toetssituasie met opname en hertoetssituasie 28 dae later met ontslag geskep is. Die spesifieke indekse word in Tabel 12 weergegee.

Tabel 12: Toets-hertoets-betroubaarheid van DCQ van Kleinke (1988) en Kleinke (1991)

Faktor	Kleinke (1988) (n=50)	Kleinke (1991) (n=120)
Sosiale ondersteuning	0.89	0.88
Probleemoplossing	0.50	0.59
Selfblaam / Ontsnapping	0.61	0.66
Aggressie	0.55	0.61
Bevrediging	0.87	0.85
Aktiwiteite	0.92	0.89
Medikasie	0.91	0.63
Stimulante	0.80	0.82
Ongesonde eetgewoontes	0.68	0.71
TV-kyk	0.71	0.70
Ignoreer die probleem	0.45	0.54

5.5.3.1.4 Motivering vir keuse en gebruik

Navorsing het bewys dat copingstrategieë en depressie mekaar beïnvloed (Kleinke, 1988). Aangesien die intervensieprogram van die huidige studie ten doel het om vir depressielyers effektiewer copingstrategieë aan te leer sou dit sinvol wees om 'n vraelys te gebruik wat die genoemde verband aandui. Die DCQ beskik oor bevredigende psigometriese kwaliteite.

5.5.3.2 Copingvraelys vir Volwassenes/Coping Responses Inventory – Adult Form (CRI-A) (Moos, 1993)

5.5.3.2.1 Rasionaal

Copingteorieë gebruik twee hoof konseptuele benaderings om copingresponse te klassifiseer. Die een benadering beklemtoon die *oriëntasie* of *fokus* van coping (probleem- of emosiegefokus) terwyl die ander die *metode* van coping (kognitief of gedrag) beklemtoon. Die CRI-Adult kombineer hierdie twee benaderings en evalueer agt tipes copingresponse wat hierdie fokus en metode van copingaspekte reflekteer. Hierdie copingresponse word dan in twee fokusareas, naamlik benadering en vermyding ingedeel, wat in nog twee verdere kategorieë, te wete kognitiewe en gedragsmetodes, onderverdeel word (Moos, 1993).

5.5.3.2.2 Aard, administrasie en interpretasie

Die CRI-Adult is 'n selfrapporteringsvraelys vir persone van agtien jaar en ouer en kan individueel sowel as in groepsverband afgeneem word. Die vraelys bestaan uit agt verskillende tipes copingresponse wat soos volg in twee skale, naamlik benaderingscoping en vermydingscoping, onderverdeel word (Moos, 1993).

- **Benaderingscopingskale**
 - Logiese Analise (LA)
 - ◆ Kognitiewe pogings met die doel om die stressor te verstaan asook om op die nagevolge daarvan voor te berei.
 - Positiewe Herdefiniëring (PR)
 - ◆ Kognitiewe pogings om 'n probleem op 'n positiewer wyse te herkonstrueer, sonder om die realiteit van die situasie uit die oog te verloor.
 - Soeke na Leiding en Ondersteuning (SG)
 - ◆ Dit is aktiewe gedragspogings om inligting, leiding of ondersteuning te verkry.

- Probleemoplossing (PS)
 - ◆ Aktiewe en direkte gedragspogings om die probleem en die gevolge daarvan te hanteer en op te los.
- **Vermydingscopingskale**
 - Kognitiewe Vermyding (CA)
 - ◆ Kognitiewe pogings om die probleem te vermy deur nie realisties daaroor te dink nie.
 - Aanvaarding of Gelatenheid (AR)
 - ◆ Kognitiewe pogings om die situasie te aanvaar soos dit is en te besluit dat die omstandighede onveranderbaar is.
 - Soeke na Alternatiewe Belonings (SR)
 - ◆ Gedragspogings waardeur die persoon by alternatiewe aktiwiteite betrokke raak en so nuwe bronne vir bevrediging verkry.
 - Emosionele Ontlading (ED)
 - ◆ Gedragspogings wat daarop gerig is om spanning te verlig deur uiting te gee aan negatiewe emosies.

Die vraelys neem ongeveer 15 minute om in te vul en is in twee dele verdeel (Moos, 1993). Deel 1 behels die beskrywing van 'n stresvolle insident wat die persoon in die laaste 12 maande ervaar het asook 10 vrae daaroor. Hierdie afdeling bied inligting oor hoe 'n persoon 'n fokale stressor en die gevolge daarvan waarneem en word kwalitatief beoordeel. Deel 2 bestaan uit 48 vrae wat die respondent op 'n vierpunt-frekwensieskaal beantwoord wat wissel van “nooit of byna nooit” tot “byna altyd of altyd”. Hierdie deel handel oor die copingstrategieë wat die respondent ten tye van die spesifieke stresvolle situasie gebruik het. Vir die doel van hierdie studie is slegs op Deel 2 gefokus.

Die CRI-Adult word nagesien deur die tellings per hand op die items vir elke skaal bymekaar te tel. Hierdie totaalstelling is die routelling vir elke skaal. Standaardtellings

kan met behulp van 'n profielblad bereken word om sodoende die respondent se copingprofiel saam te stel. Tabel 13 stel die kriteria vir die interpretasie van die standaardtellings voor (Moos, 1993).

Tabel 13: Kriteria vir CRI-Adult standaardtellings

Standaardtelling	Persentielrang	Beskrywing
≤34	≤6	Aansienlik ondergemiddeld
35-40	7-16	Redelik ondergemiddeld
41-45	17-33	Net ondergemiddeld
46-54	34-66	Gemiddeld
55-59	67-83	Net bogemiddeld
60-65	84-93	Redelik bogemiddeld
≥66	≥94	Aansienlik bogemiddeld

5.5.3.2.3 Geldigheid en betroubaarheid

In die huidige ondersoek wissel die alfa betroubaarheidskoëffisiënte tussen 0.35 en 0.76. In 'n vorige studie (Moos, 1993) wissel die betroubaarheidsindekse (Cronbach-alfa) van 0.61 tot 0.74 vir mans en 0.58 tot 0.71 vir vroue. Moos (1993) rapporteer verder 'n matig positiewe interkorrelasie tussen die agt skale, naamlik 0.29 vir mans en 0.25 vir vroue. Toets-hertoets-betroubaarheids-koëffisiënte het gewissel van 0.45 vir mans tot 0.43 vir vroue nadat 'n twaalf maande tydperk verloop het.

Die spesifieke betroubaarheidskoëffisiënte vir mans en dames soos deur Moos (1993) verkry, word in Tabel 14 uiteengesit.

Tabel 14: Chronbach-alfa betroubaarheidskoëffisiënte vir Mans en Dames op die CRI-Adult-skale

Skaal	Mans	Dames
Logiese Analise	0.67	0.64
Positiewe Herdefiniëring	0.74	0.71
Soeke na Leiding en Ondersteuning	0.61	0.60
Probleemoplossing	0.68	0.63
Kognitiewe Vermyding	0.72	0.70
Aanvaarding of Gelatenheid	0.64	0.60
Soeke na Alternatiewe Belonings	0.68	0.71
Emosionele Ontlading	0.62	0.58

5.5.3.2.4 Motivering vir keuse en gebruik

Die CRI-Adult is reservert en beskik oor aanvaarbare psigometriese kwaliteite. Moos (1993) dui ook aan dat die vraelys veral gebruik word vir kliniese beskrywings en die beplanning en evaluasie van programme. In die raamwerk van hierdie studie is dit dan juis nodig om die intervensieprogram met betrekking tot die persoon se copingresponse te evalueer.

5.5.4 MEETINSTRUMENT VIR IRRASIONELE GEDAGTES

5.5.4.1 Outomatiese Gedagtesvraelys/Automatic Thought Questionnaire (ATQ) (Hollon & Kendall, 1980)

5.5.4.1.1 Rasionaal

Die ATQ is ontwerp met die doel om die frekwensie van outomatiese negatiewe gedagtes wat met depressie geassosieer word, te meet (Hollon & Kendall, 1980). Die vraelys verskaf 'n wyse waarop die basiese teorie rakende kognitiewe inhoud by

gedrags- en affektiewe prosesse getoets kan word en assessee verder die verandering in kennis wat met psigoterapeutiese intervensie geassosieer word.

5.5.4.1.2 Aard, administrasie en interpretasie

Die ATQ is 'n selfrapporteringsvraelys wat uit 30 items bestaan. Elke item word op 'n vyfpuntskaal beantwoord waar 1 “glad nie”, 2 “soms”, 3 “middelmatig”, 4 “gewoonlik” en 5 “altyd” beteken. Die 30 items word in vier faktore ingedeel, naamlik (Hollon & Kendall, 1980):

- **Persoonlike wanaanpassing en behoefte aan verandering**
Dit behels dat die persoon sy optrede bevraagteken, maar ook 'n behoefte uitspreek dat hy sou wou verander.
- **Negatiewe selfkonsep en negatiewe verwagtinge**
Die faktor reflekteer 'n negatiewe siening van homself en sy toekoms.
- **Lae selfesteem**
Dit verwys na 'n gevoel van waardeloosheid en selfhaat.
- **Hulpeloosheid/Moed opgee**
Die faktor reflekteer 'n gevoel dat dit nie die moeite werd is om aan te gaan met enigiets nie.

Alhoewel die vraelys vier faktore onderskei, word interpretasies slegs met die totaal telling van die vraelys gemaak. Hierdie totaal telling kan tussen 30 en 150 wissel (Harrell & Ryon, 1983). 'n Hoër telling word met meer outomatiese negatiewe gedagtes en depressie geassosieer. In Hollon en Kendall (1980) se studie is 'n gemiddelde totaal telling van 79.64 by depressiewe persone en 'n gemiddelde totaal telling van 48.57 by nie-depressiewe persone gevind, terwyl Harrell en Ryon (1983) gemiddelde tellings van onderskeidelik 88.90 en 38.35 gevind het. Hierdie gemiddelde tellings gee 'n aanduiding vir kliniese interpretasie.

5.5.4.1.3 Geldigheid en betroubaarheid

Hollon en Kendall (1980) dui aan dat die betroubaarheidskoëffisiënt vir die ATQ 0.96 is terwyl 'n latere studie deur Harrell en Ryon (1983) vir depressiewe persone 'n alfakoëffisiënt van 0.94 aandui en vir nie-depressiewe persone 0.91. Itemkorrelasie met die totaalstelling wissel onderskeidelik tussen 0.47 en 0.78 (Hollon & Kendall, 1980) en 0.56 en 0.91 (Harrell & Ryon, 1983). Die betroubaarheidsindekse is dus redelik bevredigend en regverdig verdere gebruik van die vraelys. 'n Verdere belangrike aanduiding is ook goeie korrelasie met die Beck Depressieskaal en die Minnesota Multifase Persoonlikheidsvraelys se depressieskaal wat wissel van 0.45 tot 0.70 (Hollon & Kendall, 1980). In die huidige studie is 'n baie hoë Chronbach-alfakoëffisiënt van 0.96 gevind.

5.5.4.1.4 Motivering vir keuse en gebruik

Individue wat meer outomatiese negatiewe gedagtes ervaar, reageer meer intens as ander persone op kognitiewe induksie van 'n depressiewe gemoed (McHugh & Wierzbicki, 1998). Dit bring egter mee dat 'n persoon ook meer vatbaar vir kognitiewe intervensiestrategieë is. Die ATQ as meetinstrument is bruikbaar om 'n verbetering in hierdie verband te evalueer.

5.5.5 MEETINSTRUMENT VIR SOSIALE VAARDIGHEDE

5.5.5.1 Sosiale Vaardigheidsvraelys/Social Skills Inventory (SSI) (Riggio, 1986; Riggio & Throckmorton, 1986)

5.5.5.1.1 Rasionaal

Die SSI is deur Riggio (1986) ontwikkel en meet basiese sosiale en kommunikasievaardighede. Die basiese dimensies van sosiale vaardighede behels die versending, ontvangs en kontrole van boodskappe op emosioneel-nie-verbale asook sosiaal-verbale vlak. Dit bring mee dat sosiale vaardighede in hierdie konteks beskryf kan word as 'n vermoë wat die inisiëring, ontwikkeling en instandhouding van interpersoonlike verhoudinge fasiliteer (Riggio, 1986). 'n Sosiaalvaardige persoon word dan

beskryf as 'n persoon wat oor 'n gebalanseerde vermoë in al die basiese sosiale vaardigheidsdimensies beskik (Riggio & Throckmorton, 1986).

5.5.5.1.2 Aard, administrasie en interpretasie

Die SSI is 'n selfrapporteringsvraelys wat uit 105 stellings rakende sosiale vaardig-hede bestaan en word soos volg in sewe dimensies verdeel (Riggio, 1986; Riggio & Throckmorton, 1986).

- **Emosionele Ekspressiwiteit (EE)**

Hierdie dimensie verwys na die algemene vaardigheid van versending van nie-verbale boodskappe. Dit reflekteer verder die individu se vermoë tot spontane en akkurate uitdrukking van emosies asook die vermoë om op 'n nie-verbale vlak houdings en tekens rakende interpersoonlike oriëntasie uit te druk.

- **Emosionele Sensitiwiteit (ES)**

Dit verwys na die algemene vaardigheid om nie-verbale boodskappe van ander te ontvang en te ontleed. Dit kan ook 'n aanduiding wees van die mate waarin 'n individu empatie teenoor 'n ander persoon se emosies ervaar.

- **Emosionele Kontrole (EK)**

Hierdie dimensie verwys na die algemene vermoë om emosionele en nie-verbale uitdrukking te kontroleer en te reguleer.

- **Sosiale Ekspressiwiteit (SE)**

Sosiale Ekspressiwiteit verwys na 'n algemene verbale spraakvaardigheid asook die vermoë om ander in sosiale interaksie te betrek.

- **Sosiale Sensitiwiteit (SS)**

Dit is die vermoë om verbale kommunikasie te ontleed en te verstaan.

Sosiale Sensitiwiteit verwys ook na 'n persoon se algemene kennis rakende die norme van sosiaaltoepaslike gedrag en optrede.

- **Sosiale Kontrole (SK)**

Dit verwys na die algemene vaardigheid van 'n persoon om hom sosiaal uit te beeld en verskillende gepaste sosiale rolle aan te neem.

- **Sosiale Manipulasie (SM)**

Sosiale manipulasie is eerder 'n algemene houding of oriëntasie as 'n vaardigheid. Dit behels die oortuiging dat dit in sommige situasies nodig en bruikbaar is om ander persone of elemente in die situasie te manipuleer ten einde bevredigende resultate te verkry.

Die SSI neem ongeveer 20 tot 45 minute om in te vul en kan individueel of in groepsverband afgeneem word (Riggio & Throckmorton, 1986). Items word op 'n negepuntskaal met tellings wat wissel van -4 ("glad nie van toepassing op my") tot +4 ("heeltemal van toepassing op my") ingevul. Vir nasiendoeleindes word elkeen van die sewe dimensies (wat uit 15 items elk bestaan) se telling bereken deur die gekodeerde responskaal van 1 tot 9. Dit is egter belangrik om daarop te let dat sekere items se waarde omgekeer word. 'n Hoër telling dui op goeie sosiale vaardighede en 'n laer telling op swakker vaardighede vir die betrokke dimensie. Dit gee dus 'n aanduiding van areas waarin die persoon probleme kan ondervind. Die totale telling van al die items van die SSI is 'n aanduiding van die persoon se totale sosiale vaardigheid.

5.5.5.1.3 Geldigheid en betroubaarheid

Die Cronbach-alfa betroubaarheidskoëffisiënte vir die SSI wissel van 0.75 tot 0.88 vir 'n groep van 149 studente (Riggio, 1986; Riggio & Throckmorton, 1986). Die spesifieke alfakoëffisiënte vir die onderskeie dimensies word volledig in Tabel 15 uiteengesit.

Tabel 15: Alfakoëffisiënte vir die verskillende skale van die SSI

SSI Skale	Alfakoëffisiënt
Emosionele Ekspressiwiteit (EE)	0.75
Emosionele Sensitiwiteit (ES)	0.78
Emosionele Kontrole (EK)	0.76
Sosiale Ekspressiwiteit (SE)	0.88
Sosiale Sensitiwiteit (SS)	0.84
Sosiale Kontrole (SK)	0.87
Sosiale Manipulasie (SM)	0.77

Vir die toets-hertoets-betroubaarheid is die SSI na 'n twee weke tydperk op 40 studente toegepas. Die betroubaarheidsindeks wissel van 0.81 tot 0.96 op die 1%-skaal van beduidendheid en word in Tabel 16 uiteengesit.

Tabel 16: Toets-hertoets-betroubaarheid vir skale van SSI

SSI Skale	Toets-hertoets betroubaarheid
Emosionele Ekspressiwiteit (EE)	0.81
Emosionele Sensitiwiteit (ES)	0.90
Emosionele Kontrole (EK)	0.88
Sosiale Ekspressiwiteit (SE)	0.96
Sosiale Sensitiwiteit (SS)	0.86
Sosiale Kontrole (SK)	0.92
Sosiale Manipulasie (SM)	0.85

Meer onlangse studies het 'n Cronbach-alfatelling van 0.87 (Nienaber, 1992) en 0.82 (Burger, 1999) verkry. In die huidige studie is 'n ietwat laer Chronbach-alfakoëffisiënt van 0.60 vir die Totaaltelling gevind, terwyl die subskale se koëffisiënt tussen 0.33 en 0.75 wissel.

5.5.5.1.4 Motivering vir keuse en gebruik

Die ontwikkeling van sosiale vaardighede is baie belangrik in 'n intervensieprogram vir depressie lyers aangesien depressiewe persone oor swakke sosiale vaardighede beskik (Gotlib, 1982). Die SSI beskik oor aanvaarbare psigometriele kwaliteite en word dus as geskik geag om te bepaal of individue na blootstelling aan 'n terapeutiese ingreep, ten opsigte van hulle sosiale vaardighede, verbeter het.

5.6 STATISTIESE VERWERKING VAN DATA

Die Statistiese Konsultasiediens van die PU vir CHO het die statistiese analise van die toetsresultate gedoen met behulp van die SAS-pakket (1996).

Die betroubaarheid van elke meetinstrument is bepaal deur Chronbach se alfakoëffisiënt te bereken (Ferguson, 1987). Verder is beskrywende statistiek (gemiddeldes en standaardafwykings) vir alle skale en subskale bereken.

Vir die doel van hierdie ondersoek is daar nie van parametriesse toetse, soos t-toetse, gebruik gemaak nie, aangesien die steekproefgrootte te klein is en normaliteit van data dus nie aanvaar kan word nie (Steyn, Smit, Du Toit & Strasheim, 1998). Hier is dus van nie-parametriesse toetse gebruik gemaak. Die Wilcoxon rangsomtoets is dus gedoen om die eksperimentele en kontrolegroepgemiddeldes met mekaar te vergelyk en te bepaal of die groepe ten opsigte van die voortoets verskil. Vir verdere interpretasie word ook gekyk of die eksperimentele en kontrolegroep verskil ten opsigte van die verskiltelling. Die verskiltelling is die verskil vir die eksperimentele groep en kontrolegroep apart tussen die voortoets- en natoetstellings. Om die verskiltelling te bereken word die voortoetstelling van die natoetstelling afgetrek. Die Wilcoxon rangsomtoets word dan gebruik om te bepaal of daar 'n statisties betekenisvolle verskil tussen die eksperimentele groep en die kontrolegroep se gemiddelde verskiltellings is. Laastens is die Wilcoxon tekenrangtoets gebruik om te bepaal of die voortoets- en natoetsgemiddeldes van mekaar verskil vir die eksperimentele en ook kontrolegroep.

Statistiese betekenisvolheid word deur gebruikmaking van die p-waarde getoets. Vir die doeleindes van die huidige studie is 'n waarskynlikheidsvlak van 0.05 (op die 5%-

peil) as beduidend aanvaar terwyl 0.01 (op die 1%-peil) hoogs beduidend is.

Slegs wanneer statistiese betekenisvolheid aangedui is, kom praktiese betekenisvolheid ter sprake. Met behulp van Cohen (1977) se d-waardes vir effekgroottes, word bepaal of steekproefgemiddeldes prakties betekenisvol verskil. Die effekgrootte is onafhanklik van eenhede en steekproefgrootte. By die gebruik van Wilcoxon se rangsomtoets om tussen groepverskille te bepaal, definieer Cohen (1977) effekgrootte (d) soos volg:

$$d = \frac{\mu_E - \mu_K}{\text{Grootste } (S_E, S_K)}$$

By die gebruik van Wilcoxon se tekenrangtoets om binnegroepe se voor- en natoetsverskiltellings te bepaal, word die d-waarde met die volgende formule bereken:

$$d = \frac{\text{Gem. van verskil}}{\text{Gem. SA van verskil}}$$

Die kriteria vir die effekgroottes tussen twee gemiddeldes word soos volg deur Steyn (1999) uiteengesit:

- d = 0.2 dui op 'n klein effek, wat 'n aanduiding van nie-beduidendheid is.
- d = 0.5 dui op 'n medium effek wat behels dat die effek waarneembaar is en dalk op beduidendheid kan dui; 'n verdere eksperiment kan moontlik beduidender resultate oplewer.
- d = 0.8 dui op 'n groot effek waar die resultate beduidend is en ook van praktiese belang is.

Vir die doel van hierdie ondersoek word $d \geq 0.8$ as prakties betekenisvol aanvaar.

5.7 DIE FORMULERING VAN NUL- EN ALTERNATIEWE HIPOTESSES

In wetenskaplike navorsing word 'n navorsingsvraag ontwerp waaraan verskillende hipoteses getoets word. Nulhipoteses (H_0) behels dat daar geen verskille tussen eksperimentele en kontrolegroepe ten opsigte van die navorsingsvraag is nie. In statistiese verwerking word dus gepoog om die nulhipotese te verwerp, wat die logiese afleiding tot gevolg het dat die alternatiewe hipotese nie verwerp word nie (Ferguson, 1987; Steyn *et al.*, 1998). In hierdie empiriese ondersoek word die nulhipotese verwerp indien $p \leq 0.05$. Vir die doel van hierdie studie is die volgende nul- en alternatiewe hipoteses getoets (ter wille van die voorkoming van omslagtigheid word hipoteses vir die onderskeie meetinstrumente gesamentlik geformuleer):

- HO1:** Daar is geen beduidende verskil tussen die voortoetstellings van die eksperimentele en kontrolegroep ($H_{01}: \mu_{EV} = \mu_{KV}$), soos gemeet met die betrokke meetinstrument (BDS, POMS, DCQ, CRI-Adult, ATQ en SSI) of enige subskaal van hierdie meetinstrument nie.
- HA1:** Daar is 'n beduidende verskil tussen die voortoetstellings van die eksperimentele en kontrolegroep ($H_{A1}: \mu_{EV} < > \mu_{KV}$), soos gemeet met die betrokke meetinstrument (BDS, POMS, DCQ, CRI-Adult, ATQ en SSI) of enige subskaal van hierdie meetinstrument.
- HO2:** Daar is geen beduidende verskil tussen die voortoets- en natoets-gemiddeldes van die eksperimentele groep ($H_{O2}: \mu_n - \mu_v = 0$), soos gemeet met die betrokke meetinstrument (BDS, POMS, DCQ, CRI-Adult, ATQ en SSI) of enige subskaal van hierdie meetinstrument nie.
- HA2:** Daar is 'n beduidende verskil tussen die voortoets- en die natoets-gemiddeldes van die eksperimentele groep ($H_{A2}: \mu_n - \mu_v > 0$ of $\mu_n - \mu_v < 0$), soos gemeet met die betrokke meetinstrument (BDS, POMS, DCQ, CRI-Adult, ATQ en SSI) of enige subskaal van hierdie meetinstrument.

- HO3:** Daar is geen beduidende verskil tussen die voortoets- en natoets-gemiddeldes van die kontrolegroep ($HO_3: \mu_n - \mu_v = 0$), soos gemeet met die betrokke meetinstrument (BDS, POMS, DCQ, CRI-Adult, ATQ en SSI) of enige subskaal van hierdie meetinstrument nie.
- HA3:** Daar is 'n beduidende verskil tussen die voortoets- en die natoets-gemiddeldes van die kontrolegroep ($HA_3: \mu_n - \mu_v > 0$ of $\mu_n - \mu_v < 0$), soos gemeet met die betrokke meetinstrument (BDS, POMS, DCQ, CRI-Adult, ATQ en SSI) of enige subskaal van hierdie meetinstrument.
- HO4:** Daar is geen beduidende verskil tussen die gemiddelde voor- en natoetsverskiltellings van die eksperimentele groep en kontrolegroep ($HO_4: \mu_{Everskil} = \mu_{Kverskil}$), soos gemeet met die betrokke meetinstrument (BDS, POMS, DCQ, CRI-Adult, ATQ en SSI) of enige subskaal van hierdie meetinstrument nie.
- HA4:** Daar is 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde voor- en natoetsverskiltellings van die eksperimentele groep en kontrolegroep ($HA_4: \mu_{Everskil} < > \mu_{Kverskil}$), soos gemeet met die betrokke meetinstrument (BDS, POMS, DCQ, CRI-Adult, ATQ en SSI) of enige subskaal van hierdie meetinstrument.

5.8 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is die eksperimentele ondersoek uiteengesit met verwysing na die navorsingsontwerp, die ondersoekgroep en die prosedure gevolg. Die meetinstrumente is beskryf, die prosedure van statistiese verwerking van data is aangedui en hipoteses is geformuleer. In die volgende hoofstuk word die resultate van hierdie ondersoek uiteengesit en geïnterpreteer.

RESULTATE EN INTERPRETASIE

6.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word die resultate van die empiriese ondersoek weergegee en geïnterpreteer. Eerstens sal 'n samevatting van die betroubaarheidskoëffisiënte van die verskillende meetinstrumente gegee word. Daarna word die vergelykbaarheid van die voortoetstellings van die eksperimentele en kontrolegroep per meetinstrument gerapporteer. Volgende word die binnegroep- en tussengroepverskille van die eksperimentele groep en kontrolegroep vergelyk. In hierdie spesifieke afdeling word die beskrywende statistiek, die beduidendheid van die verskil tussen die voortoets- en die natoetsgemiddeldes binne die eksperimentele groep en die kontrolegroep en laastens die beduidendheid van die verskille tussen die gemiddelde voor- en natoetsverskiltellings van die eksperimentele groep en kontrolegroep per meetinstrument weergegee. Ten slotte word kwalitatiewe opmerkings van die groepslede wat die saamgestelde intervensieprogram deurloop het, weergegee en ontleed.

6.2 KWANTITATIEWE RESULTATE EN INTERPRETASIE

6.2.1 BETROUBAARHEIDSKOËFFISIËNTE VAN MEET-INSTRUMENTE

In Tabel 17 word 'n samevatting van die betroubaarheidskoëffisiënte van die verskillende meetinstrumente wat in die huidige ondersoek gebruik is, aangedui. Vir die doel is Chronbach-alfas (α) gebruik.

Tabel 17: Chronbach-alfa betroubaarheidskoëffisiënte van meetinstrumente

Meetinstrument	Subskale	α
Beck Depressieskaal (BDS)		0.79
Profiel van Gemoedstate (POMS)	Spanning-Angs (T)	0.85
	Depressie-Neerslagtigheid (D)	0.90
	Woede-Vyandigheid (A)	0.89
	Lewenslus-Aktiwiteit (V)	0.83
	Moegheid-Traagheid (F)	0.83
	Verwarring-Verbystering (C)	0.76
Depressie Copingvraelys (DCQ)	Sosiale Ondersteuning (SO)	0.62
	Probleemoplossing (PO)	0.70
	Selfblaam/Ontsnapping (SB)	0.21
	Bevrediging (BV)	0.19
	Aktiwiteite (AK)	0.41
Copingvraelys vir Volwassenes (CRI-A)	Logiese Analise (LA)	0.75
	Positief Herdefinieer (PR)	0.75
	Soek Leiding (SG)	0.65
	Probleemoplossing (PS)	0.76
	Kognitiewe Vermydning (CA)	0.71
	Aanvaarding (AR)	0.61
	Alternatiewe Beloning (SR)	0.63
Outomatiese Gedagtesvraelys (ATQ)	Emosionele Ontlading (ED)	0.45
		0.96
Sosiale Vaardigheidsvraelys (SSI)	SSI Totaaltelling	0.60
	Emosionele Ekspressiwiteit (EE)	0.33
	Emosionele Sensitiwiteit (ES)	0.62
	Emosionele Kontrole (EC)	0.38
	Sosiale Ekspressiwiteit (SE)	0.49
	Sosiale Sensitiwiteit (SS)	0.75
	Sosiale Kontrole (SC)	0.36
	Sosiale Manipulasie (SM)	0.56

'n Alfa-waarde groter as 0.50 dui op 'n aanvaarbare betroubaarheid vir vergelyking van groepe, terwyl alfa-waardes hoër as 0.70 vir die individuele gebruik van skale nodig is (Smit, 1991). Chronbach-alfas vir die subskale Aggressie, Medikasie, Stimulante, Ongesonde Eetgewoontes, TV-kyk en Ignoreer van die Probleem by die Depressie Copingvraelys kan nie bereken word nie, aangesien hierdie skale uit te min items bestaan.

Die meeste betroubaarheidsindekse wat in Tabel 17 gerapporteer word, vergelyk gunstig met dié van ander navorsers vir die Verkorte Beck Depressieskaal (Beck & Beamesderfer, 1974; Robinson & Bacon, 1996), die Profiel van Gemoedstate (Burger, 1999; McNair *et al.*, 1992), die Copingvraelys vir Volwassenes (Moos, 1993) en die Outomatiese Gedagtesvraelys (Harrel & Ryon, 1983; Hollon & Kendall, 1980). Hoë betroubaarheidsindekse word dan ook by die meeste van hierdie meetinstrumente se skale en subskale verkry. Die Verkorte Beck Depressieskaal (BDS), die Profiel van Gemoedstate (POMS), Sosiale Ondersteuning en Probleemoplossing van die Depressie Copingvraelys, die subskale van die Copingvraelys vir Volwassenes (CRI-A), met die uitsondering van Emosionele Ontlading, die Outomatiese Gedagtesvraelys (ATQ) en die subskale Emosionele Sensitiwiteit, Sosiale Sensitiwiteit, Sosiale Manipulasie en die Totaaltelling van die Sosiale Vaardigheidsvraelys se betroubaarheidsindekse was almal goed. Dit behels dat die resultate van hierdie skale as betroubaar beskou kan word.

Subskale met relatief lae Chronbach-alfawaardes is Selfblaaam, Bevrediging en Aktiwiteite van die Depressie Copingvraelys, Emosionele Ontlading van die Copingvraelys vir Volwassenes en die subvelde Emosionele Ekspressiwiteit, Emosionele Kontrole, Sosiale Ekspressiwiteit en Sosiale Kontrole van die Sosiale Vaardigheidsvraelys. Hierdie subskale behoort by die rapportering van resultate met versigtigheid geïnterpreteer te word, aangesien hulle betroubaarheid vir die populasie van hierdie studie nie na wense is nie. Vroeëre navorsing het egter by verskeie ander populasies vir die Depressie Copingvraelys (Kleinke, 1988), Emosionele Ontlading van die Copingvraelys vir Volwassenes (Moos, 1993) en die Sosiale Vaardigheidsvraelys (Burger, 1999; Nienaber, 1992; Riggio, 1986) bevredigende betroubaarheidskoëffisiënte gevind.

6.2.2 VERGELYKING VAN DIE VOORTOETSTELLINGS VAN DIE EKSPERIMENTELE EN KONTROLEGROEP

Die Wilcoxon rangsomtoets is gebruik om te bepaal of die voortoetstellings van al die skale vir die eksperimentele en kontrolegroep verskil. Die resultate van die totale eksperimentele groep (n=30) en kontrolegroep (n=30) word per meetinstrument in Tabel 18 uiteengesit.

Tabel 18: Vergelyking van die voortoetsgemiddeldes van die eksperimentele en kontrolegroep op die verskillende meetinstrumente

Skale en Subvelde	Eksperimenteel		Kontrole		p	d
	Gem	SA	Gem	SA		
BDS:	11.233	6.135	8.967	4.427	0.0627	nvt
POMS:						
Poms Totaaltelling	81.033	39.119	80.667	38.966	0.8708	nvt
Spanning-Angs (T)	20.667	8.079	21.400	6.956	0.5991	nvt
Depressie-Neerslagtig (D)	27.267	11.617	26.067	12.443	0.7730	nvt
Woede-Vyandigheid (A)	16.667	10.025	19.467	10.520	0.2516	nvt
Lewenslus-Aktiwiteit (V)	12.467	6.527	13.433	5.829	0.5734	nvt
Moegheid-Traagheid (F)	14.200	5.714	13.267	5.669	0.5883	nvt
Verward-Verbystering (C)	14.700	4.970	13.900	5.448	0.5484	nvt
DCQ:						
Sosiale Ondersteuning (SO)	15.500	3.875	16.867	4.754	0.1993	nvt
Probleemoplossing (PO)	16.667	5.235	17.000	4.017	0.7725	nvt
Selfblaam (SB)	24.633	3.828	24.333	4.467	0.7607	nvt
Aggressie (AG)	7.433	2.800	8.333	2.397	0.1212	nvt
Bevrediging (BV)	5.433	2.315	5.400	2.298	0.9700	nvt
Aktiwiteite (AK)	9.400	3.244	10.100	3.428	0.2675	nvt
Medikasie Gebruik (ME)	2.700	2.261	2.867	1.814	0.2400	nvt
Stimulante (ST)	5.967	2.918	6.133	2.921	0.8231	nvt

Tabel 18 (vervolg)

Skale en Subvelde	Eksperimenteel		Kontrole		p	d
	Gem	SA	Gem	SA		
Eetgewoontes (EG)	3.933	1.362	4.000	1.619	0.8443	nvt
TV-kyk (TV)	4.200	1.448	4.433	1.675	0.5927	nvt
Ignoreer Probleem (IG)	3.800	1.627	3.767	1.478	0.9640	nvt
CRI-A:						
Logiese Analise (LA)	10.133	4.447	11.700	3.053	0.2096	nvt
Positief Herdefinieer (PR)	9.867	4.408	10.800	3.908	0.4101	nvt
Soek Leiding (SG)	10.300	4.061	10.600	3.338	0.6670	nvt
Probleemoplossing (PS)	10.100	4.270	11.833	3.914	0.0775	nvt
Vermyn Kognitief (CA)	10.900	3.836	11.033	4.181	0.8529	nvt
Aanvaarding (AR)	10.767	3.540	9.200	3.727	0.0812	nvt
Alternatiewe Beloning (SR)	8.900	3.960	8.600	3.578	0.7052	nvt
Emosionele Ontlading (ED)	7.433	3.431	7.200	3.0780	0.7661	nvt
ATQ:	79.433	20.796	66.533	19.265	0.0260*	0.620**
SSI:						
SSI Totaaltelling	597.167	18.002	596.700	20.284	0.9587	nvt
Emos. Ekspressie (EE)	69.533	6.399	71.800	4.460	0.2601	nvt
Emos. Sensitiwiteit (ES)	109.467	4.208	107.867	8.815	0.6781	nvt
Emosionele Kontrole (EC)	76.800	6.578	76.933	5.051	0.6299	nvt
Sosiale Ekspressiwiteit (SE)	94.200	6.065	93.667	6.625	0.5389	nvt
Sosiale Sensitiwiteit (SS)	99.467	7.094	100.567	8.831	0.6410	nvt
Sosiale Kontrole (SC)	63.667	5.591	63.900	5.821	0.9882	nvt
Sosiale Manipulasie (SM)	84.033	6.547	81.967	6.744	0.2105	nvt

* Beduidend op die 5%-peil

** Medium effek

BDS = Verkorte Beck Depressieskaal

POMS = Profiel van Gemoedstate

DCQ = Depressie Copingvraelys

CRI-A = Copingvraelys vir Volwassenes

ATQ = Outomatiese Gedagtesvraelys

SSI = Sosiale Vaardigheidsvraelys

Uit Tabel 18 blyk dit dat daar geen statisties beduidende (op die 5%- sowel as die 1%-peil) of prakties betekenisvolle verskille tussen die eksperimentele en kontrolegroepe se voortoetstellings vir die Verkorte Beck Depressieskaal, die Profiel van Gemoedstate, die Depressie Copingvraelys, die Copingvraelys vir Volwassenes en die Sosiale Vaardigheidsvraelys bestaan nie. H_{O1} ($\mu_{EV} = \mu_{KV}$) word dus ten opsigte van al hierdie skale nie verwerp nie. Dit behels dus dat die eksperimentele groep en die kontrolegroep voor die aanvang van die intervensieprogram nie verskil ten opsigte van hulle belewing van depressie, spanning, lewenslus, uitputting en verbystering nie. Die groepe verskil ook nie ten opsigte van hul gebruik van copingstrategieë en basiese sosiale en kommunikasievaardighede nie.

Uit Tabel 18 blyk dit dat daar slegs op een meetinstrument naamlik, die Outomatiese Gedagtesvraelys 'n statisties beduidende verskil tussen die eksperimentele en die kontrolegroep se voortoetstellings bestaan en wel op die 5%-peil. H_{O1} ($\mu_{EV} = \mu_{KV}$) word dus ten opsigte van die Outomatiese Gedagtesvraelys verwerp. Die statisties beduidende verskil is egter van medium effek ($d = 0.620$) en dus nie prakties betekenisvol nie. Vir sinvolle interpretasie van die resultate van die Outomatiese Gedagtesvraelys en ander meetinstrumente word die binnegroep- en tussen-groepverskille van die eksperimentele groep en kontrolegroep vergelyk.

6.2.3 VERGELYKING VAN DIE BINNEGROEP- EN TUSSENGROEPVERSKILLE VAN DIE EKSPERIMENTELE EN KONTROLEGROEP

In hierdie afdeling word die resultate per meetinstrument vir die eksperimentele groep ($n = 30$) en die kontrolegroep ($n = 30$) weergegee en geïnterpreteer. Die resultate word in die onderskeie afdelings, naamlik meetinstrumente vir depressie, coping, irrasionele gedagtes en sosiale vaardighede bespreek.

6.2.3.1 Meetinstrumente vir depressie

6.2.3.1.1 Die Verkorte Beck Depressieskaal (BDS)

In Tabel 19 word die beskrywende statistiek vir die Verkorte Beck Depressieskaal gerapporteer. Hierdie meetinstrument gee 'n aanduiding van die mate waarin depressiesimptome by 'n persoon voorkom en hoe ernstig die graad van depressie is. 'n Telling van 0-3 dui op geen of minimale depressie, 4-7 op 'n ligte graad van depressie, 8-15 op 'n matige graad van depressie en 16 of meer 'n ernstige graad van depressie (Beck & Beamesderfer, 1974).

Tabel 19: Beskrywende statistiek vir die eksperimentele en kontrolegroep soos tydens voor- en natoetsing met die Verkorte Beck Depressieskaal verkry

Groep	Voortoetsing				Natoetsing			
	Gem	SA	Min	Maks	Gem	SA	Min	Maks
Eks	11.233	6.134	5.000	35.000	5.000	4.074	0.000	15.000
Kon	8.967	4.422	5.000	25.000	6.800	4.246	0.000	15.000

Uit Tabel 19 blyk dit dat beide die eksperimentele en kontrolegroep 'n matige graad van depressie openbaar. Individue van die eksperimentele groep toon egter simptome van 'n ligte tot 'n ernstige graad, terwyl individue in die kontrolegroep se simptome van min of geen tot 'n ernstige graad wissel (vergelyk met Beck & Beamesderfer, 1974). Ander navorsers rapporteer voortoetstellings van 7.15 (Strydom, 1995) en 9.27 (Robinson & Bacon, 1996) voor die begin van onderskeidelik 'n program vir nooddienpersoneel en 'n program wat die stigmatisering van vetwees by 'n groep vroue ondersoek. Vir individue wat rou oor die dood van 'n gesinslid het Leahy (1992) 'n gemiddelde telling van 7.28 gevind. Dit wil dus voorkom of die huidige navorsingspopulasie se belewing van depressiesimptome van 'n ernstiger graad is as wat by vorige navorsing gevind is. Dit kan verklaar word deurdat die ondersoek juis op die verligting van depressie gerig is.

In Tabel 20 word die beduidendheid van die verskil tussen die voortoets- en natoets-gemiddeldes van die eksperimentele groep en die kontrolegroep vir die Verkorte Beck Depressieskaal weergegee.

Tabel 20: Die beduidendheid van die verskil tussen die voortoets- en natoets-gemiddeldes binne die eksperimentele groep en die kontrolegroep vir die Verkorte Beck Depressieskaal

Groep	Voortoetsing		Natoetsing		Gem verskil	SA verskil	p	d
	Gem	SA	Gem	SA				
Eksp	11.233	6.135	5.467	4.075	-5.767	6.473	0.00005**	0.891###
Kon	8.967	4.422	6.800	4.246	-2.167	4.276	0.00475**	0.507##

** Beduidend op die 1%-peil

Medium effek

Groot effek

Uit Tabel 20 blyk dit dat die eksperimentele groep en die kontrolegroep by natoetsing 'n statisties beduidende verskil op die 1%-peil getoon het. Op grond hiervan kan H_{O2} ($\mu_n - \mu_v = 0$) en H_{O3} ($\mu_n - \mu_v = 0$) verwerp word en is daar 'n statisties betekenisvolle verbetering by beide die eksperimentele groep en die kontrolegroep. Die verskil by die kontrolegroep is egter net van medium effek ($d = 0.507$) wat dus nie prakties betekenisvol is nie. Die verskil by die eksperimentele groep is egter van groot effek ($d = 0.891$) wat praktiese betekenisvolheid aandui. Dit beteken dat die eksperimentele groep na afloop van die saamgestelde intervensieprogram 'n betekenisvolle verligting van depressiesimptome ervaar het. Dit blyk verder dat die eksperimentele groep se depressie van 'n matige graad tot 'n ligte graad van depressie verminder het.

In Tabel 21 word die beduidendheid van die verskille tussen die gemiddelde voor- en natoetsverskiltellings van die eksperimentele groep en die kontrolegroep vir die Verkorte Beck Depressieskaal weergegee.

Tabel 21: Die beduidendheid van die verskille tussen die gemiddelde voor- en natoetsverskiltellings van die eksperimentele groep en kontrolegroep vir die Verkorte Beck Depressieskaal

Skaal	Eksperimenteel		Kontrole		p	d
	Gem	SA	Gem	SA		
BDS	-5.767	6.474	-2.167	4.276	0.0156*	0.556 ^{##}

* Beduidend op die 5%-peil ## Medium effek

Uit Tabel 21 blyk dit dat daar op die Verkorte Beck Depressieskaal 'n beduidend statistiese (en wel op die 5%-peil) verskiltelling tussen die eksperimentele groep en kontrolegroep bestaan. Op grond hiervan kan H_{O4} ($\mu_{Everskil} = \mu_{Kverskil}$) vir die Verkorte Beck Depressieskaal verwerp word. Hierdie verskiltelling is egter van medium effek ($d = 0.556$). Dit beteken dat alhoewel die eksperimentele groep statisties beduidend meer verligting in depressiesimptome as die kontrolegroep ervaar het, die verbetering nie prakties betekenisvol is nie.

6.2.3.1.2 Profiel van Gemoedstate (POMS)

In Tabel 22 word die beskrywende statistiek vir die Profiel van Gemoedstate weergegee. Die meetinstrument se Totaaltelling gee 'n weergawe van 'n persoon se gemoedstoestand. Die POMS bestaan uit ses faktore, naamlik Spanning-Angs (T), Depressie-Neerslagtigheid (D), Woede-Vyandigheid (A), Lewenslus-Aktiwiteit (V), Moegheid-Traagheid (F) en Verwarring-Verbystering (C).

Navorsing deur McNair *et al.* (1992) het bevind dat die gemiddelde Totaaltelling vir 'n groep studente 43 was, terwyl buitepasiënte se Totaaltellings tussen 65.5 en 81.5 gewissel het. Hulle rapporteer ook vir normale volwassenes groeptellings van onderskeidelik 12.8 (Faktor T), 10.2 (D), 9.7 (A), 14.9 (V), 8.4 (F), 7.3 (C) en 33.4 vir die Totaaltelling. Die resultate van die eksperimentele en kontrolegroep uit Tabel 22 is in vergelyking met McNair *et al.* (1992) se navorsing duidelik baie hoër, wat 'n groter mate van negatiewe effek by proefpersone van hierdie ondersoek aandui.

Tabel 22: Beskrywende statistiek vir die eksperimentele en kontrolegroep soos tydens voor- en natoetsing met die Profiel van Gemoedstate verkry

Faktor	Voortoetsing				Natoetsing			
	Gem	SA	Min	Maks	Gem	SA	Min	Maks
• Eksperimentele groep								
Tot	81.033	39.119	5.000	189.000	49.467	36.668	-6.000	133.000
T	20.667	8.079	6.000	36.000	16.067	6.997	4.000	29.000
D	27.267	11.617	7.000	55.000	16.667	10.558	0.000	44.000
A	16.667	10.025	3.000	47.000	11.333	7.906	0.000	33.000
V	12.467	6.527	0.000	29.000	15.300	6.232	2.000	27.000
F	14.200	5.714	3.000	25.000	9.800	6.144	1.000	23.000
C	14.700	4.970	7.000	29.000	10.900	4.722	3.000	25.000
• Kontrolegroep								
Tot	80.667	38.967	-1.000	170.000	63.900	36.477	13.000	153.000
T	21.400	6.956	7.000	33.000	18.467	7.389	8.000	33.000
D	26.067	12.443	2.000	51.000	19.767	10.798	3.000	47.000
A	19.467	10.520	0.000	40.000	14.833	8.367	3.000	36.000
V	13.433	5.829	4.000	24.000	13.867	6.312	2.000	30.000
F	13.267	5.669	0.000	25.000	11.600	6.026	4.000	24.000
C	13.900	5.448	4.000	25.000	13.100	4.730	6.000	24.000

Tot = Poms Totaaltelling

T = Spanning-Angs

D = Depressie-Neerslagtigheid

A = Woede-Vyandigheid

V = Lewenslus-Aktiwiteit

F = Moegheid-Traagheid

C = Verwarring-Verbystering

In Tabel 23 word die beduidendheid van die verskil tussen die voortoets- en natoets-gemiddeldes van die eksperimentele groep en die kontrolegroep vir die Profiel van Gemoedstate weergegee.

Tabel 23: Die beduidendheid van die verskil tussen die voortoets- en natoets-gemiddeldes binne die eksperimentele groep en die kontrolegroep vir die Profiel van Gemoedstate

Groep en veld	Voortoetsing		Natoetsing		Gem verskil	SA verskil	p	d
	Gem	SA	Gem	SA				
• Eksperimenteel								
Tot	81.033	39.119	49.467	36.669	-31.567	38.724	0.00005**	0.815***
T	20.667	8.079	16.067	6.997	-4.600	7.890	0.00265**	0.583##
D	27.267	11.617	16.667	10.558	-10.600	12.403	0.00005**	0.855***
A	16.667	10.025	11.333	7.906	-5.333	9.834	0.00225**	0.542##
V	12.467	6.528	15.300	6.232	2.833	6.497	0.01205*	0.436#
F	14.200	5.714	9.800	6.144	-4.400	6.790	0.00080**	0.648##
C	14.700	4.970	10.900	4.722	-3.800	5.268	0.00010**	0.721##
• Kontrole								
Tot	80.667	38.967	63.900	36.744	-16.767	29.798	0.00235**	0.563##
T	21.400	6.956	18.467	7.389	-2.933	6.119	0.00400**	0.479#
D	26.067	12.442	19.767	10.798	-6.300	9.516	0.00040**	0.662##
A	19.467	10.520	14.833	8.367	-4.633	9.065	0.00800**	0.511##
V	13.433	5.829	13.867	6.312	0.433	6.714	0.56975	nvt
F	13.267	5.669	11.600	6.026	-1.667	4.964	0.04780**	0.336#
C	13.900	5.448	13.100	4.730	-0.800	4.723	0.14900	nvt

* Beduidend op die 5%-peil

** Beduidend op die 1%-peil

Klein effek

Medium effek

Groot effek

Tot = Poms Totaaltelling

T = Spanning-Angs

D = Depressie-Neerslagtigheid

A = Woede-Vyandigheid

V = Lewenslus-Aktiwiteit

F = Moegheid-Traagheid

C = Verwarring-Verbystering

Uit Tabel 23 blyk dit dat die eksperimentele groep op al die subskale en Totaaltelling van die Profiel van Gemoedstate 'n statisties beduidende verskil (op die 1%- of 5%-peil) na afloop van die saamgestelde intervensieprogram getoon het. Dit behels dat HO_2 ($\mu_n - \mu_v = 0$) dus vir die eksperimentele groep ten opsigte van al die subskale van die Profiel van Gemoedstate verwerp kan word. Van die subskale is dit egter net die Totaaltelling ($d = 0.815$) en Depressie-Neerslagtigheid (D) ($d = 0.855$) wat ook 'n prakties betekenisvolle verskil toon. Dit beteken dat die eksperimentele groep se gemoedstoestand betekenisvol verbeter het en hulle na afloop van die intervensieprogram minder depressie, hartseer, emosionele isolasie en skuldgevoelens ervaar het.

Daarenteen toon die kontrolegroep op vyf van die subskale, naamlik die Totaaltelling, Spanning-Angs (T), Depressie-Neerslagtigheid (D), Woede-Vyandigheid (A) en Moegheid-Traagheid (F) 'n statisties beduidende verskil op die 1%-peil. Vir hierdie subskale kan HO_3 ($\mu_n - \mu_v = 0$) vir die kontrolegroep dus verwerp word. Die kontrolegroep se statisties beduidende verskille wissel egter tussen klein en medium effek en is dus nie prakties betekenisvol nie. Vir die subskale Lewenslus-Aktiwiteit (V) en Verwarring-Verbystering (C) wat nie 'n beduidend statistiese verskil toon nie, kan HO_3 ($\mu_n - \mu_v = 0$) egter nie verwerp word nie.

Tabel 24 dui aan dat daar slegs op een subveld, naamlik Verwarring-Verbystering (C), 'n statisties beduidende gemiddelde verskiltelling op die 5%-peil is. Dit behels dat die skale Spanning-Angs (T), Depressie-Neerslagtigheid (D), Woede-Vyandigheid (A), Lewenslus-Aktiwiteit (V) en Verward-Verbystering (C) sowel as vir die Totaaltelling van die Profiel van Gemoedstate HO_4 ($\mu_{Everskil} = \mu_{Kverskil}$) nie verwerp kan word nie. Vir die subveld Verwarring-Verbystering (C) word HO_4 ($\mu_{Everskil} = \mu_{Kverskil}$) egter verwerp. Dit behels dat die intervensieprogram 'n groter toename by die eksperimentele groep as die kontrolegroep teweeg gebring het ten opsigte van kognitiewe effektiwiteit. Die afname van 'n gevoel van verbystering en beneweldheid was dan ook groter by die eksperimentele as kontrolegroep. Hierdie verskil is egter van medium effek ($d = 0.569$) en dus nie prakties betekenisvol nie.

Vervolgens word in Tabel 24 die beduidendheid van die verskille tussen die

gemiddelde voor- en natoetsverskiltellings van die eksperimentele groep en die kontrolegroep vir die Profiel van Gemoedstate weergegee.

Tabel 24: Die beduidendheid van die verskille tussen die gemiddelde voor- en natoetsverskiltellings van die eksperimentele groep en kontrolegroep vir die Profiel van Gemoedstate

Subvelde	Eksperimenteel		Kontrole		p	d
	Gem	SA	Gem	SA		
Poms Totaaltelling	-31.567	38.724	-16.767	29.798	0.0810	nvt
Spanning-Angs (T)	-4.600	7.890	-2.933	6.119	0.6623	nvt
Depressie-Neerslagtig (D)	-10.600	12.403	-6.300	9.516	0.0917	nvt
Woede-Vyandigheid (A)	-5.333	9.834	-4.633	9.065	0.7114	nvt
Lewenslus-Aktiwiteit (V)	2.833	6.497	0.433	6.714	0.1217	nvt
Moegheid-Traagheid (F)	-4.400	6.790	-1.667	4.964	0.0641	nvt
Verward-Verbystering (C)	-3.800	5.268	-0.800	4.723	0.0423*	0.569 ^{##}

* Beduidend op die 5%-peil

^{##} Medium effek

Uit die resultate van Tabel 23 en 24 blyk dit dat die intervensieprogram wat die Profiel van Gemoedstate betref, baie min effek gehad het. Slegs die Totaaltelling en een subveld, naamlik Depressie-Neerslagtigheid (D), het 'n statisties beduidende verskil wat ook prakties betekenisvol is ten opsigte van die verskil tussen die voortoets en die natoetsgemiddeldes by die eksperimentele groep getoon. Dit dui daarop dat die eksperimentele groep na afloop van die program betekenisvol minder depressiesimptome, hartseer, emosionele isolasie en skuldgevoelens ervaar het.

6.2.3.1.3 Konklusie

Uit die bespreking van die meetinstrumente rakende depressie blyk dit dat die saamgestelde intervensieprogram wel 'n beduidend statistiese en prakties betekenisvolle verskil op die eksperimentele groep se ervaring van depressie en totale gemoedstoestand gehad het. Die eksperimentele groep se depressie het beduidend verminder en die graad van depressie het gelig. Ander dimensies van emosie soos

gevoelens van bekommerdheid, bitterheid, verbystering en verlaagde energievlakke het statisties beduidend by die eksperimentele groep verbeter, alhoewel die verskil van klein of medium effek was. Dit blyk dus dat die intervensieprogram wel in 'n mate effektief was wat betref die doelstelling om depressiesimptome te verlig.

6.2.3.2 Meetinstrumente vir coping

6.2.3.2.1 Depressie Copingvraelys (DCQ)

In Tabel 25 word die beskrywende statistiek vir die Depressie Copingvraelys weer-gegee. Hierdie vraelys wat 'n aanduiding gee van copingstrategieë wat spesifiek met depressie geassosieer word, bestaan uit 11 verskillende strategieë.

Tabel 25: Beskrywende statistiek vir die eksperimentele en kontrolegroep soos tydens voor- en natoetsing met die Depressie Copingvraelys verkry

Faktor	Voortoetsing				Natoetsing			
	Gem	SA	Min	Maks	Gem	SA	Min	Maks
• Eksperimentele groep								
SO	15.500	3.875	8.000	24.000	18.333	3.447	13.000	25.000
PO	16.667	5.235	5.000	26.000	18.433	3.866	10.000	28.000
SB	24.633	3.828	18.000	31.000	22.167	4.900	8.000	31.000
AG	7.433	2.800	3.000	14.000	6.200	2.722	2.000	12.000
BV	5.433	2.315	3.000	12.000	4.767	1.995	3.000	11.000
AK	9.400	3.244	3.000	16.000	9.800	3.089	3.000	15.000
ME	2.700	2.261	2.000	13.000	2.633	2.282	2.000	14.000
ST	5.967	2.918	2.000	14.000	5.433	2.569	2.000	12.000
EG	3.933	1.363	1.000	6.000	3.600	1.567	1.000	6.000
TV	4.200	1.448	1.000	6.000	4.067	1.530	1.000	7.000
IG	3.800	1.627	1.000	7.000	3.467	1.634	1.000	6.000

Tabel 25 (vervolg)

Faktor	Voortoetsing				Natoetsing			
	Gem	SA	Min	Maks	Gem	SA	Min	Maks
• Kontrolegroep								
SO	16.867	4.754	8.000	26.000	17.733	4.409	5.000	25.000
PO	17.000	4.017	9.000	25.000	17.867	4.439	7.000	26.000
SB	24.333	4.467	15.000	34.000	23.600	4.854	12.000	33.000
AG	8.333	2.397	4.000	14.000	7.933	2.434	3.000	13.000
BV	5.400	2.298	3.000	11.000	5.033	2.399	3.000	10.000
AK	10.100	3.428	3.000	17.000	10.133	3.884	3.000	18.000
ME	2.867	1.814	2.000	8.000	2.800	1.669	2.000	8.000
ST	6.133	2.921	2.000	14.000	6.067	2.559	2.000	14.000
EG	4.000	1.619	1.000	7.000	4.133	1.306	2.000	7.000
TV	4.433	1.675	2.000	7.000	4.233	1.612	1.000	7.000
IG	3.767	1.478	1.000	6.000	3.467	1.137	1.000	6.000

SO = Sosiale Ondersteuning

PO = Probleemoplossing

SB = Selfblaam

AG = Aggressie

BV= Bevrediging

AK = Aktiwiteite

ME = Gebruik van Medikasie

ST = Gebruik van Stimulante

EG = Ongesonde Eetgewoontes

TV = TV-kyk

IG = Ignoreer die Probleem

Uit Tabel 25 blyk dit dat beide die eksperimentele en die kontrolegroep die meeste van sosiale ondersteuning, probleemoplossing en selfblaam in hulle hantering van depressie gebruik maak. Navorsingsresultate van Kleinke (1991) het getoon dat 'n groep pasiënte met chroniese pyn die meeste van sosiale ondersteuning (3.85), probleemoplossing (4.01), selfblaam (3.91), aggressie (3.60) en TV-kyk (4.22) gebruik maak. Met die uitsondering van TV-kyk, is die huidige navorsingspopulasie

se tellings aansienlik hoër as die wat deur Kleinke (1991) verkry is. 'n Moontlike rede vir hierdie verskil is dat die huidige populasie uit depressie lyers bestaan, waar Kleinke se respondente op grond van chroniese pyn geselekteer is.

In Tabel 26 word die beduidendheid van die verskil tussen die voortoets- en natoets-gemiddeldes van die eksperimentele groep en die kontrolegroep vir die Depressie Copingvraelys weergegee.

Tabel 26: Die beduidendheid van die verskil tussen die voortoets- en natoets-gemiddeldes binne die eksperimentele groep en die kontrolegroep vir die Depressie Copingvraelys

Groep en veld	Voortoetsing		Natoetsing		Gem verskil	SA verskil	p	d
	Gem	SA	Gem	SA				
• Eksperimenteel								
SO	15.500	3.875	18.333	3.447	2.833	4.387	0.00070 [*]	0.646 ^{##}
PO	16.667	5.234	18.433	3.866	1.767	5.042	0.04240 [*]	0.350 [#]
SB	24.633	3.828	22.167	4.900	-2.467	4.600	0.00305 ^{**}	0.536 ^{##}
AG	7.433	2.800	6.200	2.722	-1.233	2.622	0.01515 [*]	0.470 [#]
BV	5.433	2.315	4.767	1.995	-0.667	1.583	0.00795 [*]	0.421 [#]
AK	9.400	3.244	9.800	3.089	0.400	3.276	0.36840	nvt
ME	2.700	2.261	2.633	2.282	-0.067	0.980	0.50000	nvt
ST	5.967	2.912	5.433	2.569	-0.533	1.306	0.01960 [*]	0.408 [#]
EG	3.933	1.363	3.600	1.567	-0.333	1.322	0.11085	nvt
TV	4.200	1.448	4.067	1.530	-0.133	1.196	0.27930	nvt
IG	3.800	1.627	3.467	1.634	-0.333	2.006	0.24755	nvt

Tabel 26 (vervolg)

Groep en veld	Voortoetsing		Natoetsing		Gem verskil	SA verskil	p	d
	Gem	SA	Gem	SA				
• Kontrole								
SO	16.867	4.754	17.733	4.409	0.867	3.411	0.10550	nvt
PO	17.000	4.017	17.867	4.439	0.867	4.412	0.17830	nvt
SB	24.333	4.467	23.600	4.854	-0.733	3.205	0.11180	nvt
AG	8.333	2.397	7.933	2.434	-0.400	1.886	0.10915	nvt
BV	5.400	2.298	5.033	2.399	-0.367	1.520	0.11160	nvt
AK	10.100	3.428	10.133	3.884	0.033	2.798	0.26535	nvt
ME	2.867	1.814	2.800	1.670	-0.067	0.785	0.41405	nvt
ST	6.133	2.921	6.067	2.559	-0.067	2.067	0.27245	nvt
EG	4.000	1.619	4.133	1.306	0.133	1.196	0.78765	nvt
TV	4.433	1.675	4.233	1.612	-0.200	0.887	0.12020	nvt
IG	3.767	1.478	3.467	1.137	-0.300	1.664	0.20955	nvt

* Beduidend op die 5%-peil

** Beduidend op die 1%-peil

Klein effek

Medium effek

SO = Sosiale Ondersteuning

PO = Probleemoplossing

SB = Selfblaam

AG = Aggressie

BV= Bevrediging

AK = Aktiwiteite

ME = Gebruik van Medikasie

ST = Gebruik van Stimulante

EG = Ongesonde Eetgewoontes

TV = TV-kyk

IG = Ignoreer die Probleem

Uit Tabel 26 blyk dit dat slegs vyf subskale van die Depressie Copingvraelys na afloop van die saamgestelde intervensieprogram 'n statisties beduidende verskil getoon het. Hierdie verskille kom almal by die eksperimentele groep voor en wel by Selfblaam en Bevrediging op die 1%-peil en Probleemoplossing, Aggressie en die Gebruik van Stimulante op die 5%-peil. Dit behels dat $H_{O2} (\mu_n - \mu_v = 0)$ verwerp word vir subskale Probleemoplossing, Selfblaam, Bevrediging, Aggressie en die Gebruik

van Stimulante. Aangesien die alfakoëffisiënte vir Selfblaam en Bevrediging relatief laag is, behoort hierdie tellings nie verder geïnterpreteer te word nie. Ander subskale wat wel oor voldoende betroubaarheidsindekse beskik, se statisties beduidende verskille is egter net van klein en medium effek en dus nie prakties betekenisvol nie. Dit behels dus dat persone van die eksperimentele groep in 'n mate, maar nie prakties betekenisvol nie, meer as die kontrolegroep van probleemoplossing gebruik maak en minder aggressiwiteit, alkohol, dwelmmiddels, sigarette en kafeïne gebruik. Die kontrolegroep toon volgens Tabel 26 geen statisties betekenisvolle verskil vir enige van die subskale van die Depressie Copingvraelys nie, wat behels dat ($H_{03}: \mu_n - \mu_v = 0$) nie verwerp kan word nie.

In Tabel 27 word die beduidendheid van die verskille tussen die gemiddelde voor- en natoetsverskiltellings van die eksperimentele groep en die kontrolegroep vir die Depressie Copingvraelys weergegee.

Tabel 27: Die beduidendheid van die verskille tussen die gemiddelde voor- en natoetsverskiltellings van die eksperimentele groep en kontrolegroep vir die Depressie Copingvraelys

Subvelde	Eksperimenteel		Kontrole		p	d
	Gem	SA	Gem	SA		
Sosiale Ondersteuning (SO)	2.833	4.387	0.867	3.411	0.0213*	0.448 [#]
Probleemoplossing (PO)	1.767	5.042	0.867	4.416	0.4106	nvt
Selfblaam (SB)	-2.467	4.599	-0.733	3.205	0.1338	nvt
Aggressie (AG)	-1.233	2.622	-0.400	1.886	0.5142	nvt
Bevrediging (BV)	-0.667	1.583	-0.367	1.520	0.3101	nvt
Aktiwiteite (AK)	0.400	3.276	0.033	2.798	0.5020	nvt
Medikasie Gebruik (ME)	-0.067	0.980	-0.067	0.785	0.4236	nvt
Stimulante (ST)	-0.533	1.306	-0.067	2.067	0.3943	nvt
Eetgewoontes (EG)	-0.333	1.322	0.133	1.196	0.2080	nvt
TV-kyk (TV)	-0.133	1.196	-0.200	0.887	0.8701	nvt
Ignoreer Probleem (IG)	0.333	2.006	-0.300	1.664	0.8970	nvt

* Beduidend op die 5%-peil # Klein effek

Uit Tabel 27 blyk dit dat daar 'n statisties beduidende verskil op die 5%-peil is wat die gemiddelde verskiltelling tussen die eksperimentele en kontrolegroep vir die subveld Sosiale Ondersteuning betref. Dit behels dat vir Sosiale Ondersteuning $H_{04} (\mu_{\text{Everskil}} = \mu_{\text{Kverskil}})$ verwerp word. Vir al die ander subskale word $H_{04} (\mu_{\text{Everskil}} = \mu_{\text{Kverskil}})$ egter nie verwerp nie. Dit beteken dat die eksperimentele groep na afloop van die intervensieprogram meer van sosiale ondersteuning gebruik gemaak het as die kontrolegroep. Hierdie verskiltelling is egter slegs van klein effek ($d = 0.448$) en dus nie prakties betekenisvol nie. Uit hierdie resultate lyk dit nie of die intervensieprogram copingvaardighede wat volgens Kleinke (1988) met depressie geassosieer word, werklik beïnvloed het nie.

6.2.3.2.2 Copingvraelys vir Volwassenes (CRI-A)

Die CRI-A evalueer copingresponse as óf benaderingscopingstrategieë óf vermydingscopingstrategieë. Moos (1993) dui gemiddelde tellings vir sy skale aan as 11.01 vir mans en 11.48 vir vroue by Logiese Analise, 10.29 en 10.67 by Positiewe Herdefiniëring, 8.84 en 10.15 by Soeke na Leiding en Ondersteuning, 10.82 en 11.19 by Probleemoplossing, 6.66 en 6.80 by Kognitiewe Vermyding, 7.24 en 7.56 by Aanvaarding, 5.16 en 6.57 by Soeke na Alternatiewe Belonings en 3.37 vir mans en 4.08 vir vroue by Emosionele Ontlading. Dit is duidelik dat die populasie wat Moos (1993) gebruik het, meer van benaderingstrategieë as vermydingstrategieë gebruik maak.

In 'n onlangse navorsingsprojek het Van Vuren (1999) die teenoorgestelde tendens waargeneem. Sy vind gemiddelde tellings onderskeidelik by haar eksperimentele groep en kontrolegroep van 9.87 en 9.08 by Logiese Analise, 8.35 en 9.28 by Positiewe Herdefiniëring, 5.95 en 7.00 by Soeke na Leiding en Ondersteuning, 6.56 en 8.04 by Probleemoplossing, 9.85 en 8.40 by Kognitiewe Vermyding, 9.20 en 8.12 by Aanvaarding, 9.82 en 9.32 by Soeke na Alternatiewe Belonings en 10.02 en 9.28 by Emosionele Ontlading. Dit blyk dat, met die uitsondering van Logiese Analise en Positiewe Herdefiniëring, die spesifieke populasie meer van vermydings- as benaderingscopingstrategieë gebruik gemaak het. Moos (1993) en Van Vuren (1999) se bevindinge verskil van die huidige navorsing. Tabel 28 dui aan dat daar by hierdie populasie maar 'n klein verskil in die gebruik van benadering- en vermydingstrategieë by beide die eksperimentele groep en kontrolegroep is.

Tabel 28: Beskrywende statistiek vir die eksperimentele en kontrolegroep soos tydens voor- en natoetsing met die Copingvraelys vir Volwassenes verkry

Faktor	Voortoetsing				Natoetsing			
	Gem	SA	Min	Maks	Gem	SA	Min	Maks
• Eksperimentele groep								
LA	10.133	4.447	3.000	18.000	11.700	4.466	3.000	18.000
PR	9.867	4.408	1.000	16.000	11.100	4.062	2.000	18.000
SG	10.300	4.061	2.000	18.000	11.367	3.718	5.000	18.000
PS	10.100	4.270	3.000	18.000	11.767	4.216	2.000	18.000
CA	10.900	3.836	3.000	17.000	9.367	4.123	3.000	16.000
AR	10.767	3.540	3.000	17.000	8.833	3.620	1.000	16.000
SR	8.900	3.960	1.000	18.000	8.667	4.237	0.000	17.000
ED	7.433	3.431	0.000	14.000	7.833	3.770	0.000	14.000
• Kontrolegroep								
LA	11.700	3.053	4.000	16.000	11.667	2.454	7.000	16.000
PR	10.800	3.908	1.000	17.000	11.400	3.874	4.000	17.000
SG	10.600	3.338	3.000	17.000	11.500	3.203	2.000	16.000
PS	11.833	3.914	0.000	18.000	11.833	3.761	4.000	18.000
CA	11.033	4.181	0.000	18.000	10.767	4.384	0.000	18.000
AR	9.200	3.727	2.000	16.000	9.367	4.047	1.000	16.000
SR	8.600	3.578	3.000	16.000	7.767	3.549	2.000	14.000
ED	7.200	3.078	1.000	13.000	7.333	3.231	1.000	13.000

LA = Logiese Analise
SG = Soeke na Leiding en Ondersteuning
CA = Kognitiewe Vermyding
SR = Soeke na Alternatiewe Beloning

PR = Positiewe Herdefiniëring
PS = Probleemoplossing
AR = Aanvaarding of Gelatenheid
ED = Emosionele Ontlading

In Tabel 29 word die beduidendheid van die verskil tussen die voortoets- en natoets-gemiddeldes van die eksperimentele groep en die kontrolegroep vir Copingvraelys vir Volwassenes weergegee.

Tabel 29: Die beduidendheid van die verskil tussen die voortoets- en natoetsgemiddeldes binne die eksperimentele groep en die kontrolegroep vir die Copingvraelys vir Volwassenes

Groep en veld	Voortoetsing		Natoetsing		Gem verskil	SA verskil	p	d
	Gem	SA	Gem	SA				
• Eksperimenteel								
LA	10.133	4.447	11.700	4.466	1.567	4.643	0.03200 [*]	0.337 [#]
PR	9.867	4.408	11.100	4.063	1.233	3.711	0.03880 [*]	0.332 [#]
SG	10.300	4.061	11.367	3.712	1.067	3.342	0.02650 [*]	0.319 [#]
PS	10.100	4.270	11.767	4.216	1.667	4.205	0.01855 [*]	0.396 [#]
CA	10.900	3.836	9.367	4.123	-1.533	4.208	0.04250 [*]	0.364 [#]
AR	10.767	3.540	8.833	3.621	-1.933	3.939	0.00880 ^{**}	0.491 [#]
SR	8.900	3.960	8.667	4.237	-0.233	3.559	0.32760	nvt
ED	7.433	3.431	7.833	3.770	0.400	3.747	0.59785	nvt
• Kontrole								
LA	11.700	3.053	11.667	2.454	-0.033	2.785	0.49475	nvt
PR	10.800	3.908	11.400	3.874	0.600	4.430	0.20390	nvt
SG	10.600	3.339	11.500	3.202	0.900	2.670	0.04330 [*]	0.337 [#]
PS	11.833	3.914	11.833	3.761	0.000	3.248	0.48595	nvt
CA	11.033	4.181	10.767	4.384	-0.267	4.354	0.45300	nvt

en Probleemoplossing en die mindere gebruik van die vermydingscopingstrategieë Kognitiewe Vermyding en Aanvaarding by die eksperimentele groep. By die kontrolegroep is daar slegs 'n geringe verbetering in die gebruik van die benaderingscopingstrategie Soeke na Leiding en Ondersteuning. Hierdie verskille is egter nie prakties betekenisvol nie.

In Tabel 30 word die beduidendheid van die verskille tussen die gemiddelde voor- en natoetsverskiltellings van die eksperimentele groep en die kontrolegroep vir die Copingvraelys vir Volwassenes weergegee.

Tabel 30: Die beduidendheid van die verskille tussen die gemiddelde voor- en natoetsverskiltellings van die eksperimentele groep en kontrolegroep vir die Copingvraelys vir Volwassenes

Subvelde	Eksperimenteel		Kontrole		p	d
	Gem	SA	Gem	SA		
Logiese Analise (LA)	1.567	4.644	-0.033	2.785	0.1222	nvt
Positief Herdefinieer (PR)	1.233	3.711	0.600	4.430	0.6024	nvt
Soek Leiding (SG)	1.067	3.342	0.900	2.670	0.4564	nvt
Probleemoplossing (PS)	1.667	4.205	0.000	3.248	0.1201	nvt
Vermy Kognitief (CA)	-1.533	4.208	-0.267	4.354	0.3306	nvt
Aanvaarding (AR)	-1.933	3.939	0.167	3.922	0.0979	nvt
Alternatiewe Beloning (SR)	-0.233	3.559	-0.833	3.922	0.4990	nvt
Emosionele Ontlading (ED)	0.400	3.747	0.133	2.788	0.8463	nvt

Tabel 30 dui aan dat daar geen gemiddelde verskiltelling by die Copingvraelys vir Volwassenes is wat 'n beduidend statistiese of prakties betekenisvolle verskil toon nie. Dit beteken dat $H_{04} (\mu_{Everskil} = \mu_{Kverskil})$ vir alle subvelde van die Copingvraelys vir Volwassenes nie verwerp kan word nie.

6.2.3.2.3 Konklusie

Dit blyk uit die resultate van die meetinstrumente vir coping dat die intervensieprogram nie veel sukses in hierdie verband getoon het nie. Die enigste subskaal wat wel 'n statisties beduidende verskil tussen die gemiddelde voor- en natoetsverskiltellings van die eksperimentele groep en die kontrolegroep toon, is Sosiale Ondersteuning. Alhoewel hierdie resultaat nie prakties betekenisvol is nie, blyk dit van belang te wees, aangesien Sessie 7 van die saamgestelde intervensieprogram wel op die uitbreiding van die persoon se sosiale ondersteuningsnetwerk fokus. Alhoewel geen subskale van die Copingvraelys vir Volwassenes prakties betekenisvolle verskille ($d < 0.8$) toon nie, is dit belangrik om daarop te let dat daar wel 'n sekere tendens teenwoordig is, naamlik die vermeerdering (hoe gering ook al) van die eksperimentele groep se benaderingscopingstrategieë en die vermindering van hulle vermydingstrategieë.

6.2.3.3 Meetinstrument vir irrasionele gedagtes

6.2.3.3.1 Outomatiese Gedagtesvraelys (ATQ)

Die Outomatiese Gedagtesvraelys meet die frekwensie van outomatiese negatiewe gedagtes wat met depressie geassosieer word. Die beskrywende statistiek van hierdie vraelys word in Tabel 31 weergegee. Die totaalstelling kan tussen 30 en 150 wissel en 'n hoër telling dui meer outomatiese negatiewe gedagtes wat met depressie geassosieer word, aan.

Tabel 31: Beskrywende statistiek vir die eksperimentele en kontrolegroep soos tydens voor- en natoetsing met die Outomatiese Gedagtesvraelys verkry

Groep	Voortoetsing				Natoetsing			
	Gem	SA	Min	Maks	Gem	SA	Min	Maks
Eks	79.433	20.796	53.000	136.000	58.967	15.357	30.000	97.000
Kon	66.534	19.265	33.000	122.000	61.367	19.121	35.000	102.000

Volgens Hollon en Kendall (1980) is die gemiddelde totaalstelling van depressiewe persone 79.64, terwyl nie-depressiewe persone 'n telling van 48.57 behaal. Harell en Ryon (1983) het in hulle navorsing 'n gemiddelde totaalstelling van 88.90 by depressielyers en 38.35 by nie-depressiewe persone gevind. Uit Tabel 31 blyk dit dus dat die eksperimentele groep se totaalstelling ooreenstem met die van Hollon en Kendall (1980), terwyl die kontrolegroep se telling effens laer is. Uit Tabel 31 kan die afleiding verder gemaak word dat die eksperimentele groep voor die aanvang van die intervensieprogram meer outomatiese negatiewe gedagtes as die kontrolegroep gehad het. Na afloop van die intervensieprogram het die eksperimentele groep egter minder negatiewe outomatiese gedagtes as die kontrolegroep gehad.

In Tabel 32 word die beduidendheid van die verskil tussen die voortoets- en natoets-gemiddeldes van die eksperimentele groep en die kontrolegroep vir die Outomatiese Gedagtesvraelys weergegee.

Tabel 32: Die beduidendheid van die verskil tussen die voortoets- en natoets-gemiddeldes binne die eksperimentele groep en die kontrolegroep vir die Outomatiese Gedagtesvraelys

Groep	Voortoetsing		Natoetsing		Gem verskil	SA verskil	p	d
	Gem	SA	Gem	SA				
Eksp	79.433	20.796	58.967	15.357	-20.467	22.882	0.00005**	0.894***
Kon	66.533	19.265	61.367	19.121	-5.167	15.809	0.00810**	0.327*

** Beduidend op die 1%-peil

Klein effek

Groot effek

Uit Tabel 32 blyk dit dat beide die eksperimentele groep en kontrolegroep 'n statisties beduidende verskil op die 1%-peil toon. Dit behels dat H_{O2} ($\mu_n - \mu_v = 0$) vir die eksperimentele groep en H_{O3} ($\mu_n - \mu_v = 0$) vir die kontrolegroep verwerp word. Die kontrolegroep se verskil is egter net van klein effek ($d = 0.327$) terwyl die eksperimentele groep se verbetering prakties betekenisvol ($d = 0.894$) is. Dit beteken dat die eksperimentele groep na afloop van die saamgestelde intervensieprogram minder outomatiese negatiewe gedagtes wat met depressie geassosieer word, ervaar.

Tabel 33: Die beduidendheid van die verskille tussen die gemiddelde voor- en natoetsverskiltellings van die eksperimentele groep en kontrolegroep vir die Outomatiese Gedagtesvraelys

	Eksperimenteel		Kontrole			
Skaal	Gem	SA	Gem	SA	p	d
ATQ	-20.467	22.882	-5.167	15.809	0.0232*	0.669 ^{##}

Medium efek

6.2.3.3.2 Konklusie

6.2.3.4 Meetinstrument vir sosiale vaardighede

Die Sosiale Vaardigheidsvraelys meet basiese sosiale en kommunikasievaardig-
hede. In Tabel 34 word hierdie vraelys se beskrywende statistiek uiteengesit. 'n Hoër

waarde dui telkens op beter sosiale vaardighede en 'n laer waarde op swakker vaardighede vir die betrokke dimensie.

Tabel 34: Beskrywende statistiek vir die eksperimentele en kontrolegroep soos tydens voor- en natoetsing met die Sosiale Vaardigheidsvraelys verkry

Faktor	Voortoetsing				Natoetsing			
	Gem	SA	Min	Maks	Gem	SA	Min	Maks
• Eksperimentele groep								
TOT	597.170	18.002	567.000	642.000	599.170	20.030	572.000	670.00
EE	69.533	6.399	58.000	83.000	71.367	6.145	50.000	81.000
ES	109.470	4.208	98.000	118.000	108.930	7.710	96.000	124.000
EK	76.800	6.578	66.000	93.000	77.533	6.377	61.000	89.000
SE	94.200	6.065	81.000	107.000	95.100	6.789	82.000	109.000
SS	99.467	7.094	86.000	114.00	98.800	6.930	83.000	111.000
SK	63.667	5.591	50.000	73.000	63.833	5.584	52.000	77.000
SM	84.033	6.547	67.000	99.000	83.600	6.240	71.000	95.000
• Kontrole								
TOT	596.700	20.284	553.000	639.000	591.630	19.697	524.000	619.000
EE	71.800	4.460	62.000	80.000	71.800	6.048	59.000	83.000
ES	107.870	8.815	87.000	126.000	105.930	8.710	86.000	122.000
EK	76.933	5.051	63.000	93.000	77.733	5.913	62.000	90.000
SE	93.667	6.625	80.000	108.000	93.133	5.740	82.000	104.000
SS	100.570	8.831	84.000	119.000	97.400	8.353	79.000	117.000
SK	63.900	5.821	51.000	75.000	63.200	6.206	46.000	74.000
SM	81.967	6.744	68.000	97.000	82.433	6.061	73.000	94.000

TOT = SSI Totaaltelling

EE = Emosionele Ekspressiwiteit

ES = Emosionele Sensitiwiteit

EK = Emosionele Kontrole

SE = Sosiale Ekspressiwiteit

SS = Sosiale Sensitiwiteit

SK = Sosiale Kontrole

SM = Sosiale Manipulasie

Uit Tabel 34 blyk dit dat die eksperimentele groep en die kontrolegroep se tellings min of meer ooreenstem wat aandui dat die groepe oor dieselfde mate van sosiale en kommunikasievaardighede beskik. Hierdie tellings vergelyk goed met Riggio (1986) se navorsing om die SSI te valideer. Riggio (1986) dui in sy navorsing tellings van 82.3 vir Emosionele Ekspressiwiteit, 96.2 vir Emosionele Sensitiwiteit, 74.8 vir Emosionele Kontrole, 87.8 vir Sosiale Ekspressiwiteit, 91.9 vir Sosiale Sensitiwiteit, 87.0 vir Sosiale Kontrole, 68.3 vir Sosiale Manipulasie en 588.2 vir die Totaaltelling aan. Nienaber (1992) het egter in haar studie met eerstejaarstudente baie laer tellings van 43.62 vir Emosionele Ekspressiwiteit, 53.88 vir Emosionele Sensitiwiteit, 47.58 vir Emosionele Kontrole, 39.69 vir Sosiale Ekspressiwiteit, 55.38 vir Sosiale Sensitiwiteit, 45.00 vir Sosiale Kontrole, 40.27 vir Sosiale Manipulasie en 325.42 vir die Totaaltelling by die eksperimentele groep gevind. Hierdie tellings is baie laer as by die huidige navorsingspopulasie, sowel as die resultate wat Riggio (1986) gevind het. Die ooreenkoms wat hierdie navorsing se tellings met Riggio (1986) se studie toon, dui daarop dat die eksperimentele en kontrolegroep se sosiale vaardighede moontlik reeds aan die norm gelykstaande is.

Tabel 35 dui die beduidendheid van die verskil tussen die voortoets- en natoets-gemiddeldes van die eksperimentele groep en die kontrolegroep vir die Sosiale Vaardigheidsvraelys aan.

Hieruit blyk dit dat daar geen beduidend statistiese of prakties betekenisvolle verskil na afloop van die program vir die eksperimentele groep is nie. $H_{O2} (\mu_n - \mu_v = 0)$ word dus vir al die subskale van die Sosiale Vaardigheidsvraelys nie verwerp nie. Wat die kontrolegroep betref, is daar 'n statisties beduidende verskil op die 5%-peil vir Sosiale Sensitiwiteit wat behels dat $H_{O3} (\mu_n - \mu_v = 0)$ vir die betrokke subskaal verwerp word. Hierdie statisties beduidende verskil is egter van klein effek ($d = 0.401$) en dus nie prakties betekenisvol nie. Die ander skale toon egter geen statisties beduidende verskille nie. $H_{O3} (\mu_n - \mu_v = 0)$ kan dus nie vir hierdie subskale verwerp word nie.

Vervolgens word hierdie resultate in Tabel 35 weergegee.

Tabel 35: Die beduidendheid van die verskil tussen die voortoets- en natoetsgemiddeldes binne die eksperimentele groep en die kontrolegroep vir die Sosiale Vaardigheidsvraelys

Groep en veld	Voortoetsing		Natoetsing		Gem verskil	SA verskil	p	d
	Gem	SA	Gem	SA				
• Eksperimenteel								
SSI	597.170	18.002	599.170	20.026	2.000	22.823	0.40095	nvt
EE	69.533	6.399	71.367	6.145	1.833	7.693	0.10915	nvt
ES	109.470	4.208	108.930	7.710	-0.533	7.482	0.70100	nvt
EC	76.800	6.578	77.533	6.377	0.733	5.589	0.18600	nvt
SE	94.200	6.065	95.100	6.789	0.900	8.872	0.30605	nvt
SS	99.467	7.094	98.800	6.930	-0.667	5.821	0.28850	nvt
SC	63.667	5.591	63.833	5.584	0.167	7.905	0.38945	nvt
SM	84.033	6.547	83.600	6.240	-0.433	6.730	0.30590	nvt
• Kontrole								
SSI	596.700	20.284	591.630	19.397	-5.067	19.642	0.85890	nvt
EE	71.800	4.460	71.800	6.048	0.000	5.318	0.42460	nvt
ES	107.870	8.815	105.930	8.710	-1.933	6.097	0.93350	nvt
EC	76.933	5.051	77.733	5.913	0.800	5.750	0.23775	nvt
SE	93.667	6.625	93.133	5.740	-0.533	7.842	0.69405	nvt
SS	100.570	8.831	97.400	8.353	-3.167	7.901	0.03270*	0.401 [#]
SC	63.900	5.821	63.200	6.206	-0.700	6.417	0.68200	nvt
SM	81.967	6.744	82.433	6.061	0.467	6.157	0.70895	nvt

* Beduidend op die 5%-peil

Klein effek

SSI = SSI Totaaltelling

EE = Emosionele Ekspressiwiteit

ES = Emosionele Sensitiwiteit

EK = Emosionele Kontrole

SE = Sosiale Ekspressiwiteit

SS = Sosiale Sensitiwiteit

SK = Sosiale Kontrole

SM = Sosiale Manipulasie

In Tabel 36 word die beduidendheid van die verskille tussen die gemiddelde voor- en natoetsverskiltellings van die eksperimentele groep en die kontrolegroep vir die Sosiale Vaardigheidsvraelys weergegee.

Tabel 36: Die beduidendheid van die verskille tussen die gemiddelde voor- en natoetsverskiltellings van die eksperimentele groep en kontrolegroep vir die Sosiale Vaardigheidsvraelys

Subvelde	Eksperimenteel		Kontrole		p	d
	Gem	SA	Gem	SA		
SSI Totaaltelling	2.000	22.823	-5.067	19.641	0.3910	nvt
Emosionele Ekspressie (EE)	1.833	7.693	0.000	5.318	0.5936	nvt
Emosionele Sensitiwiteit (ES)	-0.533	7.482	-1.933	6.097	0.6675	nvt
Emosionele Kontrole (EC)	0.733	5.589	0.800	5.750	0.9763	nvt
Sosiale Ekspressiwiteit (SE)	0.900	8.872	-0.533	7.842	0.4638	nvt
Sosiale Sensitiwiteit (SS)	-0.667	5.821	-3.167	7.901	0.3211	nvt
Sosiale Kontrole (SC)	0.167	7.905	-0.700	6.417	0.8357	nvt
Sosiale Manipulasie (SM)	-0.433	6.730	0.467	6.157	0.3320	nvt

Tabel 36 dui aan dat daar geen gemiddelde verskiltelling by die Sosiale Vaardigheidsvraelys is wat 'n beduidend statistiese of prakties betekenisvolle verskil toon nie. Dit beteken dat $H_{04} (\mu_{Everskil} = \mu_{Kverskil})$ vir alle subvelde van die Sosiale Vaardigheidsvraelys nie verwerp kan word nie. Dit blyk dus dat die intervensieprogram geen effek op die sosiale vaardighede van deelnemers gehad het nie.

6.2.3.4.2 Konklusie

Dit blyk dat die saamgestelde intervensieprogram geen beduidend statistiese of prakties betekenisvolle verskil ten opsigte van die meetinstrument vir sosiale vaardigheid by die eksperimentele groep toon nie. Daar kan dus afgelei word dat, in soverre dit aspekte betrek wat deur die Sosiale Vaardigheidsvraelys gemeet word, die intervensieprogram baie min effek gehad het. Dit lyk dus nie of die saamgestelde

intervensieprogram in sy doel kon slaag om sosiale vaardighede te verbeter nie. Hoewel nie statisties beduidend nie, kan egter kennis geneem word dat die eksperimentele groep wel op die Totaaltelling van die Sosiale Vaardigheidsvraelys verbeter het, terwyl die kontrolegroep aansienlik swakker in hierdie verband gevaar het.

6.2.4 SAMEVATTING

Uit die kwantitatiewe resultate blyk dit dat die program in die geheel wel 'n invloed op die eksperimentele groep se ervaring van depressie gehad het. Hulle simptome het van 'n matige graad tot 'n ligte graad van depressie verbeter en na afloop van die intervensieprogram het hulle minder hartseer, emosionele isolasie en skuldgevoelens ervaar (soos gemeet deur die BDS en POMS). Hierdie verandering kan grootliks toegeskryf word aan 'n vermindering in irrasionele gedagtes soos gemeet deur die Outomatiese Gedagtesvraelys (ATQ), aangesien die meetinstrumente vir coping (DCQ en CRI-A) en sosiale vaardighede (SSI) min tot geen verandering getoon het. Die effektiwiteit van die program in die geheel moet egter in twyfel getrek word, aangesien die gemiddelde voor- en natoetsverskiltellings van die eksperimentele groep en kontrolegroep vir al die meetinstrumente nie prakties beduidend was nie.

6.3 KWALITATIEWE RESULTATE

Alhoewel die empiriese ondersoek van hierdie studie hoofsaaklik kwantitatief van aard is, word die subjektiewe belewing van groepslede egter ook kortliks ondersoek. Vervolgens 'n uiteensetting van die proses en kommentaar van groepslede op hulle ervaring van die program.

6.3.1 PROSESMATIGE ASPEKTE

Tydens die eerste sessie was almal nog vreemd vir mekaar en is die proses begin om 'n vertrouensverhouding op te bou. Groepslede het hulle waardering uitgespreek met die sluiting van die kontrak asook dat elke persoon die keuse het om sy mening te lug of stil te bly. Terugvoer van sommige groepslede was dat hulle op hulle gemak

begin voel het toe meer groepslede by groepsbesprekings betrokke geraak het. 'n Ontspanne en gemaklike atmosfeer het ontwikkel wat spontane deelname gefasiliteer het.

Na afloop van elke sessie het groepslede 'n evalueringsvorm (Bylae 3) ontvang wat hulle as deel van hulle huiswerkopdrag moes invul en by die volgende sessie ingehandig het. Hierdie vorm gee die subjektiewe ervaring weer van hoe groepslede die program, sowel as hulle ervaring daarvan, beoordeel het. Die vraelys bestaan uit agt vrae (V) wat op 'n Likertskaal beoordeel word. By vrae een tot sewe impliseer 5 'n baie positiewe beoordeling en 1 'n negatiewe beoordeling terwyl vraag agt omgekeerd werk. In Tabel 37 word die rekenkundige gemiddeldes (G) en standaard-afwyking (SA) van elke sessie weergegee.

Tabel 37: Resultate van die evalueringsvraelys

	Sessie 1		Sessie 2		Sessie 3		Sessie 4		Sessie 5		Sessie 6		Sessie 7	
V	G	SA	G	SA	G	SA	G	SA	G	SA	G	SA	G	SA
V1	4.7	0.6	4.3	0.8	4.2	0.8	4.4	0.7	4.4	0.6	4.6	0.6	4.7	0.6
V2	4.4	0.6	4.0	1.0	4.0	0.8	4.1	0.9	4.4	0.7	4.4	0.9	4.6	0.7
V3	4.0	0.7	4.2	0.7	4.0	0.8	4.3	0.5	4.3	0.6	4.4	0.8	4.3	0.8
V4	3.7	1.0	3.8	1.0	3.7	0.8	3.9	0.9	3.9	1.0	3.9	0.8	3.8	0.8
V5	4.0	0.7	3.9	0.9	3.8	0.9	3.8	1.1	4.3	0.9	4.3	0.9	4.6	0.6
V6	4.4	0.7	4.5	0.6	4.1	0.7	4.4	0.8	4.3	0.8	4.6	0.8	4.7	0.6
V7	3.1	0.8	3.0	0.6	3.2	0.6	3.2	0.4	3.3	0.9	3.1	0.6	3.3	0.8
V8	2.0	1.0	2.1	1.0	2.4	1.2	1.9	1.0	1.9	1.0	1.7	1.0	1.9	1.2
V1 = Fokuspunt V2 = Groepsbesprekinge V3 = Groepsoefeninge V4 = Huiswerktake V5 = Houding van Groepslede V6 = Verloop van sessie V7 = Lengte van sessie V8 = Programstof														

Tabel 37 dui aan dat daar nie 'n groot wisseling tussen die sessies was oor hoe groepslede die sessies, asook hulle ervaring daarvan, beoordeel nie. Dit blyk dat die fokuspunt van elke sessie vir hulle in die geheel duideliker as vaag was; die

groepsbesprekings vir hulle meer aangenaam was as nie; hulle gevoel het dat die groepsoefeninge meer leersaam was as sonder effek; hulle gevoel teenoor die huiswerkopdragte geneig het na neutraal; groepslede se houding van neutraal tot betrokke gewissel het; die verloop van die sessies na ordelik geneig het; die lengtes van die sessies as nie te lank of te kort ervaar is nie; en laastens die programstof as bruikbaar vir toepassing in hulle eie lewens beoordeel is.

Alhoewel die gemiddelde tellings in Tabel 37 nie baie tussen die onderskeie sessies varieer nie, is daar tog sekere tendense teenwoordig wat kwalitatief beoordeel kan word. Ten opsigte van die fokuspunt van elke sessie is die eerste en laaste sessies as die beste beoordeel. Vanaf Sessie 2 was daar 'n geleidelike afname totdat Sessies (4 tot 7) weer geleidelik beter beoordeel is. Dit kan moontlik daaraan toegeskryf word dat groepslede in die eerste sessie die doel en hooftemas van die program bespreek, terwyl die laaste sessie se evalueringsvraeys oor die program as geheel (Bylae 17) groepslede weer bewus maak dat die verskillende afdelings en sessies 'n eenheid vorm.

Groepsbesprekings word aanvanklik as baie positief ervaar en beleef dan 'n geringe insinking in Sessie 2, 3 en 4 waarna groepslede die besprekings weer as meer aangenaam beoordeel. Die laaste sessie kry by hierdie vraag die hoogste beoordeling. Hierdie resultaat dui moontlik daarop dat groepslede na die aanvanklike ontmoeting nog vreemd vir mekaar gevoel het (Sessie 2 en 3) en progressief meer begin deelneem het namate hulle mekaar beter leer ken en vertrou het. Dit is ook moontlik dat Sessie 2 en 3 deur van die groepslede as te teoreties ervaar is.

Groepsoefeninge is aanvanklik as minder leersaam as latere sessies (Sessie 4 tot Sessie 7) beoordeel. Dit kan eerstens verband hou met vraag twee se verklaring dat groepslede gedurende die aanvangsfase van die program nog nie op hulle gemak gevoel het om inligting aangaande hulself te deel nie en mekaar se vertrouwe eers moes wen. Tweedens is dit moontlik dat groepslede nog vreemd gevoel het rakende die proses en die uitvoer van oefeninge.

Huiswerkopdragte is by die latere sessies as meer leersaam beoordeel. Dit blyk dat die eerste sessie een van die laagste tellings behaal het, wat daarop dui dat groepslede aanvanklik negatief teenoor die opdragte ingestel was.

Groepslede se houding teenoor elke sessie dui daarop dat groepslede aanvanklik betrokke was, daarna in Sessie 2, 3 en 4 minder betrokke was en weer van Sessie 5 gestyg het tot 'n hoogste telling by Sessie 7. Dit kan moontlik weer 'n aanduiding daarvan wees dat groepslede aanvanklik huiwerig was om van hulself te deel en progressief, namate hulle mekaar beter leer ken het, meer betrokke geraak het.

Ten opsigte van die ordelike verloop van die sessies, blyk dit dat die laaste sessie die hoogste telling verkry het wat moontlik daarop kan dui dat groepsrolle gedurende die verloop van die program uitgesorteer is.

Die lengte van die sessies is deurgaans as neutraal aangedui. Die twee sessies wat uitgesonder word as te kort (in vergelyking met die ander sessies) is Sessies 5 en 7. 'n Moontlike afleiding kan wees dat die afsluiting van Sessie 5, waar 'n ontspanningstegniek toegepas is, 'n behoefte by groepslede geskep het om voort te gaan met die sessie. By Sessie 7 was dit moontlik die gevoel dat hulle mekaar nie meer weekliks in so 'n verband gaan ontmoet nie, wat aanleiding daartoe gegee het dat die sessie korter voel.

Die programstof is aanvanklik in die eerste paar sessies (Sessie 1, 2 en 3) as minder bruikbaar beoordeel, terwyl die latere sessies as meer bruikbaar gevind is. Dit dui moontlik daarop dat groepslede die programstof toenemend in hulle lewens toegepas en gebruik het.

6.3.1.1 Konklusie

In die geheel is die program as aangenaam deur groepslede ervaar. Hulle het ook gevoel dat die groepsbesprekings en –oefeninge, sowel as die program se inhoud, vir hulle bruikbaar is. Dit is verder opvallend dat dit veral die eerste sessie en laaste paar sessies is wat op die meeste vrae as meer positief beoordeel word. Dit hou moontlik verband met groeps groei wat eers ontwikkel namate groepslede mekaar beter leer ken en begin vertrou en die groep die werksfase betree.

6.3.2 KOMMENTAAR VAN GROEPSLEDE OP PROGRAM

Die groepslede se subjektiewe ervaring van die program is aan die einde van die program met behulp van 'n evalueringsvraelys (Bylae 19) gepeil. Vervolgens word

opmerkings, soos deur groepslede (werklike woorde van groepslede in evalueringsvraelys) gemaak, weergegee:

6.3.2.1 Bruikbaarste aspekte van program

Die groepslede het in die evalueringsvraelys aangedui dat hulle bepaalde aspekte van die program bruikbaar gevind het. Vervolgens word hierdie response uiteengesit:

- ♦ “Die copingmaniere en veral sessie 9 – dit help mens om in die toekoms, meer empaties te kan luister.”
- ♦ “Die praktiese oefeninge in die groep, waar mens met mekaar in die groep gesels het.”
- ♦ “Die besprekings, die deelname, die oefeninge tydens die sessies.”
- ♦ “Interaksie met en om te luister na ander mense. Om te weet ander mense het ook probleme – baie keer erger as jou eie.”
- ♦ “Die metodes om jou denke te verander. Dit het regtig baie gehelp in die dae wat ek negatief was en nie goed gevoel het nie. Verder was die hele idee van 'n groep baie lekker. Net om te weet dat daar nog soveel ander is wat soms presies soos jy voel, en dat jy nie alleen in jou eie denke vasgevang is nie.”
- ♦ “Alles. Veral die sessie oor gedagtes.”
- ♦ “Die feit dat ons die teorie gehoor het en dit toe prakties geoefen het. Die praktiese oefening het toe gehelp om dit in my eie lewe te gebruik. Die huiswerk was ook insiggewend.”
- ♦ “Die feit dat jy alles kan hanteer deur jou positiewe denke.”
- ♦ “Probleemgevalle waaruit ek kon leer.”
- ♦ “Die geselsessies met die medegroepslede het ek baie bruikbaar gevind. Kon uit mekaar se ervarings en foute leer.”

- ♦ “Die copingstrategieë. Ek het dikwels in 'n situasie by myself gewonder wat ek doen in terme van coping en of dit die effektiestste wyse is.”
- ♦ “Veral die aspek van affirmations en jou denke en hoe om dit positief te maak. Dit het baie gehelp om uiteindelik iets te kan doen met negatiewe gedagtes.”
- ♦ “Copingtegnieke en die feit dat ek nou dinge (kennis) wat ek van geweet het op 'n meer positiewe wyse in my lewe kan toepas.”
- ♦ “Kallie Kritiek en hoe om dit meer positief te maak.”
- ♦ “Daar was nie spesifieke aspekte wat ek kan uitlig nie. Elkeen was baie leersaam en kon ek gebruik om te kon groei in myself. Dit is 'n goeie samevattende program en niks kan of kon regtig uitgelaat word nie. Dit was oor die algemeen fantasties en baie opbouend.”
- ♦ “Learning about the coping mechanisms.”
- ♦ “Everything discussed in the program about depression. I also learned ideas that can make you see your situation better.”
- ♦ “Learning from others.”
- ♦ “I learned a lot about myself and also how to cope. I learned how to relax.”
- ♦ “Die verskillende copingmetodes. Die ontspanningsoefening. Die kommunikasie bespreking.”
- ♦ “Praktiese voorbeelde van wat om anders te dink in sekere situasies of as ek sekere gevoelens ervaar. Maniere om na 'n probleem te kyk.”
- ♦ “Om probleemgevalle in my eie lewe te hanteer.”
- ♦ “Die dele oor konflik en kommunikasie.”
- ♦ “Die groepsbesprekings, die lesings – alles was puik.”

- ◆ “Die gedeelte van emosies. Ondersteuningsbronne en kommunikasie.”
- ◆ “Kan nie uitsonderings maak nie, alles was bruikbaar.”
- ◆ “Hoe om jou probleme te verwerp en dit agter jou te plaas.”
- ◆ “Die ‘uitruil’ van dinge. Geleer dat ander mense ook probleme het en hulle kan positief wees.”

Uit die opmerkings van groepslede is dit duidelik dat daar veral drie aspekte is wat die meeste persone bruikbaar gevind het. Dit is eerstens die gevoel om in 'n groep saam te gesels en tegnieke in te oefen en so te besef dat die meeste ervarings universeel is. Groepslede het ook ervaar dat hulle uit ander se foute, maar ook hul wysheid, kon leer. Tweedens is die copingmeganismes bruikbaar gevind deurdat situasies en die effektiwiteit van strategieë weer geëvalueer word. Laastens is tegnieke om gedagtes te verander deur groepslede uitgelig. Groepslede meld dat dit hulle help om probleemsituasies te hanteer en die lewe positiewer aan te pak.

6.3.2.2 Aspekte in verloop van program waarvan groepslede gehou het

Sekere aspekte gedurende die program het vir groepslede uitgestaan. Hierdie aspekte word vervolgens uiteengesit:

- ◆ “Hoe om negatiewe gedagtes te stop.”
- ◆ “Groepsgesprekke.”
- ◆ “Die uitnodiging om opinies te lewer.”
- ◆ “Humor in die sessies en die ontspanningstegniek.”
- ◆ “Die sessies saam was reeds genoeg om lekker te lag en jou dag op te helder. Ook die ontspanningstegniek was lieflik en het wondere verrig.”
- ◆ “Saamgesels oor die onderwerp.”

- ♦ “Die les oor copingstrategieë en ook die deelname aan die groep en die atmosfeer wat deur die groepslede geskep is.”
- ♦ “Die groepsbesprekings.”
- ♦ “Die groepsbesprekings. Ook die hantering van konfliktsituasies.”
- ♦ “Die vriende wat ek gemaak het en die ‘bonding’ wat plaas gevind het.”
- ♦ “Die ontspanningsoefening en al die praktiese aktiwiteite soos groeppeselsies, en Sannie-se-storie en oefeninge vir effektiewe en oneffektiewe luister en kommunikasie.”
- ♦ “Die gesels en openheid in die groep. Vermoë om te kan deel met almal.”
- ♦ “Luistervaardighede en telefoontjie.”
- ♦ “Net om te kan gesels of iets te kan sê wanneer ek gevoel het ek wil iets sê, met ander woorde ek is nie gedwing om nou te praat nie.”
- ♦ “Ek het baie van die samewerking tussen die groepslede gehou waardeur ons ons tekorte raakgesien het en as groep oplossings daarvoor gevind het sonder om gekonfronteerd te voel.”
- ♦ “To cope and to learn about the importance of seeking help in times of problems.”
- ♦ “Looking for social support or support systems that we choose to handle our problems.”
- ♦ “Involvement of members when a question is raised.”
- ♦ “The session when we relaxed. It was therapeutic and could be used daily.”
- ♦ “Die gemaklike atmosfeer tussen groepslede en die feit dat die groepsleier bereid was om ook oor haarself te praat.”

- ♦ “Die groep se insette en voorbeelde en hulle deelname wat my deel van die groep laat voel het al is ons elke een uniek was dit lekker om te hoor dat daar ander mense is wat dieselfde gevoelens as ek voel. Veral die ontspanne groepsgevoel.”
- ♦ “Die feit dat jy jouself kon wees en kon deel in 'n groep.”
- ♦ “Die een oor jou emosies en die manier waarop jy dink.”
- ♦ “Groepsbesprekings.”
- ♦ “Die besprekings rondom 'n probleem.”
- ♦ “Die feit dat ons almal saam oor dinge kon gesels en saam met vreugde oor dinge kon redeneer.”

Groepslede het verskeie aspekte waarvan hulle gedurende die program gehou het, aangedui. Dit staan egter duidelik uit dat die meerderheid groepslede van die groepsbesprekings gehou het. Dit hou ook verder verband met 'n gevoel van samewerking, saamgesels oor 'n onderwerp en 'n gemaklike atmosfeer waar elkeen die geleentheid gegun is om net homself te wees.

6.3.2.3 Aspekte in verloop van program waarvan groepslede nie gehou het nie

Gedurende die program was daar sekere aspekte waarvan groepslede nie gehou het nie, hierdie aspekte word vervolgens uiteengesit:

- ♦ “Die huiswerk, bietjie lui.”
- ♦ “As iemand nie opdaag nie.”
- ♦ “Die lengte van die sessies.”
- ♦ “Sommige van die huiswerk.”
- ♦ “As almal nie hier was nie, was ek teleurgesteld.”
- ♦ “Huiswerk.”
- ♦ “Die rollespel van die laaste praktiese sessie.”

- ♦ “Op 'n stadium het ek gevoel dat dinge in my oopgekrap word sonder dat ek weet wat nou.”
- ♦ “Huiswerk, het nie altyd verstaan hoe om dit sinvol te voltooi nie.”
- ♦ Van die huiswerktake was moeilik om aan 'n spesifieke situasie in my week te dink en die tegnieke dan daarop toe te pas en dit te ontleed. Soms het daar niks gebeur in die week nie!”
- ♦ “Van die huiswerktake was bietjie ingewikkeld, maar dit het my tog iets geleer.”
- ♦ “That the class should end so soon.”
- ♦ “Homework. Sometimes I didn't know what to write in the space provided.”
- ♦ Sometimes the participants didn't respond and then one felt too shy to say something.”
- ♦ “Dat as daar 'n vraag gevra word en almal kyk na almal om te sien wie gaan die vraag beantwoord.”
- ♦ “As almal nie daar was nie, was dit asof daar 'n gat was. Die sessie oor ondersteuningsbronne.”
- ♦ “Dit was te kort.”
- ♦ “Die vrae is soms 'n bietjie gekompliseerd.”
- ♦ “Wanneer groepslede van program afwyk.”
- ♦ “Huiswerk.”

Dit is duidelik dat heelwat van die groepslede nie van die huiswerkoefeninge gehou het nie. Dit blyk dat groepslede dié oefeninge soms te ingewikkeld gevind het of gevoel het dat daar nie altyd 'n sinvolle situasie gedurende die week ontstaan het om oor te rapporteer nie. 'n Ander aspek wat ook aandag verdien, is dat groepslede teleurgesteld was indien hul groep nie elke sessie voltallig was nie. Dit gee moontlik 'n aanduiding dat groepkohesie in van die vroeëre sessies plaasgevind het.

6.3.2.4 Praktiese toepassing van program deur groepslede

Groepslede is in die evalueringsvraelys gevra hoe hulle beplan om dit wat hulle gedurende die program geleer het, prakties in hulle lewens toe te pas. Hulle response was soos volg:

- ◆ “Nie net dit woorde te laat bly nie, maar dit prakties in alle omstandighede toe te pas.”
- ◆ “Ek weet nie of ek dit gebruik nie, maar ek voel deesdae beter.”
- ◆ “Dink aan die oefeninge van die sessies.”
- ◆ “My denkpatrone is gewoonlik ‘on the right track.’”
- ◆ “Om my denke te verander sodra ek agterkom dat ek besig is om depressief te raak. Om ook in meer gevalle van my ondersteuningsbronne gebruik te maak.”
- ◆ “Ek gaan let op my gedagtes.”
- ◆ “Ek pas die strategieë toe wat ek geleer het en dit werk al klaar. Verder werk ek aan my positiewe sy en eienskappe en probeer ek om net die mooi in die lewe raak te sien.”
- ◆ “Deur ander mense ook te vertel hulle moet probeer om dinge van negatief na positief om te skakel.”
- ◆ “Om positief te wees.”
- ◆ “Ek het al meer van my ondersteuningsbronne begin gebruik maak. En ek som die situasies nou eers mooi op en besluit dan wat gaan ek doen. En ek kry vir elke week 'n positiewe gesegde en maak dit deel van my.”
- ◆ “Ek dink maar aan die inhoud en probeer dit van toepassing maak op elke moontlike daaglikse situasie.”
- ◆ “Veral die affirmations word sinvol in my lewe toegepas.”
- ◆ “Probeer om dit wat ek geleer het prakties toe te pas in my alledaagse lewe.”

- ♦ “As ek aan 'n negatiewe gedagte dink dan dink ek dadelik aan 'n positiewe slogan soos bv. “Ek kan” of “Just go for it” en dit help nogal.”
- ♦ “Ek onthou wat ek geleer het van die groepsessies en konsentreer daarop om alles toe te pas bietjie vir bietjie tot ek alles geïnternaliseer het.”
- ♦ “I am going to fight to be always positive and eliminate the negative thoughts inside me.”
- ♦ “This will help to deal with my depression and also help me to help others to solve their depression problem.”
- ♦ “There are problems in everyday situations but there are many ways to solve them.”
- ♦ “I would apply what I’ve learned and tell others what I’ve learned so that they can also cope.”
- ♦ “Beter copingmeganismes gebruik – minder ontvlugting en meer probleemoplossing.”
- ♦ “As ek negatiewe gevoelens ervaar wat ek nou kan identifiseer dan is dit makliker om een van die prentjies te sien wat ons oor gepraat het, en die negatiewe gedagte te stop en 'n affirmation hardop vir myself te sê.”
- ♦ “Om die aantekeninge deur te gaan en dit te bestudeer as ek alleen is, onthou dan goed wat gesê is en probeer dit dan in my lewe toe te pas.”
- ♦ “Elke dag dink ek iets wat iemand gesê het op 'n situasie, dan gebruik ek dit.”
- ♦ “Myself as 'n positiewe mens te sien en te waardeer en die feit dat ek maar mag, beteken vir my baie.”
- ♦ “Die stukke op my tyd weer deur te werk.”

- ♦ “Om in alle toestande of gebeure die positiewe te sien.”
- ♦ “Om nie probleme saam te dra nie, maar af te gooi en te vergeet.”
- ♦ “Ek is reeds besig om met twee familielede te praat oor dinge wat ek hier geleer het, ten minste weet ek nou hoe om te kommunikeer.”

Groepslede probeer veral om herstrukturering van hulle gedagtes prakties toe te pas. Hulle probeer bewus raak van hulle denke, negatiewe gedagtes te stop, “affirmations” of bekragtigings te gebruik en so hul positiewe gedagtes uit te bou. 'n Paar groepslede maak ook meer van hulle ondersteuningbronne gebruik en fokus meer op benaderingscopingstrategieë as vermydingscopingstrategieë. Enkele groepslede gebruik ook die inligting om ander depressieërs by te staan.

6.3.2.5 Voorstelle ter verbetering van program

Groepslede is gevra hoe hulle dink die program verbeter kan word. Hulle het die volgende voorstelle gemaak:

- ♦ “Hoe langer die groep aangegaan het, hoe meer oefeninge het ons in die groep gedoen. Ek dink die oefeninge is die beste deel van die groep en kan selfs meer wees.”
- ♦ “Miskien 'n skema wat uiteensit waar ons begin en eindig, wat alles bespreek gaan word en hoe dit funksioneel gaan wees op die einde.”
- ♦ “Die teorie gedeelte kan korter wees.”
- ♦ “Miskien hoe om ander met depressie te hanteer.”
- ♦ “Wat van 'n naweek werksessie (ongeveer 6 lesings).”
- ♦ “Om as groep 'n aksie te loots, veral aan die begin van die sessies, sodat jy eers bietjie meer in voeling kan wees met die mense en hulle leer ken, buite sessieverband.”
- ♦ “Dat persone nie toegelaat moet word om té lank en té veel oor hulle persoonlike aangeleenthede te praat nie.”

- ♦ “Dit moet 'n tipe van ondersteuningsgroep vir almal op die PUK wees.”
- ♦ “'n Kleiner groep, dalk net agt mense.”
- ♦ “Die teorie sou meer geoefen kon word om dit makliker implementeerbaar te maak in die praktyk.”
- ♦ “Verander die sitposisies sodat jy met almal in kontak kan kom en sommige mense nie die groep oorneem nie.”
- ♦ “That this class could also serve a full time base.”
- ♦ “The programme must be offered seperately in English and Afrikaans.”
- ♦ “The only change that I can make is time, maybe more time should be given.”
- ♦ “More one-to-one sessions. A person doesn't always feel free to say something in front of others.”
- ♦ “Om meer die ontspanningsoefening aan die einde van elke sessie te gebruik en om al die verskillende oefeninge wat in die groep bespreek is vir elkeen te gee.”
- ♦ “Die benuttingsfase het vir my bietjie kort gevoel. Dalk as die program langer was sou ons meer tyd gehad het om dit waaroor ons gepraat het uit te toets en aan nog meer voorbeelde te dink.”
- ♦ “'n Geestelike afdeling in te bring.”
- ♦ “Meer besprekings oor gevallestudies.”

Groepslede se voorstelle ter verbetering van die program is wyd uiteenlopend. 'n Aspek wat wel in 'n mate na vore kom, is 'n behoefte om die teoretiese aspekte nog meer op 'n praktiese wyse in te oefen.

6.3.2.6 Antwoorde op onvoltooide sinne

In die evalueringvraelys is 'n aantal onvoltooide sinne aan groepslede gegee. Hulle

het dit op die volgende wyse voltooi.

6.3.2.6.1 Gedurende die program het ek geleer dat ek ...

- ♦ “self my probleme moet hanteer en dat ek instaat daartoe is om iets te doen.”
- ♦ “minder versigtig moet wees.”
- ♦ “niks wat ek geleer het kan gebruik sonder wilskrag nie.”
- ♦ “beter cope as wat ek gedink het.”
- ♦ “nie regtig 'n depressie probleem het nie, net myself te veel kritiseer.”
- ♦ “ek is wat ek dink. Ek dink te veel outomaties negatief.”
- ♦ “in beheer kan wees van my lewe en dat die lewe nie so sleg is soos ek dit altyd aanvaar nie.”
- ♦ “met ander mense moet praat. Daar is tog ander wat verstaan.”
- ♦ “nie die enigste is met depressiewe gevoelens nie.”
- ♦ “nie so alleen is nie.”
- ♦ “gedink het ek het soms dinge verwerk, maar toe nie het nie, het dit bloot onderdruk as copingmeganisme.”
- ♦ “my negatiewe gedagtes kan verander deur nie myself vas te staar in die probleem, maar om 'n oplossing te soek.”
- ♦ “my eie emosies self beter kan hanteer en beheer omdat ek nou beter toegerus is.”
- ♦ “kan staatmaak op hulp van ander en dat ek na 'n ondersteunings-bron kan gaan vir hulp en dat dit lekker is om in groepsverband te gesels.”
- ♦ “foute maak soos alle mense maar doen en dat ek te hard op myself is maar ook dat ek myself kan verbeter deur op te let na die klein dingetjies in die lewe en om positief te dink.”

- ◆ “I can cope quite easily. I can even talk freely to the others.”
- ◆ “depression can be handled.”
- ◆ “I am not the only person with problems.”
- ◆ “I can cope and apply it outside of the programme environment.”
- ◆ “nie baie goed cope met my probleme nie.”
- ◆ “om te relax oor my probleme en dit dag vir dag te vat en veral die sessie oor die verskillende maniere om 'n probleem te benader het my baie insig gegee.”
- ◆ “net myself kan wees.”
- ◆ “positief oor myself en ander moet wees.”
- ◆ “ek maar myself mag wees en dat ek kosbaar is soos wat ek is.”
- ◆ “soms te maklik iets sê wat ek nie moet nie.”
- ◆ “die reg het om te besluit of ek negatief of positief wil wees.”
- ◆ “met my depressie en probleme kan cope.”
- ◆ “nie moet gaan lê nie. Daar is raad en hulp en mense wat bereid is om jou te help.”

Dit lyk of heelwat groepslede gedurende die program geleer het dat hulle wel hulle probleme kan hanteer, hetsy deur hulle gedagtes te verander, ondersteuningsbronne te gebruik en met ander persone wat verstaan te praat, te ontspan of hulself te aanvaar.

6.3.2.6.2 Gedurende die program het ek weer bewus geword van...

- ◆ “wie ek is as mens en dat mens altyd baie het om voor dankbaar te wees.”
- ◆ “moontlike oplossingsstegnieke.”
- ◆ “hoe ek in die verlede my probleme hanteer het.”

- ◆ “dat ons almal maar ons afdae het.”
- ◆ “hoe gelukkig ek eintlik is en dat mens jouself moet aanvaar.”
- ◆ “die bouse kringloop van negatiewe gedagtes. Jy moet dit afskakel of verander na positiewe gedagtes of uitdagings daarin sien.”
- ◆ “hoe dit voel om te lag en gelukkig te wees. Hoe om mense te ken wat soos ek is.”
- ◆ “dat ek nie al een is wat aan depressie ly nie.”
- ◆ “mense wat omgee en belangstel.”
- ◆ “ander se nood rondom my.”
- ◆ “die omvangrykheid en die erns van depressie en die wete dat min mense regtig die besliste impak van erge depressie verstaan.”
- ◆ “hoe negatiewe denke jou totale lewenshouding kan beïnvloed.”
- ◆ “negatiewe dinge wat ek vir myself gesê het en hoe dit my beïnvloed.”
- ◆ “my negatiewe gevoelens en hoe om dit te hanteer.”
- ◆ “hoe onnodiglik ek vir myself blameer.”
- ◆ “I can get help from the others as well as I can also help the others.”
- ◆ “we tend to experience or see depression as an incurable disease.”
- ◆ “there are always coping mechanisms.”
- ◆ “everyone has off days and can feel bad, but that doesn’t make me a bad person. That I can cope with any type of situation.”
- ◆ “die feit dat ander mense ook soms voel soos ek.”
- ◆ “dat ek eintlik nie so 'n slegte persoon is nie en dat my gedagtes my nie regeer nie, maar dat ek beheer moet uitoefen oor my gedagtes en wat ek voel.”

- ◆ “ander se behoeftes.”
- ◆ “ander se probleme.”
- ◆ “my eie emosies.”
- ◆ “my eie emosies en dat jy na ander moet uitreik.”
- ◆ “ander groepslede se behoeftes.”
- ◆ “persone wat net soos ek ook depressief kan raak en was en dat ons almal ons probleme kan oorbrug.”
- ◆ “wat my medemens vir my beteken en wat ek vir ander kan beteken.”

Dit lyk of die aspekte waarvan groepslede gedurende die program bewus geword het, in drie breë kategorieë ingedeel kan word. Die eerste is dat groepslede besef het dat hulle hulself moet aanvaar en dat dit nie van jou 'n slegte persoon maak as jy 'n afdag beleef nie. Tweedens het hulle ook bewus geword van ander mense se behoeftes en dat dit dikwels universele behoeftes en probleme is. Hiermee saam was 'n besef dat ander ook aan depressie ly. Laastens was daar 'n bewustheid aangaande die rol wat negatiewe denke in 'n persoon se totale lewenshouding speel en dat sulke gedagtes na positiewe gedagtes verander moet word.

6.3.2.6.3 Gedurende die program was ek verras om te vind dat...

- ◆ “baie mense so dieselfde dink oor dinge.”
- ◆ “verskillende persoonlikheidstipes depressief raak.”
- ◆ “daar meer mense met probleme is, of met depressie as wat ek gedink het.”
- ◆ “ek reeds baie van die tegnieke vir denkpatrone reg gebruik.”
- ◆ “almal deur sulke dae gaan en soms af voel.”
- ◆ “baie meer vroue as mans skynbaar aan depressie ly.”
- ◆ “ek nie alleen is nie en dat dit nie net ek is wat so voel nie, maar dat daar baie ander mense is wat so voel.”

- ◆ “baie ander dieselfde ervarings as jy het tydens depressie.”
- ◆ “daar wel genesing is vir depressie. Dat dit maklik was om daaroor te kan praat.”
- ◆ “baie mense soos ek voel en dink.”
- ◆ “dat ek geen uithouvermoë het nie.”
- ◆ “ek nie so sleg cope as wat ek aanvanklik gedink het nie.”
- ◆ “'n probleem eintlik nie so onmoontlik lyk om 'n oplossing voor te vind nie.”
- ◆ “daar soveel mense is wat lekker saam kan praat oor goed wat pla.”
- ◆ “that I can be open and tell if I have a problem.”
- ◆ “each group member has his or her style of dealing with a situation.”
- ◆ “that people can be so free.”
- ◆ “myself so open to strangers even if that what is said was in a concealed sentence.”
- ◆ “party mense wat altyd so opgewek lyk asof hul geen probleme het nie, tog probleme het.”
- ◆ “ander mense ook soos ek kan dink.”
- ◆ “ander ook dieselfde probleme as ek kan hê.”
- ◆ “ander dieselfde hang-ups het.”
- ◆ “dat ek eintlik regtig depressief was. Ek het nie geweet wat was verkeerd met my.”
- ◆ “almal maar dieselfde probleme het al lyk dit nie uiterlik so nie.”
- ◆ “my probleem nie so groot is nie.”

- ♦ “dat niks onmoontlik is nie.”
- ♦ “daar werklik in die meeste gevalle vir jou raad is.”

Uit die groepslede se response staan dit uit dat baie van hulle verras was om te vind dat hulle nie al persoon is wat so voel nie en dat baie ander ook soos hy dink en voel en dieselfde tipe probleme ondervind. 'n Ander aspek is dat daar wel raad en oplossings beskikbaar is en depressie dus hanteer kan word.

6.3.2.6.4 Gedurende die program het ek dikwels gevoel...

- ♦ “dis okay om myself te wees.”
- ♦ “ek praat te veel.”
- ♦ “dat ek soveel meer kan wees, as ek net nie so tevrede was om depressie te hê nie.”
- ♦ “my probleme is nie altyd so erg soos die ander s'n nie.”
- ♦ “dat ek wil uitbars van die lag.”
- ♦ “dat ek te veel praat! Moet meer luister.”
- ♦ “asof ek uiteindelik 'n plekkie gekry het waar ek inpas.”
- ♦ “daar is ander mense wat verstaan.”
- ♦ “dat ek in beheer is van my probleem.”
- ♦ “dat ek iewers behoort. Al is dit net vir 'n kort rukkie.”
- ♦ “dat ek nie noodwendig gehou het van die emosies wat in my gevestig het nie.”
- ♦ “dat ek myself te veel blootstel.”
- ♦ “dat ek ook van die emosies voel wat die ander groepslede ervaar.”
- ♦ “dat as ek iets wou sê, ek dit kan doen en dat ek nie meer bang of skaam hoef te wees nie.”

- ◆ “of ek 'n nuwe vriendskap groep het en 'n beter mens geword het.”
- ◆ “relieved and stressless.”
- ◆ “relieved and comfortable.”
- ◆ “that I wanted to tell my personal problems.”
- ◆ “relieved to see that others also have problems and not only myself.”
- ◆ “dat ek hulp meer nodig het as wat ek gedink het.”
- ◆ “dit waaroor ons praat is verskriklik konfronterend, maar ek het nie bedreig gevoel nie, want ek was nie gedwing om 'n antwoord te gee nie.”
- ◆ “of hulle met my praat.”
- ◆ “dat dit lekker is om deel te wees en ander te leer ken.”
- ◆ “dat ek so bly is dat ek by die groep uitgekom het.”
- ◆ “dit is soms vir my moeilik om dit wat ek voel in woorde deur te gee.”
- ◆ “ek het die reg om my gevoelens te wys.”
- ◆ “dat ek kan cope al het sommige dae maar swart gelyk.”
- ◆ “ek skiet te kort, maar teen die einde voel ek so half vry.”

Dit blyk dat groepslede gedurende die program dikwels gevoel het dat hulle êrens behoort en inpas en deel is van 'n groep. 'n Ander aspek wat met die eerste oogopslag teenstrydig voorkom, is dat sommige groepslede gevoel het dat hulle te veel praat en hulself dalk te veel blootstel terwyl ander groepslede waardering daarvoor getoon het dat hulle nie gedwing is om te praat nie en sommige selfs behoefte daaraan gehad het om meer persoonlike inligting te deel. Dit alles dui egter daarop dat groepslede hulself kon wees en met volle oorgawe deel gehad het aan die groep.

6.3.3 SAMEVATTENDE OPMERKINGS

Uit die kwalitatiewe ontleding van bogenoemde response wil dit voorkom of groepslede die program oor die algemeen as positief en leersaam ervaar het. Hulle het veral by die identifisering en verandering van negatiewe gedagtes, coping-meganismes en gebruik van ondersteuningsbronne baatgevind. Dit het daartoe gelei dat hulle voel oplossings beskikbaar is en hulle dus hul depressie kan hanteer. Gedeelde ervarings, groepsbesprekings en –oefeninge en die besef dat depressie 'n universele verskynsel is, het hierdie gevoel verder versterk. Aspekte wat wel as negatief deur die groep ervaar is, is die hoeveelheid en kompleksiteit van huiswerkopdragte en indien 'n groepslid afwesig was. Uit die groep se voorstelle om die program te verbeter blyk dit dat hulle die teorie nog meer sou wou inoefen. Ten slotte was een groepslid se gevoel dat “dit moet 'n tipe van ondersteuningsgroep vir almal op die PUK wees”.

6.4 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is die resultate van die empiriese ondersoek weergegee deur beide die kwantitatiewe en kwalitatiewe resultate te rapporteer en te interpreteer. In die volgende hoofstuk word die saamgestelde intervensieprogram se resultate vanuit die literatuurstudie en empiriese ondersoek geëvalueer. Ten slotte word enkele gevolgtrekkings en aanbevelings gemaak.

GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

7.1 INLEIDING

In hierdie slothoofstuk word die bevindinge vanuit die literatuurstudie en empiriese ondersoek in die lig van die spesifieke doelstellings en hipoteses saamgevat en gevolgtrekkings gemaak. Ten slotte word enkele leemtes uitgewys en aanbevelings gemaak.

7.2 BEVINDINGE UIT DIE LITERATUUR- STUDIE

Depressie is toenemend besig om in die hiërargie van grootste gesondheidsprobleme te klim en oefen 'n definitiewe invloed uit; nie net op die individuele depressielyer nie, maar ook op sy gesin en die finansiële las op die breë gemeenskap. Dit verhoog dus die behoefte aan koste- en tydseffektiewe terapie en veral groepsterapie, psigo-opvoedkundige programme en intervensieprogramme wat aan hierdie vereistes voldoen. Die algemene doelstelling van hierdie studie was dus om 'n gekombineerde kognitiewe gedragsterapeutiese en copingprogram vir depressielyers saam te stel, in groepsverband aan te bied en die effek daarvan te evalueer. Met hierdie doel in gedagte is bestaande literatuur aangaande depressie, die kognitiewe gedragsbenadering, coping en programme ontleed.

Uit die literatuur is gevind dat die term “depressie” 'n komplekse begrip is wat verskillend deur navorsers gedefinieer word. Vanuit die definisies kan kliniese depressie as 'n sindroom met 'n verskeidenheid oorsake gedefinieer word, waar 'n

verskeidenheid simptome oor 'n beduidende tydsverloop voorkom, terwyl daaglikse funksionering belemmer word (Mark & Williams, 1992; Medina, 1998). Vir die doel van hierdie studie is 'n persoon as depressief beskou wanneer 'n ligte, matige of ernstige graad van depressie voorkom.

'n Verskeidenheid teoretiese perspektiewe aangaande depressie is ontleed met die doel om depressie te konseptualiseer en vanuit die onderskeie benaderings, sekere aspekte in die beplande saamgestelde program in te sluit. Uit die ondersoek van die biologiese teorieë is vasgestel dat 'n spesifieke geen of gene wat met gemoedsversteurings geassosieer word, tot nog toe nie geïdentifiseer is nie (Marsella, 1996). Antidepressante wat op 'n verskeidenheid neurologiese sisteme inwerk, lewer egter 'n bydrae ten opsigte van die behandeling van depressie en die verligting van simptome (Barlow & Durand, 1999).

Die onderskeie skrywers vanuit die psigoanalitiese perspektief voer aan dat depressie die gevolg is van: 1) aggressie of woede wat na binne gerig word (Freud, 1957), 2) 'n uitdrukking van hulpeloosheid, veral wanneer die persoon nie aan sy eie eise en ego-ideale kan voldoen nie (Bibring, 1953) of 3) verlaagde selfsteem na aanleiding van onrealistiese ideale (Jacobson, 1971). Die doel van psigoanalitiese terapie met die depressielyer is om die persoon se onbewuste kennis te identifiseer, die geldigheid daarvan te verifieer en in die individu se persoonlikheid te integreer (Bemporad & Vasile, 1990).

Uit die leerteoretiese benadering kom veral twee standpunte na vore. Volgens Lewinsohn (1978) is daar 'n interafhanklike verband tussen depressie en lae aktiwiteitsvlak wat 'n sneeubaleffek het ten opsigte van 'n verdere verlaging in deelname aan aktiwiteite en 'n vertroebeling van interpersoonlike verhoudings. Tweedens voer Seligman (1980) aan dat depressie die gevolg is van 'n onvermoë om beheer uit te oefen, wat lei tot 'n gevoel van hulpeloosheid en passiwiteit. Die leerteoretiese benadering fokus grootliks op die vermeerdering van aktiwiteite, sosiale vaardigheidsopleiding, attribusie-opleiding en die aanleer van ontspanningstegnieke.

Die eksistensiële perspektief dui 'n gebrekkige of sinlose toekomspektief as oorsaak van depressie aan (Frankl, 1963). Dit hou verband met 'n mislukte poging tot

transendering waar die persoon nie verantwoordelikheid daarvoor aanvaar om bo sy gevoelens van leegheid uit te styg en sin te soek nie (Krauss & Krauss, 1990). Uit die literatuurstudie blyk dit dus dat die doel van eksistensiële terapie dít is om lewenservaringe te verhelder, daaroor te besin en die betekenis daarvan te verstaan (Deurzen-Smith, 1988) en so die persoon tot 'n ryker en voller ervaring van persoonlike bestaan te lei (Gagiano & Louw, 1990).

Uit die literatuur blyk dit dat depressie volgens die interpersoonlike benadering die gevolg is van die onvermoë om emosionele bande te skep of in stand te hou, asook die gevolg van ontwrigte interpersoonlike verhoudinge (Bowlby, 1969; Klerman *et al.*, 1984). Die doel van interpersoonlike terapie is dus om wanaangepaste verhoudinge te rekonstrueer met die doel om goeie interpersoonlike verhoudinge te handhaaf en sosiale aanpasbaarheid te bewerkstellig (Feldman & Gotlib, 1993).

Die kognitiewe gedragsbenadering beklemtoon die verband tussen kennisies, gedrag en emosies (Ellis, 1993). Depressie is dan die gevolg van die persoon se eie ontoepaslike oortuigingsstelsel en denke. Beck *et al.* (1980) wys daarop dat die depressielyer 'n negatiewe siening van homself, die wêreld en die toekoms het. Kognitiewe gedragsterapie het dus ten doel om individue se irrasionele gedagtes en negatiewe oortuigings te identifiseer en te herdefinieer (Sacco & Beck, 1995). Dit is ook belangrik dat die individu moet leer om irrasionele gedagtes te vervang met funksionele, positiewe gedagtes wat die gemoedstoestand verbeter en onderliggende skemas te verstaan om sodoende moontlike voor- en nadele wat die skema in stand hou, te elimineer.

Uit die literatuurontleding van teoretiese perspektiewe is sekere aspekte uitgelig en by die saamgestelde program ingesluit. Die psigoanalitiese perspektief lewer 'n bydrae deur 'n gevoel van aanvaarding en respek as 'n onderliggend deurlopende beginsel te stel. Ooreenkomstig die eksistensiële benadering word daar gepoog om die persoon se houding ten opsigte van sy ervaring van depressie te verander en eie verantwoordelikheid te herstel. Die gedragsbenadering lewer 'n bydrae deurdat die persoon sy attribusiestyl herevalueer, en na aanleiding van die interpersoonlike benadering word sosiale vaardighede met die klem op effektiewe kommunikasie aangeleer.

Uit die literatuurstudie blyk dit egter dat die kognitiewe gedragbenadering die meeste sukses behaal om depressiesimptome te verminder (Abraham *et al.*, 1992; Fava *et al.*, 1998; Hollon & Garber, 1990; Kaplan *et al.*, 1994; Miranda *et al.*, 1992; Pretorius, 1996; Reinecke *et al.*, Robins & Hayes, 1993) en terugvalle te verhoed (Hollon *et al.*, 1993; Munoz *et al.*, 1994; Paykel *et al.*, 1999). Kognitiewe herstrukturering, waardeur irrasionele gedagtes geïdentifiseer, gestop en met disfunksionele gedagtes vervang word, geniet dus prioriteit wat die terapeutiese intervensies betref.

Volgens die literatuur is kognitiewe gedragsterapie egter nie die enigste intervensie wat met die behandeling van depressie verbind word nie. Kleinke (1988) het gevind dat daar 'n definitiewe verband bestaan tussen die wyse waarop persone cope en die instandhouding van depressie. Daar bestaan min eenstemmigheid in die literatuur oor die definiëring van die begrip coping (Rohde *et al.*, 1990). Wissing (1995) se definisie dat coping perseptuele, kognitiewe en/of gedragsresponse is met die doel om situasies wat as pynlik, moeilik, bedreigend of oorskrydend van bronne voorkom, die hoof te bied, te vermy, te oorleef of te kontroleer, is dus as werksdefinisie vir die studie aanvaar.

Vanuit die teoretiese perspektiewe op coping en die verskillende skrywers se klassifikasie van copingstrategieë kan 'n breë klassifikasiestelsel met twee onderafdelings onderskei word. Dit behels dat copingstrategieë as onderskeidelik benaderingscopingstrategieë (wat ook na probleemgefokusde en aktiewe coping-response verwys) en vermydingscopingstrategieë (wat ook emosiegefokusde en passiewe response insluit) geklassifiseer word. Oor die algemeen het navorsing gevind dat vermydingscopingstrategieë positief met depressie korreleer (Banyard & Graham-Bermann, 1998; Billings *et al.*, 1983; Billings & Moos, 1984; Kleinke, 1998; Moos, 1993; Schaefer & Moos, 1992; Spirito *et al.*, 1996), terwyl benaderingscopingstrategieë minder depressiesimptome tot gevolg het (Aspinwall & Taylor, 1992; Billings & Moos, 1981a; Ebata & Moos, 1991; Holohan *et al.*, 1996; Kleinke, 1998; Lazarus & Folkman, 1987; Moos, 1994). Dit blyk dus uit die copingliteratuur dat 'n intervensieprogram eerstens die onderskeid sal moet tref tussen vermydings- en benaderingscopingstrategieë en daarna tegnieke moet oordra wat die gebruik van effektiewe copingmeganismes en dus veral benaderingscopingstrategieë sal laat

toeneem. 'n Verdere aspek wat in die program ingesluit behoort te word, is die taksering van 'n situasie en hoe dit met effektiewe coping verband hou.

Uit Moos (1994) se copingmodel blyk dit verder dat die depressiewe individu nie geïsoleerd van sy omgewing leef nie. Dit behels dat sosiale ondersteuningsisteme en sosiale vaardighede, om die sisteem in stand te hou, ook 'n belangrike rol by die behandeling van die depressielyer speel (Herman-Stahl & Peterson, 1996; Hobfoll *et al.*, 1994a; Kleinke, 1998; McLeod *et al.*, 1992; Moos, 1992b; Weiten & Lloyd, 1994).

Met die oog op die samestelling van 'n kognitiewe gedragbenadering en copingprogram is die literatuur oor bestaande kognitiewe gedragbenaderings- en copingprogramme verder ontleed. In hierdie verband is gevind dat bestaande kognitiewe gedragprogramme meestal op kognitiewe herstrukturering fokus (Free *et al.*, 1991; Lewinsohn *et al.*, 1984; Miranda *et al.*, 1992; Rice, 1994). Sulke programme sluit ook soms ander tegnieke in, soos ontspanningstegnieke (Lewinsohn *et al.*, 1984; Rice, 1994), tegnieke wat fokus op aktiwiteite wat plesier verskaf (Lewinsohn *et al.*, 1984; Miranda *et al.*, 1992; Rice, 1994), sosiale vaardighede (Lewinsohn *et al.*, 1984; Miranda *et al.*, 1992; Rice, 1994), die hantering van woede (Rice, 1994) en sosiale ondersteuning (Miranda *et al.*, 1992; Rice, 1994).

Bestaande copingprogramme gee selde primêr aan depressie aandag en die verligting van depressiesimptome is eerder 'n sekondêre wins. Copingprogramme dek dikwels die terreine van positiewe selfspraak (Du Toit *et al.*, 1997; Kleinke, 1998), herskedulering van aktiwiteite (Copeland, 1994; Kleinke, 1998), kommunikasievaardighede (Du Toit *et al.*, 1997; Kleinke, 1998), sosiale ondersteuning (Copeland, 1994; Du Toit *et al.*, 1997; Folkman *et al.*, 1991; Kleinke, 1998), opleiding in copingstrategieë (Du Toit *et al.*, 1997; Folkman *et al.*, 1991; Kleinke, 1998), opleiding in die taksering van die situasie (Folkman *et al.*, 1991; Kleinke, 1998) en probleemoplossing (Du Toit *et al.*, 1997; Kleinke, 1998).

Uit die literatuur blyk dit dat programme bestaan wat op die kognitiewe gedragbenadering en copingbeginsels afsonderlik berus. In hierdie onderskeie programme kom sommige ooreenkomste voor, maar die kern van elk word nie in beide soorte programme vervat nie. Met hierdie studie is gepoog om die leemte te vul deur uit die literatuur 'n gekombineerde kognitiewe gedragbenadering en copingprogram saam

te stel wat die sterkpunte van beide benaderings weerspieël. Die saamgestelde program word in hierdie studie toegepas en geëvalueer om so 'n bydrae te lewer tot 'n koste- en tydseffektiewe behandelingsmetode vir depressielyers.

7.3 SAMEVATTING VAN TOETSRESULTATE EN GEVOLGTREKKINGS

Die doelstelling van hierdie studie was om 'n gekombineerde kognitiewe gedragsterapeutiese en copingprogram saam te stel en die effek daarvan op depressielyers in groepsverband te evalueer. Konklusies op grond van die empiriese ondersoek word vervolgens puntsgewys aan die hand van die spesifieke doelstellings uiteengesit.

7.3.1 Verligting van depressiesimptome

Die eerste doelstelling van hierdie studie was om vas te stel of die gekombineerde kognitiewe gedragsterapeutiese en copingprogram wel tot verligting van depressiesimptome gelei het.

Volgens die Verkorte Beck Depressieskaal het beide die eksperimentele en kontrolegroep voor die aanvang van die saamgestelde intervensieprogram 'n matige graad van depressie ervaar. Die bevinding word deur die hoë telling op die Depressie-Neerslagtigheid-subskaal van die Profiel van Gemoedstate bevestig (vergekyk McNair *et al.*, 1992).

Na afloop van die program het beide die eksperimentele groep en die kontrolegroep 'n statisties beduidende verbetering getoon met die natoetsing na afloop van die program ten opsigte van die Verkorte Beck Depressieskaal en die Totaaltelling en die subskaal Depressie-Neerslagtigheid (D) van die Profiel van Gemoedstate. Dit is egter slegs die verbetering by die eksperimentele groep wat ook prakties betekenisvol is en dus op 'n werklike effek dui. Die kontrolegroep se statisties beduidende verskil kan moontlik toegeskryf word aan die feit dat die grootste gedeelte van die kontrolegroep (20 persone van die eksperimentele groep en 20 persone van die kontrolegroep) derdejaar sielkundestudente was wat 'n praktiese

program deurloop het wat tot die verligting van depressiesimptome kon lei. Die res van die kontrolegroep (10 persone van die eksperimentele groep en 10 persone van die kontrolegroep) was steeds deel van die Depressiesteungroep vir volwassenes wat maandeliks bymekaar gekom het, wat moontlik 'n invloed op hulle ervaring van depressie gehad het. Die ander subskale van die Profiel van Gemoedstate het verder geen prakties betekenisvolle verskil by óf die eksperimentele óf kontrolegroep ten opsigte van die voortoets- en natoetsgemiddeldes getoon nie.

Dit blyk dus dat die saamgestelde intervensieprogram wel effektief was om die depressiesimptome van die eksperimentele groep te verlig en gevoelens van hartseer, emosionele isolasie en skuldgevoelens te laat afneem. Alhoewel die voor- natoetsverskiltellings net 'n statisties beduidende verskil aangedui het en nie prakties betekenisvol was nie, blyk dit dat die gekombineerde program tog in 'n mate effektief was om die eerste doelstelling te bereik.

7.3.2 Toename in konstruktiewe copingresponse en afname in destruktiewe copingresponse

Die tweede doelstelling van hierdie studie was om vas te stel of die gekombineerde kognitiewe gedragsterapeutiese en copingprogram 'n toename in konstruktiewe copingresponse en 'n afname in destruktiewe copingresponse kan bewerkstellig.

Die tweede doelstelling van hierdie studie was om vas te stel of die gekombineerde kognitiewe gedragsterapeutiese en copingprogram 'n toename in konstruktiewe copingresponse en 'n afname in destruktiewe copingresponse kan bewerkstellig.

Klinke (1988) se Depressie Copingvraelys is nie spesifiek in benaderingscopingstrategieë (die meer konstruktiewe copingresponse) en vermydingscopingstrategieë (die meer destruktiewe response) ingedeel nie. 'n Indeling aan die hand van ander navorsing se beoordeling (Moos, 1993) sou egter Sosiale Ondersteuning en Probleemoplossing as benaderingstrategieë en Selfblaam, Aggressie, Bevrediging, Aktiwiteite, Gebruik van Medikasie, Gebruik van Stimulante, Ongesonde Eetgewoontes, TV-kyk en Ignorering van die Probleem as vermydingstrategieë kon klassifiseer. Met laasgenoemde indeling in gedagte, lyk dit asof beide die eksperi-

mentele groep en die kontrolegroep voor die aanvang van die intervensieprogram die meeste van benaderingstrategieë gebruik gemaak het en in 'n mindere mate van vermydingstrategieë. In vergelyking met vorige navorsing (Kleinke, 1991) is die tellings van Sosiale Ondersteuning, Probleemoplossing en Selfblaam aansienlik hoër by die huidige groep. Aangesien Selfblaam se Chronbach-alfawaarde baie laag is, kan hierdie subskale se resultate egter nie met betroubaarheid geïnterpreteer word nie en is verdere gevolgtrekkings in die verband irrelevant. Uit die Depressie Copingvraelys se voortoetstellings blyk dit dat die huidige navorsingspopulasie se tellings na 'n ideale profiel neig, waar meer gebruik gemaak word van benaderingscopingstrategieë en minder van vermydingscopingstrategieë.

Volgens die Copingvraelys vir Volwassenes het beide die eksperimentele groep en die kontrolegroep tydens die voortoetsing nie werklik 'n verskil tussen hulle gebruik van benaderings- en vermydingscopingstrategieë getoon nie. Dit is teenstrydig met wat die literatuur aandui die verwagting ten opsigte van depressieërs sou wees. Na aanleiding van vorige navorsing sou verwag kon word dat 'n groep depressieërs baie meer van vermydingstrategieë en minder van benaderingstrategieë gebruik sou maak (Billings *et al.*, 1983; Billings & Moos, 1984; Kleinke, 1998; Moos, 1993; Schaefer & Moos, 1992). Van Vuren (1999) se navorsing onder SAPD-krisiswerkers voldoen meer aan so 'n profiel. Die huidige navorsing stem in die sin ooreen met Moos (1993) se aanduiding van gemiddelde tellings betreffende benaderingscopingstrategieë wat moontlik 'n aanduiding daarvan kan wees dat hierdie navorsingsgroep alreeds, voor die aanvang van die intervensieprogram, oor relatief goeie benaderingstrategieë beskik. Die gebruiksfrekwensie van vermydingstrategieë is egter hoër by die huidige navorsingsgroep in vergelyking met Moos (1993) se bevindinge en laat dus ruimte vir vermindering.

Die natoetsing van beide die Depressie Copingvraelys en die Copingvraelys vir Volwassenes toon egter net statisties beduidende verskille by die eksperimentele groep vir die subskale Sosiale Ondersteuning, Probleemoplossing, Selfblaam, Aggressie, Bevrediging, die Gebruik van Stimulante by die DCQ en by die CRI-A op die subskale Logiese Analise, Positiewe Herdefiniëring, Soeke na Leiding en Ondersteuning, Probleemoplossing, Kognitiewe Vermyding en Aanvaarding. Die enigste statisties beduidende verskil wat die kontrolegroep getoon het, was by Soeke na

Leiding en Ondersteuning by die Copingvraelys vir Volwassenes. Nie een van hierdie verskille was egter prakties betekenisvol nie. Dit dui daarop dat die gekombineerde kognitiewe gedragbenadering en copingprogram nie in die tweede doelstelling kon slaag nie, naamlik om konstruktiewe copingresponse te laat toeneem en destruktiewe copingresponse te laat afneem. 'n Moontlike rede hiervoor kon wees dat die eksperimentele en kontrolegroep reeds oor goeie benaderingscopingstrategieë beskik het. Daar sou egter steeds verwag word dat die gebruik van vermydingscopingstrategieë behoort af te neem.

7.3.3 Vermindering van irrasionele gedagtes

Die derde doelstelling van hierdie studie was om vas te stel of die gekombineerde kognitiewe gedragsterapeutiese en copingprogram daartoe kan bydra om irrasionele gedagtes te laat afneem.

Die voortoetstellings van die eksperimentele en kontrolegroep by die Outomatiese Gedagtesvraelys toon 'n beduidend statistiese verskil wat sou kon aandui dat die twee groepe nie met mekaar vergelykbaar is nie. Hierdie verskil is egter nie prakties betekenisvol nie, dus kan gevolgtrekkings steeds aangaande die Outomatiese Gedagtesvraelys se tellings gemaak word. Dit blyk dat die eksperimentele groep se telling in dieselfde kategorie val as dié van Hollon en Kendall (1980) en Harell en Ryon (1983) se navorsing oor depressiewe persone. Die kontrolegroep se telling is net effens laer. Dit is dus 'n aanduiding daarvan dat die eksperimentele groep en die kontrolegroep (in 'n geringe mate minder) voor die aanvang van die intervensieprogram outomatiese negatiewe gedagtes ooreenkomstig dié wat met depressie geassosieer word, ervaar het.

Beide die eksperimentele en kontrolegroep het na afloop van die program, by natoetsing, oor statisties beduidend minder outomaties negatiewe gedagtes beskik. Dit is egter net die eksperimentele groep wat 'n prakties betekenisvolle verskil toon. Op grond hiervan kan afgelei word dat die program wel daarin geslaag het om doelstelling drie, naamlik die vermindering van irrasionele gedagtes, te bereik. Alhoewel die voor- en natoetsverskiltellings dus net 'n statisties beduidende verskil aangedui het en nie prakties betekenisvol was nie, is die program wel in 'n mate effektief.

7.3.4 Verbetering van sosiale vaardighede

Die vierde doelstelling van hierdie studie was om vas te stel of die gekombineerde kognitiewe gedragbenadering en copingprogram sosiale vaardighede kan verbeter.

Uit die voortoetstellings van die Sosiale Vaardigheidsvraelys blyk dit dat die eksperimentele groep en die kontrolegroep se tellings goed vergelyk, nie net met mekaar nie, maar ook met Riggio (1986) se navorsing om die SSI te valideer. Dit dui dus daarop dat beide die groepe reeds voor die aanvang van die program oor relatief goeie sosiale vaardighede beskik het. Dit kan moontlik weereens aan die samestelling van die groepe toegeskryf word. 'n Groot gedeelte (20 persone van die eksperimentele groep en 20 persone van die kontrolegroep) van die proefpersone was sielkundestudente wat reeds in hulle studie kennis opgedoen het en moontlik ook opleiding ontvang het aangaande sosiale vaardighede.

Na afloop van die intervensieprogram toon die eksperimentele groep geen en die kontrolegroep slegs op een subskaal, naamlik Sosiale Sensitiwiteit, 'n statisties beduidende verskil. Hierdie verskil is egter nie prakties betekenisvol nie. 'n Aspek wat egter nie uit die oog verloor moet word nie, is dat die Chronbach-alfawaardes vir vier van die subskale, naamlik Emosionele Ekspressiwiteit, Emosionele Kontrole, Sosiale Ekspressiwiteit en Sosiale Kontrole nie voldoende betroubaarheid getoon het nie. Alhoewel hierdie tellings dus met versigtigheid geïnterpreteer moet word, blyk dit dat die gekombineerde kognitiewe gedragsterapeutiese en copingprogram nie sosiale vaardighede verbeter het nie en dus nie die vierde doelstelling bereik het nie.

'n Moontlike rede hiervoor kan wees dat die groepe alreeds oor relatief goeie sosiale vaardighede beskik het en gevolglik minder verbetering getoon het. 'n Ander meer aanvaarbare rede kan moontlik die feit wees dat die program se laaste vier sessies in twee sessies weens 'n tydstekort ingepas moes word. Dit kon veroorsaak dat sekere aspekte rakende sosiale en kommunikasievaardighede nie in voldoende diepte met groepslede behandel is nie.

7.3.5 Konklusie

Die gekombineerde kognitiewe gedragsterapeutiese en copingprogram het daarin geslaag om die groep depressielyers se depressiewe gemoed te verbeter van 'n matige tot 'n ligte graad van depressie. Verder was daar aanduidings van 'n vermindering van irrasionele gedagtes by die eksperimentele groep. Dit is moontlik dat die program die groep met vaardighede toegerus het om irrasionele gedagtes te beveg en volgens Ellis (1962; 1987) en Beck (1976) sou dit 'n effek op die gemoedstoestand van die depressielyer gehad het. Dié konklusie bevestig vorige navorsing (Abraham *et al.*, 1992; Fava *et al.*, 1998; Hollon & Garber, 1990; Kaplan *et al.*, 1994, Miranda *et al.*, 1992; Pretorius, 1996; Reinecke *et al.*, Robins & Hayes, 1993) wat daarop dui dat die kognitiewe gedragsbenadering 'n positiewe effek op depressievlakke het.

Die gekombineerde kognitiewe gedragsterapeutiese en copingprogram kon egter nie daarin slaag om die depressielyer met beduidend meer konstruktiewe copingstrategieë en minder destruktiewe copingstrategieë toe te rus nie. Dieselfde tendens is by die aanleer van sosiale vaardighede gevind wat moontlik te wyte is aan te min geleentheid (tyd) vir die praktiese inoefening van vaardighede. Nelson-Jones (1991) meen dat die aanleer van nuwe vaardighede 'n proses is wat heelwat tyd in beslag neem en praktiese toepassing binne en buite die groep insluit. Dit is dus moontlik dat hierdie aspek in die huidige studie weens tydsdruk nie voldoende aandag geniet het nie.

7.4 SAMEVATTING VAN KWALITATIEWE ONTLEDING EN GEVOLGTREKKINGS

Alhoewel die empiriese ondersoek van hierdie studie hoofsaaklik kwantitatief van aard is, word daar ook tot enkele kwalitatiewe gevolgtrekkings gekom.

7.4.1 PROSESMATIGE ASPEKTE

Uit die prosesmatige groepsaspekte van die program is dit opvallend dat veral die

eerste sessie en dan weer die laaste drie tot vier sessies as die positiefste beoordeel word. Dit stem dus ooreen met literatuur (Corey, 1995) wat stel dat groepslede gedurende die aanvangsfase hulle oriënteer en mekaar beter leer ken. Daarna volg 'n oorgangsfase wat veral deur weerstand gekenmerk word en dus 'n inhiberende invloed op groepsdeelname en –besprekings het. Dit is dus eers wanneer die groepslede die werksfase en later afsluitingsfase (die laaste vier sessies) betree, dat groepkohesie versterk word en die produktiwiteit van groepslede toeneem. Dit blyk dus dat die groep op 'n sinvolle wyse deur al die verskillende groepsfases (Corey, 1995) beweeg het.

7.4.2 KOMMENTAAR VAN GROEPSLEDE OP PROGRAM

Uit die terugvoer na afloop van die program dui groepslede aan dat veral die bewuswording en stop van negatiewe gedagtes by hulle inslag gevind het. 'n Aspek wat in 'n geringe mate opval, is die gebruik van copingstrategieë en sosiale vaardighede. Hierdie resultate kom egter ooreen met die kwantitatiewe bevindinge waar daar wel 'n vermindering in irrasionele gedagtes waargeneem is, maar byna geen effek ten opsigte van copingstrategieë en sosiale vaardighede plaasgevind het nie.

Verder blyk dit dat die groepslede in 'n groot mate groepe se terapeutiese voordele, soos deur Yalom (1995) beskryf, ervaar het. In die kwalitatiewe ontleding is dit opvallend dat daar by groepslede 'n gevoel van universaliteit ten opsigte van hulle simptome en belewing van depressie bestaan. Groepslede het ervaar dat hulle met volle oorgawe aan die groep kon deel hê, en inligting dus nie met en deur die groepsleier alleen gedeel is nie. 'n Gevolg van die groep was dat sommige persone begin het om ander depressielyers by te staan, wat 'n gevoel van altruïsme versterk. Die groepslede gee verder terugvoer dat hulle ook uit mekaar se ervarings nuwe waarhede kon leer. Dit versterk Yalom (1995) se mening dat 'n groep as 'n “klaskamer” dien. Ten slotte het die groepslede gevoel dat hulle êrens behoort en inpas, 'n gevoel wat nie algemeen by depressielyers voorkom nie.

7.4.3 KONKLUSIE

Benewens die verbetering ten opsigte van gemoedstoestand en irrasionele gedagtes het die program dus ook ander meer subtile byvoordele gehad. Die groep as sodanig het 'n ondersteunende rol in die meeste groepslede se lewe begin speel waartydens die ervaring dat hulle 'n probleem deel (universaliteit), groot verligting gebied het. Ten slotte het groepslede na afloop van die program, in teenstelling met die feit dat depressieërs geneig is om hulle ondersteuningsbronne uit te put (Weiten & Lloyd, 1994), na ander persone uitgereik en hulle bygestaan.

7.5 LEEMTES IN DIE ONDERSOEK

7.5.1 LEEMTES TEN OPSIGTE VAN DIE NAVORSINGS-METODE

Leemtes in die ondersoek het moontlik daartoe bygedra dat die resultate minder betekenisvol is:

- ◆ Daar is gebruik gemaak van 'n groot groep sielkundestudente, wat argumenteerbaar reeds oor bepaalde vaardighede beskik, lei moontlik daartoe dat resultate nie veralgemeenbaar is nie.
- ◆ Alhoewel die program aanvanklik vir nege weke beplan is, moes dit tot sewe sessies ingekort word. Dit het moontlik die resultate negatief beïnvloed, veral die inhoud daardeur geraak, naamlik 'n gedeelte van coping, sosiale ondersteuning en sosiale vaardighede.

7.5.2 LEEMTES TEN OPSIGTE VAN DIE PROGRAM

Die volgende leemtes in die program is geïdentifiseer:

- ◆ Alhoewel dit blyk dat die gedeelte oor kognitiewe herstrukturering in 'n mate effektief was, was die hoeveelheid sessies onvoldoende om werklik groot veranderinge in ooreenstemming met bestaande

navorsing te bewerkstellig.

- ♦ Die hoeveelheid sessies oor coping en sosiale ondersteuning was te min om 'n geleentheid te skep vir die aanleer van nuwe vaardighede.

7.5.3 LEEMTES TEN OPSIGTE VAN DIE MEETINSTRUMENTE

Die volgende leemte ten opsigte van die gebruik van meetinstrumente is gevind:

- ♦ Die program sluit 'n substansiële gedeelte oor sosiale ondersteuning in, maar hierdie konstruk was nie spesifiek deur 'n afsonderlike meetinstrument gemeet nie.
- ♦ Daar is twee vraelyste elk vir die konstruke depressie en coping in die toetsbattery ingesluit. Daar is egter net een meetinstrument gebruik om inligting aangaande irrasionele gedagtes asook sosiale vaardigheid te verkry, wat 'n geleentheid om aspekte van die onderskeie konstruke te vergelyk, verlore laat gaan het.

7.6 AANBEVELINGS

In die algemeen kan die volgende aanbevelings uit die resultate gemaak word:

- ♦ Die studie kan ook op ander populasies, byvoorbeeld pasiënte by 'n psigiatrisse eenheid, herhaal word.
- ♦ Uit hierdie navorsing het geblyk dat die afdeling oor kognitiewe gedragsbenadering beter resultate as die copinggedeelte toon. Daar kan dus na die herindeling van sessie gekyk word, sowel as na die lengte van die program.
- ♦ Dit sou sinvol wees om die studie uit te brei en die gekombineerde program te vergelyk met 'n program wat slegs op die kognitiewe gedragsbenadering of slegs op copingbeginsels berus.
- ♦ Die program sou verdeel kon word deurdat die kognitiewe gedragsbenaderings-gedeelte in 'n eerste fase aangebied word,

met 'n tydsverloop waarin tegnieke ingeoefen word en daarna 'n tweede fase waartydens die copinggedeelte aandag geniet; weer met 'n tydperk waartydens tegnieke ingeoefen word.

- ◆ Nadat die program voltooi is, kan 'n opvolgsessie na twee weke en weer na 'n maand aangebied word om tegnieke te versterk.
- ◆ 'n Opvolgtoetsing na 'n tydperk van drie of ses maande kan waardevolle inligting verstrek oor die instandhoudingswaarde van die gekombineerde program.
- ◆ Aangesien die program ook 'n sessie oor sosiale ondersteuning insluit, kan 'n skaal soos die *Perceived Social Support* van Procidano en Heller (1993) by die studie ingesluit word.
- ◆ Die toetsbattery kan verder uitgebrei word met meetinstrumente wat irrasionele denke uitlig, soos die *Constructive Thinking Questionnaire* (Epstein, 1993).

7.7 SLOT

In hierdie slothoofstuk is 'n samevatting vanuit die bevindinge en gevolgtrekkings van die literatuurstudie en empiriese ondersoek gegee. Enkele leemtes is uitgewys en aanbevelings vir verdere navorsing is gemaak.

Die depressielyer is 'n persoon wat die invloed van sy simptome op elke vlak van funksionering ervaar en dikwels nie weet waar om vir hulp aan te klop of die nodige kennis het aangaande vaardighede wat hom beter kan toerus nie. Die ideaal sou dus wees om só 'n program op 'n weeklikse basis aan te bied en die depressielyer te bemagtig om op die wyse homself te help.

BYLAE

BYLAE 1

KONTRAK

Hiermee onderneem ek, die groepleier, om telkens op die afgespreekte tyd vir die sessies beskikbaar te wees, my voorbereiding te doen, groepslede se omstandighede sover moontlik in ag te neem en eties korrek op te tree.

Geteken : _____

Datum: _____

(Clarissa Malan)

Hiermee onderneem ek, die groepslid, om die groepsbyeenkomste, soos geskeduleer, by te woon, die huiswerktake uit te voer, medegroeplede se integriteit te respekteer, en geen informasie wat ek moontlik aangaande hulle persoonlike omstandighede kan verneem, aan enige persoon bekend te maak nie.

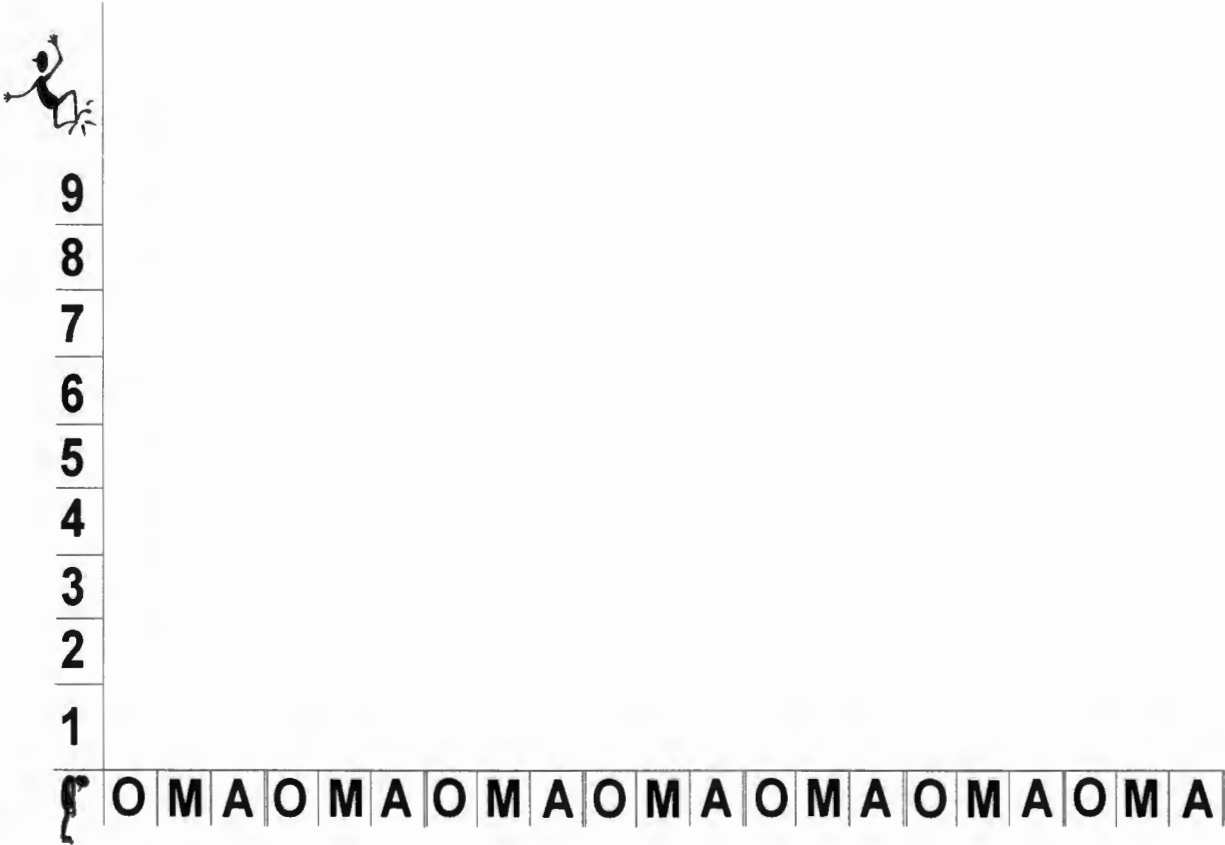
Geteken : _____

Datum: _____

(_____)

GEMOEDSGRAFIEK

Dui elke dag gedurende die week op 'n skaal van een tot nege aan hoe jy voel. Een dui op baie negatiewe gevoelens en depressie en nege dui op baie positiewe gevoelens. Teken jou gemoedstoestand drie maal per dag aan, naamlik wanneer jy opstaan (O), teen middagete (M) en voor jy gaan slaap (A).



EVALUASIEVORM VIR ELKE SESSIE

SESSIENOMMER: _____

Die doel van die evalueringskaal is om eerlike terugvoer oor u ervaring van die sessie te gee. Handig die vorm asseblief by die volgende sessie in. Omkring die nommer wat op u van toepassing is.

1. Die fokuspunt van die sessie, byvoorbeeld ontmoetingsessie, is:

Vaag	1	2	3	4	5	Duidelik
-------------	---	---	---	---	---	-----------------

2. Die groepsbesprekings is:

Onaangenaam	1	2	3	4	5	Aangenaam
--------------------	---	---	---	---	---	------------------

3. Die groepsoefeninge is:

Sonder effek	1	2	3	4	5	Leersaam
---------------------	---	---	---	---	---	-----------------

4. Die huiswerktake is:

Sonder effek	1	2	3	4	5	Leersaam
---------------------	---	---	---	---	---	-----------------

5. Groepslede se houding teenoor die sessie kan beskryf word as:

Onbetrokke	1	2	3	4	5	Betrokke
-------------------	---	---	---	---	---	-----------------

6. Die verloop van die sessie is:

Wanordelik	1	2	3	4	5	Ordelik
-------------------	---	---	---	---	---	----------------

7. Die lengte van die sessie is:

Te lank	1	2	3	4	5	Te kort
----------------	---	---	---	---	---	----------------

8. Die programstof is vir my lewe:

Bruikbaar	1	2	3	4	5	Onbruikbaar
------------------	---	---	---	---	---	--------------------

9. Waarvan ek gehou het:

10. Waarvan ek nie gehou het nie:

HUISWERKOPDRAG: VRAELYS OOR DISFUNKSIONELE GEDAGTES

Verbeel jou jy is die persoon wat in die onderstaande gedeeltes beskryf word. Omkring een of meer van die meegaande antwoorde wat op die distorsies in negatiewe gedagtes in die spesifieke situasie dui (vertaal en aangepas uit Burns, 1980:50-53).

1. Jy is 'n huisvrou en jou moed (en hart) sink tot in jou skoene wanneer jou man brommerig oor die vleis kla. Die volgende gedagte kom by jou op: “Ek is 'n totale mislukking. Ek kan dit nie meer hanteer nie! Ek kan nooit iets reg doen nie. Ek werk soos 'n slaaf en dis die dank wat ek kry! Skobbejak!” Die gedagtes veroorsaak dat jy ongelukkig en kwaad voel. Die distorsies sluit een of meer van die volgende in:
 - A. Alles-of-niks-denke
 - B. Oorveralgemening
 - C. Oordrywing/katastrofering
 - D. Etikettering
2. Jy het so pas gehoor dat jy hierdie selfevaluerende vraelys moet invul. Jou hart sink (weereens tot in jou skoene) en jy dink “Aggenee, nie 'n toets nie! Ek vaar altyd so vrot met toetse. Ek sal eerder hierdie deel van die groep wil vryspring. Dit maak my senuweeagtig. Dit gaan dus in elk geval nie help nie”.
 - A. Fortuinvertellerfout
 - B. Oorveralgemening
 - C. Alles-of-niks-denke
 - D. Personalisering

E. Emosionele redenering

3. Jy is 'n sielkundige aan die Potchefstroomse Universiteit. Na jou vergadering met jou uitgewer in Johannesburg probeer jy jou manuskrip oor depressie hersien. Alhoewel jou uitgewer baie entoesiasies voorgekom het, kom jy agter dat jy angstig en ontoereikend as gevolg van jou gedagtes voel: "Hulle het 'n groot fout begaan toe hulle my boek gekies het! Ek sal dit nie goed kan doen nie. Ek sal dit nooit regkry om 'n boek vars en lewendig te skryf nie. My skryfstyl is te vervelig en my idees is nie goed genoeg nie."
- A. Alles-of-niks-denke
- B. Negatiewe voorspelling
- C. Negatiewe filter
- D. Diskwalifiseer die positiewe
- E. Oordrywing/katastrofering
4. Jy is eensaam en besluit om 'n sosiale geleentheid vir alleenlopendes by te woon. 'n Kort rukkie nadat jy daar aankom het jy die oorheersende begeerte om te vertrek omdat jy angstig en verdedigend voel. Die volgende gedagtes skiet deur jou brein: "Hulle is heel moontlik nie baie interessante mense nie. Hoekom moet ek my martel? Hulle is net 'n klomp verloorders. Ek weet, want ek voel verveeld. Hierdie partytjie gaan vervelig wees."
- A. Etikettering
- B. Oordrywing/katastrofering
- C. Fortuinvertellerfout en gedagtes lees
- D. Emosionele redering
- E. Personalisering
5. Jy ontvang 'n brief van jou werkgewer waarin jy meegedeel word dat jou pos gerasionaliseer word. Jy is baie kwaad en voel gefrustreerd. Jy dink:

“Dit bewys dit: Die wêreld is 'n vrek slegte plek. Ek sal nooit die noodlot troef nie.”

- A. Alles-of-niks-denke
- B. Diskwalifiseer die positiewe
- C. Negatiewe filter
- D. Personalisering
- E. Moet-stelling

6. Jy is op pad om 'n lesing te gaan gee en neem waar dat jou hart tot in jou keel spring. Jy voel gespanne en angstig aangesien jy dink: “Ek sal heel moontlik vergeet wat ek veronderstel is om te sê. My toespraak is in elk geval nie eers goed nie. Ek sal 'n “blank” slaan. Ek gaan my belaglik maak.”

- A. Alles-of-niks-denke
- B. Diskwalifiseer die positiewe
- C. Fortuinvertellerfout
- D. Minimalisering
- E. Etikettering

7. Jou vriend/vriendin skakel jou op die laaste sekonde om julle afspraak as gevolg van siekte te kanselleer. Jy is kwaad en voel tegeleurgesteld omdat jy dink: “Ek word afgesê. Wat het ek tog gedoen om die verhouding te laat versuur?”

- A. Alles-of-niks-denke
- B. Moet-stelling
- C. Gedagtes lees
- D. Personalisering
- E. Oorveralgemening

8. Jy het nou al 'n week lank uitgestel om die verslag te skryf. Elke aand as jy gaan sit om te probeer, lyk die hele projek so moeilik dat jy eerder TV gaan kyk. Jy begin oorweldig en skuldig voel. Jy dink die volgende: “Ek is so lui, ek sal dit nooit klaar kry nie. Ek kan net nie die ding klaar kry nie. Dit gaan 'n ewigheid neem. Dit gaan in elk geval nie reg wees nie.”
- A. Fortuinvertellerfout
 - B. Oorveralgemening
 - C. Etikettering
 - D. Oordrywing/katastrofering
 - E. Emosionele redenering
9. Jy het klaar die hele program deurloop en het elke dag getrou jou gemoedsgrafiek geteken en al die ander huiswerk gedoen. Jy is baie minder depressief. Dan, uit die bloute, voel jy baie sleg en binne drie dae voel jy erger as vantevore. Jy voel ontnugter, hopeloos, bitter en desperaat as gevolg van denke soos: “Ek kom nêrens nie. Die metodes gaan my tog nie help nie. Ek moes nou al beter gevoel het. Die “verbetering” was net 'n vloekskoot. Ek het myself om die bos gelei deur te dink ek is beter. Ek sal nooit beter word nie.”
- A. Diskwalifiseer die positiewe
 - B. Moet-stelling
 - C. Emosionele redenering
 - D. Alles-of-niks-denke
 - E. Negatiewe voorspelling
10. Jy probeer 'n dieet. Die naweek was jy gespanne en aangesien jy niks gehad het om te doen nie het jy gepeusel, peusel, peusel. Na die vierde sjokolade vertel jy jousef: “Ek kan myself net nie beheer nie. My dieet en drawwery van die hele week is nou na die maan. Ek moet seker soos 'n ballon lyk. Ek moes dit nie geëet het nie. Ek kan dit nie hanteer nie.” Jy

begin so skuldig voel dat jy nog 'n sjokolade in jou mond druk om beter te voel.

- A. Alles-of-niks-denke
- B. Verkeerde etikettering
- C. Negatiewe voorspelling
- D. Moet-stelling
- E. Diskwalifiseer die positiewe

ANTWOORDE VAN VRAELYS

- 1. A B C D E
- 2. A B C E
- 3. A B D E
- 4. A B C D
- 5. A C
- 6. A C D E
- 7. C D
- 8. A B C D E
- 9. A B C D E
- 10. A B C D E

HUISWERKOPDRAG: DIE ABC-MODEL

- A 'n Onlangse gebeurtenis waartydens negatiewe emosies ervaar is
- B Gedagtes ten tye van situasie
- C Negatiewe emosie
- D Funksionele gedagte

A	B	C	D
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

INOEFENING VAN STOP VAN NEGATIEWE
GEDAGTES

Knip die volgende stellings uit.

Wat as ek die situasie nie kan hanteer nie?
Wat as ek 'n gek van myself voor almal maak?
Wat gaan die ander mense van my dink?
Ek kan dit nie meer hanteer nie!
Ek is nou op breekpunt. Ek kan dit nie meer hanteer nie.
Ek gaan in elk geval misluk. Waarom probeer ek tog?
Ek moet iets in die lewe bereik om goed te voel oor myself.
Ek verdien dit nie om suksesvol en gelukkig te wees nie.
Ek is 'n verloorder. Niemand sal tog vir my omgee nie. Waarom is ek altyd so?
Ek is waardeloos. Ek voel ek is nie goed genoeg nie.
Ek is maar net so gemaak en so laatstaan. Ek kan nie regtig verander nie.
Die situasie is hopeloos. Ek gee nie meer om nie.
Die lewe is 'n stryd. Ek bereik nooit iets nie.
Om te misluk is onvergeeflik.
Ek moet die beste wees in dit wat ek doen. Ek moet perfek wees.
Ek behoort nooit lui of moeg te wees nie.
Ek mag nooit kwaad of geïrriteerd wees nie.
Ek is maar skrikkerig om na die partytjie te gaan. Ek hou nie van baie mense nie.
Ek kan mislukking nie hanteer nie! As ek dit nie reg kan doen nie, dan doen ek dit eerder glad nie.

(Aangepas uit Du Toit, 1997a)

RIGLYN VIR VERANDERING VAN NEGATIEWE NA POSITIEWE GEDAGTE OF BEKRAGTIGING

Negatiewe gedagte	Positiewe gedagte / Bekragtiging
Wat as ek dit nie kan hanteer nie?	Ek kan altyd probeer.
Wat as ek 'n gek van myself maak?	"So what!" Ek sal nog steeds oorleef.
Wat gaan die ander mense dink?	Ek is reg, maak nie saak wat ander van my dink nie.
Ek kan dit nie meer hanteer nie!	Ek kan dit hanteer.
Ek is nou op breekpunt. Ek kan dit nie meer hanteer nie.	Al is ek angstig, kan ek dit doen.
Ek is bang ek gaan misluk. Waarom probeer ek tog?	Dit mag vreesaanjaend wees, maar ek kan 'n bietjie angstigheid hanteer met die wete dat dit sal verbygaan.
Ek moet iets in die lewe bereik om goed te voel oor myself.	Ek is reg net soos ek is.
Ek verdien dit nie om suksesvol en gelukkig te wees nie.	Ek is uniek en mag ook gelukkig wees.
Ek is 'n verloorder. Niemand sal tog vir my omgee nie. Waarom is ek altyd so?	Daar is wel dinge waarmee ek nie goed is nie, maar die volgende is my sterkpunte.
Ek is waardeloos. Ek voel ek is nie goed genoeg nie.	Ek verdien nog steeds respek.
Ek is maar net so gemaak en so laatstaan. Ek kan nie regtig verander nie.	Dis nooit te laat om te verander nie.
Die situasie is hopeloos. Ek gee nie meer om nie.	Ek kan vorentoe, een tree met 'n slag.

Negatiewe gedagte	Positiewe gedagte / Bekragtiging
Die lewe is 'n stryd. Ek bereik nooit iets nie.	Ek erken die verbetering en dit sal steeds toeneem.
Om te misluk is onvergeeflik.	Dis in die haak om foute te maak.
Ek moet die beste wees in dit wat ek doen. Ek moet perfek wees.	Dis nie vir my nodig om altyd die beste te wees nie.
Ek behoort nooit lui of moeg te wees nie.	Ek mag maar soms bedruk voel.
Ek mag nooit kwaad of geïrriteerd wees nie.	Dis in die haak om kwaad te word en gevoelens te wys.
Ek is maar skrikkerig om na die partytjie te gaan. Ek hou nie van baie mense nie.	Ek kan huis toe gaan as dit nodig is.
Ek kan mislukking nie hanteer nie! As ek dit nie reg kan doen nie dan doen ek dit eerder glad nie.	Terugslae is soms 'n deel van die proses en 'n noodsaaklike leerervaring.

(Aangepas uit Du Toit, 1997a)

ALGEMENE COPINGSTRATEGIEË IN STRESSITUASIES

Die volgende kan gebruik word om groepslede se lys algemene copingstrategieë uit te brei (Rooth, 1995:149). Die groepsleier moet egter ook navraag doen by die groep of hulle meen elkeen effektief is:

- Lang uitgerekte skuimbad
- Inkopies
- Uiteet
- Gee die naaste boom 'n drukkie
- Pamperlang jouself
- Gaan dans
- Drink 'n sterk koppie koffie of tee
- Lees 'n boek
- Neem vitamienne-aanvulling
- Doen gereeld oefening
- Wees vriendelik
- Bel 'n vriend of vriendin
- Praat met iemand
- Mediteer
- Kuier by 'n vriend of vriendin
- Gee 'n onderdrukte gil
- Gaan kyk na die nuutste fliek
- Koop iets net vir jouself
- Verandering in roetine
- Speel met kinders
- Speel met jou troeteldier
- Lag, ontwikkel jou humorsin
- Verf
- Werk met klei
- Bak en brou in die kombuis
- Tuinmaak
- Doen asemhalingsoefeninge
- Luister na musiek
- Gaan stap 'n ver ent
- Doen niks en voel nie skuldig nie
- Teken met vetkryt
- Eet gesond

MOOS (1993) SE ONDERSKEIDING VAN AGT VERSKILLENDSE Tipes COPINGRESPONSE

A. Benaderingscopingresponse

- *Logiese analise* is kognitiewe pogings ter versterking van begrip en ter voorbereiding van 'n stressor en die gevolge daarvan.
 - ◆ Ek dink aan verskillende maniere om die probleem te hanteer.
 - ◆ Ek het vir 'n oomblik teruggetree om meer objektief teenoor die probleem te staan.
 - ◆ Ek het in my gedagtes herhaal wat ek moet sê en doen.
 - ◆ Ek het probeer antisipeer wat gaan gebeur.
 - ◆ Ek het probeer om vir my persoonlike betekenis uit die situasie te haal.
 - ◆ Ek het probeer antisipeer watter nuwe eise aan my gestel gaan word.
- *Positiewe herdefiniëring* is kognitiewe pogings om 'n probleem op 'n positiewe wyse te rekonstrueer terwyl die realiteit van die situasie steeds aanvaar word.
 - ◆ Ek het in my enigheid die situasie anders voorgestel om beter te voel.
 - ◆ Ek het my daaraan herinner dat die situasie erger kon wees.
 - ◆ Ek het probeer om die goeie van die situasie in te sien.
 - ◆ Ek het daaraan gedink dat ek beter daaraan toe is as

ander mense wat in dieselfde posisie verkeer.

- ♦ Ek het vir myself gesê dat dit vorentoe weer beter sal gaan.
- ♦ Ek het gedink aan watter positiewe gevolge hierdie gebeurtenis op my lewe kan hê.
- *Soeke na leiding en ondersteuning* is gedragspogings om informasie, leiding of ondersteuning te soek.
 - ♦ Ek praat met my huweliksmaat/ouers/broers/susters oor die situasie.
 - ♦ Ek praat met my vriende oor die situasie.
 - ♦ Ek praat met 'n dosent/sielkundige/dokter/prokureur/maatskaplike werker oor die situasie.
 - ♦ Ek het hulp en raad gaan soek by mense wat met min of meer dieselfde probleem as ek worstel.
 - ♦ Ek het probeer om meer inligting oor die situasie in te win.
 - ♦ Ek het om leiding en krag gebid.
- *Probleemoplossing* is gedragspogings om aktief en direk die probleem te probeer oplos.
 - ♦ Ek het 'n plan van aksie opgestel en dit gevolg.
 - ♦ Ek het geweet wat gedoen moet word en hard probeer om dit te laat werk.
 - ♦ Ek het besluit wat ek wou hê en het hard probeer om dit te kry.
 - ♦ Ek het die probleem op ten minste twee verskillende wyses probeer oplos.
 - ♦ Ek het dinge dag vir dag aangepak, een tree met 'n slag.

B. Vermydingscopingresponse

- *Kognitiewe vermyding* is kognitiewe pogings om die probleem te probeer vermy en nie realisties daaroor te dink nie.
 - ◆ Ek het probeer om die hele situasie te vergeet.
 - ◆ Ek het probeer om glad nie oor die probleem te dink nie.
 - ◆ Ek het gedagdream oor 'n beter plek en situasie as die waarin ek nou verkeer.
 - ◆ Ek het probeer om die hele tyd uit te stel om oor die situasie te dink.
 - ◆ Ek het gewens die probleem wil net verdwyn of opgelos wees.
 - ◆ Ek het probeer ontken hoe ernstig die probleem eintlik is.
- *Aanvaarding* is kognitiewe pogings om te reageer op die probleemsituasie deur dit te aanvaar.
 - ◆ Ek het gemeen dat tyd die verskil sou maak en dat die enigste ding wat ek nou kon doen sou wees om te wag.
 - ◆ Ek het besef dat ek geen beheer oor die probleem het nie.
 - ◆ Ek het gedink dat die uitkoms van die situasie deur die noodlot bepaal sou word.
 - ◆ Ek het dit aanvaar; daar was niks wat ek kon doen nie.
 - ◆ Ek het hoop dat alles dieselfde sou bly, verloor.
- *Soeke na alternatiewe belonings* is gedragspogings om betrokke te raak by plaasvervangende aktiwiteite en om nuwe bronne van tevredenheid te skep.
 - ◆ Ek het ander wat in dieselfde situasie is, probeer help.
 - ◆ Ek het betrokke geraak by nuwe aktiwiteite.

- ♦ Ek het probeer om nuwe vriende te maak.
 - ♦ Ek het meer gelees.
 - ♦ Ek het meer tyd aan ontspanningsaktiwiteite bestee.
 - ♦ Ek het my aandag op werk en ander aktiwiteite gefokus om my te help om dinge te hanteer.
- *Emosionele ontlading* is gedragspogings om spanning te verlig deur uiting te gee aan negatiewe gevoelens.
- ♦ Ek het dit op ander mense uitgehaal wanneer ek kwaad en depressief gevoel het.
 - ♦ Ek het kanse gewaag en 'n risiko geneem.
 - ♦ Ek het eerder van mense weggebly en my aan hulle onttrek.
 - ♦ Ek het geskree om te ontlaai.
 - ♦ Ek het gehuil om sodoende uiting aan my gevoelens te gee.
 - ♦ Ek het sommer enige iets gedoen, al het ek nie gedink dit gaan werk nie, maar ek het ten minste iets daaromtrent gedoen.

HUISWERKOPDRAG: OEFENING IN COPINGSTRATEGIEË

Beskryf 'n paar situasies uit die afgelope week waarin jy 'n copingstrategie gebruik het. Dink jy hierdie strategie was vir die gegewe situasie effektief/oneffektief en waarom? Indien die strategie oneffektief was, kan jy 'n voorstel maak van 'n ander strategie wat moontlik effektiewer sou wees. Waarom dink jy sou hierdie strategie meer effektief wees.

Situasie	Strategie gebruik	Effektief / Oneffektief Waarom?	Moontlike effektiewe strategie

(Aangepas uit Du Toit, 1997a)

**VERANDERBARE EN ONVERANDERBARE
SITUASIES**

Bespreek in julle groepie watter van die voorbeelde julle as veranderbaar en watter as onveranderbaar beskou, gee ook 'n rede (Wenk: Gebruik die drie vrae as jy vashaak). Elke persoon kry ook 'n beurt om 'n voorbeeld uit sy eie lewe te gee en om te besluit of dit 'n veranderbare of onveranderbare situasie is

Situasie	Veranderbaar of Onveranderbaar	Rede
Kanker of VIGS		
Jy is 'n gyselaar		
Studeer die verkeerde kursus		
Ouers skei		
Die hoë werkloosheidsyfer in die land		
Jou vriend/vriendin is kwaad vir jou		
Eie voorbeeld:		
Eie voorbeeld:		
Eie voorbeeld:		

(Aangepas uit Du Toit, 1997a)

**EFFEKTIEWE COPINGSTRATEGIEË NA
TAKSERING VAN SITUASIE**

Gebruik die voorbeelde en skryf neer (na aanleiding van jou besluit of die situasie veranderbaar of onveranderbaar is) watter moontlike copingstrategieë jy sou kon gebruik.

Situasie	Moontlike copingstrategie
Kanker of VIGS	1. 2. 3.
Jy is 'n gyselaar	1. 2. 3.
Studeer die verkeerde kursus	1. 2. 3.
Ouers skei	1. 2. 3.
Die hoë werkloosheidsyfer in die land	1. 2. 3.
Jou vriend/vriendin is kwaad vir jou	1. 2. 3.
Eie voorbeeld:	1. 2.
Eie voorbeeld:	1. 2.
Eie voorbeeld:	1. 2.

(Aangepas uit Du Toit, 1997a)

VERANDERBARE EN ONVERANDERBARE
SITUASIES

Onderskei tussen die volgende voorbeelde wat globale en wat spesifieke situasies is. Gebruik Wie? Wat? en Waar? om globale situasies in kleiner dele op te breek.

Situasie	Globaal of Spesifiek	Indien situasie globaal is, dui aan:		
		Wie?	Wat?	Waar?
Kanker of VIGS				
Jy is 'n gyselaar				
Studeer die verkeerde kursus				
Ouers skei				
Die hoë werkloosheidsyfer in die land				
Jou vriend/vriendin is kwaad vir jou				
Eie voorbeeld:				
Eie voorbeeld:				
Eie voorbeeld:				

(Aangepas uit Du Toit, 1997a)

**HUISWERKOPDRAG: COPE MET 'N
ONVERANDERBARE PROBLEEMSITUASIE**

(Du Toit, 1997a)

1. Dink aan 'n spesifieke probleemsituasie uit die afgelope week wat nie kan verander nie en skryf dit neer.

2. Daar is drie stappe in die ontwikkeling van 'n copingstrategie:

STAP 1: OPSIES:

Watter vermydings- of emosiegefokusde copingstrategieë kan jy in die situasie gebruik?

STAP 2: UITKOMSTE:

Wat is die moontlike uitkomst (goed of sleg) van elke opsie?

STAP 3: VOLGORDE:

Wat dink jy sal moontlik die beste copingstrategie vir die spesifieke situasie wees?
(In volgorde van belangrikheid)

1.

2.

3.

COPE MET 'N VERANDERBARE PROBLEEM-SITUASIE

(Du Toit, 1997a)

1. Dink aan 'n spesifieke probleemsituasie uit die afgelope week waar die situasie wel kan verander en skryf dit neer.

2. Daar is drie stappe in die ontwikkeling van 'n copingstrategie:

STAP 1: OPSIES:

Watter benaderings- of probleemoplossingscopingstrategieë kan jy in die situasie gebruik?

STAP 2: UITKOMSTE:

Wat is die moontlike uitkomst (goed of sleg) van elke opsie?

STAP 3: VOLGORDE:

Wat dink jy sal moontlik die beste copingstrategie vir die spesifieke situasie wees? (In volgorde van belangrikheid)

1. _____
2. _____
3. _____

IDENTIFISERING VAN EIE ONDERSTEUNINGS-
BRONNE-NETWERK

(Aangepas uit Adams, 1980)

Hier is 'n paar ondersteuningsbronne wat 'n mens van tyd tot tyd gebruik. Skryf by elke ondersteuningsbron in die Wie/Wat-kolom die persoon se naam wat tans aan jou die ondersteuning gee asook die tipe ondersteuning wat jy van elkeen kry. Jy mag 'n persoon meer as een keer noem. Omkring in die Tevredenheid-kolom die gepaste nommer (1=laag en 5=hoog) wat jou vlak van tevredenheid met die ondersteuning wat jy tans kry, aandui.

Ondersteuningsbron	Wie/Wat	Tevredenheid				
1. Nabye vriende		1	2	3	4	5
2. Ouers		1	2	3	4	5
3. Broers/Susters		1	2	3	4	5
4. Familie		1	2	3	4	5
5. Ondersteuningsgroep		1	2	3	4	5
6. Outoriteitsfigure		1	2	3	4	5
7. Dominee		1	2	3	4	5
8. Kennisse		1	2	3	4	5
9. Vitamiene		1	2	3	4	5
10. Geloof		1	2	3	4	5
11. Ander		1	2	3	4	5
12. Ander		1	2	3	4	5

Beantwoord die volgende vrae na aanleiding van hierdie inligting.

- Die grootte van my ondersteuningsnetwerk:

- Die kwaliteit van my ondersteuningsnetwerk is:

- Ek gebruik my ondersteuningsnetwerk (wanneer/hoe):

- Ek sou die volgende aan my ondersteuningsnetwerk wou verander:

HUISWERKOPDRAG:
ONDERSTEUNINGSBRONNE

Kies 'n spesifieke situasie uit die afgelope week waarvoor jy ondersteuning nodig. Stel vas watter tipe ondersteuning jy nodig en vra die persoon (uit jou netwerk) dan vir die ondersteuning. Skryf jou reaksies op die proses neer:

- Hoe gemaklik was jy daarmee om ondersteuning te vra?

- Hoe gemaklik was jou ondersteuner met die gee van ondersteuning?

- In watter opsig het die ondersteuning wat jy nodig het, ooreengekom met dit wat jy gekry het?

- Watter terugvoer het jy aan jou ondersteuner gegee?

- Wat moet jy doen om die proses in die toekoms beter te laat verloop?

HUISWERKOPDRAG: LUISTERTEGNIKE

Gebruik drie situasies uit die afgelope week en identifiseer oneffektiewe luistertegnieke en struikelblokke wat jou moontlik verhinder het om effektief te luister. Probeer om voorstelle te maak oor hoe jy volgende keer effektief kan luister.

Situasie	Oneffektiewe luistertegnieke	Struikelblokke	Voorstelle vir effektiewe luister

EVALUASIE VAN PROGRAM AS GEHEEL

Baie dankie vir u bereidwilligheid om hierdie vorm in te vul.

1. Watter aspekte van hierdie program het jy bruikbaar gevind?

2. Waarvan het jy die meeste in die verloop van die program gehou?

3. Waarvan het jy die minste in die verloop van die program gehou?

4. Hoe gaan jy dit wat jy geleer het prakties gebruik (of hoe is jy besig om dit te gebruik)?

5. Watter aanbevelings sou jy vir die program wou maak?

6. Voltooi asseblief die volgende sinne:

6.1 Gedurende die program het ek geleer dat ek ...

- _____

6.2 Gedurende die program het ek weer bewus geword van ...

- _____

6.3 Gedurende die program was ek verras om te vind dat ...

- _____

6.4 Gedurende die program het ek dikwels gevoel ...

- _____

7. Enige ander opmerkings wat u sou wou maak:

BRONNELYS

- Abraham, I. L., Neundorfer, M. M., & Currie, L. J. (1992). Effects of group interventions on cognitions and depression in nursing home residents. *Nursing Research*, 41(4), 196-292.
- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., & Metalsky, G. I. (1990). Hopelessness depression: An emperical search for a theory-based subtype. In R. E. Ingram (Eds.), *Contemporary psychological approaches to depression: Theory, research and treatment* (pp. 37-58). NY: Plenum Press.
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1993). Hopelessness. In C. G. Costello (Ed.), *Symptoms of depression* (pp. 181-205). NY: Wiley.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 494-497.
- Adams, J. D. (1980). Understanding and managing stress: A workbook in changing life styles.
- Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping and development: An integrative perspective*. London: Guilford Press.
- Aldwin, C. M., & Brustrom, J. (1997). Theories of coping with chronic stress: Illustrations from the health psychology and aging literatures. In B. H. Gottlieb (Ed.), *Coping with chronic stress* (pp. 75-103). NY: Plenum Press.

- Altrocchi, J. (1980). *Abnormal behaviour*. NY: Harcourt, Brace & Javanovich.
- American Psychiatric Association. (1993). Supplement: Major depressive disorders in adults. *American Journal of Psychiatry*, 150(4), 1-21.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). WA: Author.
- Amirkhan, J. H. (1990). A factor analitically derived measure of coping: Coping Strategy Indicator (CSI). *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(5), 1066-1074.
- Amirkhan, J. H. (1994). Criterion validity of a coping measure. *Journal of Personality Assessment*, 62(2), 242-261.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Aspinwall, L. G., & Taylor, S. E. (1992). Modeling cognitive adaptation: A longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(6), 989-1003.
- Bach, M. (2000). *Stres, copingstrategieë, sosiale ondersteuning en die psigiese welsyn van 'n groep akademici*. Ongepubliseerde Meestersgraad Skripsie, Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys, Potchefstroom.
- Banyard, V. L., & Graham-Bermann, S. A. (1998). Surviving poverty: Stress and coping in the lives of housed and homeless mothers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63(3), 479-489.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (1999). *Abnormal psychology: An integrative approach* (2nd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Barret, R. (1983). *Depressiwiteit: hoe om dit te oorwin*. Kaapstad: Lux Verbi.
- Baumeister, R. F. (1993a). *Self-esteem, the puzzle of low self-regard*. NY: Plenum Press.

- Baumeister, R. F. (1993b). Suicide attempts. In C. G. Costello (Ed.), *Symptoms of depression* (pp. 259-289). NY: Wiley.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. NY: Harper & Row.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. NY: International University Press.
- Beck, A. T., & Beamesderfer, A. (1974). Assessment of depression, the depression inventory. *Pharmacopsychiatry*, 7, 151-169.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1980). *Cognitive therapy of depression* (2nd ed.). NY: Guilford Press.
- Beck, A. T., Hollon, S. D., Young, J. E., Bedrosian, R. C., & Budenz, D. (1985). Treatment of depression with cognitive therapy and amitriptyline. *Archives of General Psychiatry*, 42, 142-48.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-570.
- Beeferman, D., & Orvaschel, H. (1994). Group psychotherapy for depressed adolescents: A critical review. *International Journal of Group Psychotherapy*, 44(4), 463-475.
- Bellack, H. S., & Hersen, M. (1990). *Handbook of comparative treatments for adult disorders*. NY: Wiley.
- Belsher, G., & Costello, C. G. (1991). Do confidants of depressed women provide less social support than confidants of nondepressed women? *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 516-525.

- Bemporad, J. R., & Vasile, R. G. (1990). Psychotherapy. In H. S. Bellack, & M. Hersen (Eds.), *Handbook of comparative treatments for adult disorders* (pp. 51-63). NY: Wiley.
- Bennett, T. S. (1996). Group psychotherapy. In R. J. Corsini, & A. J. Auerbach (Eds.), *Concise encyclopedia of psychology* (pp. 393-394). NY: Wiley.
- Bernet, C. Z., Ingram, R. E., & Johnson, B. R. (1993). Self-esteem. In C. G. Costello (Ed.), *Symptoms of depression* (pp. 141-159). NY: Wiley.
- Bible. (1991). *Spirit-Filled Life Bible*. Nashville: Thomas Nelson.
- Bibring, E. (1953). The mechanism of depression. In P. Greenacre (Ed.), *Affective disorders* (pp. 14-47). NY: International Universities Press.
- Billings, A. G., Cronkite, R. C., & Moos, R. H. (1983). Social-environmental factors in unipolar depression: Comparisons of depressed patients and nondepressed controls. *Journal of Abnormal Psychology, 92*, 119-133.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981a). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine, 4*(2), 139-157.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981b). The role of self-understanding in resilient individuals: The development of a perspective. *American Journal of Orthopsychiatry, 59*(2), 266-278.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1984). Coping, stress, and social resources among adults, with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology, 46*, 877-891.
- Blackburn, I. M., & Moore, R. G. (1997). Controlled acute and follow-up trial of cognitive therapy and pharmacotherapy in out-patients with recurrent depression. *British Journal of Psychiatry, 171*, 328-334.

- Bootzin, R. R., & Acocella, J. R. (1984). *Abnormal psychology: Current perspectives* (4th ed.). NY: Random House.
- Botma, A. C. (1999). *Stres, coping, psigologiese gesondheid en lewenskwaliteit van boere in die Vrystaat*. Ongepubliseerde Meestersgraad Skripsie, Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys, Potchefstroom.
- Bourne, E. J. (1992). The agoraphobia treatment group. In M. McKay, & K. Taleg (Eds.), *Focal group psychotherapy* (pp. 67-131). CA: New Hardinger.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment*. NY: Basic Books.
- Bowman, G. D., & Stern, M. (1995). Adjustment to occupational stress: The relationship of perceived control to effectiveness of coping strategies. *Journal of Counseling Psychology*, 42(3), 294-303.
- Brown, G. W., & Harris, T. O. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. London: Tacustock.
- Burger, S. (1999). *Die effek van 'n gestruktureerde oudiopsigofonologiese program met musikale jong volwassenes*. Ongepubliseerde Meestersgraad Skripsie, Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys, Potchefstroom.
- Burleson, B. R., Albrecht, T. L., & Goldsmith, D. (1993). Social support and communication: New directions for theory, research and practice. *ISSPR Bulletin*, 9(2), 5-9.
- Burleson, B. R., Albrecht, T. L., Goldsmith, D. J., & Sarason, I. G. (1994). The communication of social support. In B. R. Burleson, T. L. Albrecht, & I. G. Sarason (Eds.), *Communication of social support: Messages, interactions, relationships, and community* (pp. xi-xxx). London: Sage.
- Burlingame, G. M., & Fuhrman, A. (1990). Time-limited group therapy. *The Counseling Psychologist*, 18(1), 93-118.
- Burns, D. D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy*. NY: William Morrow.

- Burns, D. D. (1990). *The feeling good handbook*. NY: Plume.
- Burns, D. D., & Nolen-Hoeksema S. (1991). Coping styles, homework compliance, and the effectiveness of cognitive behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 305-311.
- Bybel. (1983). *Die Bybel: nuwe vertaling*. Kaapstad: Bybelgenootskap van Suid-Afrika.
- Carson, R. C., & Butcher, J. N. (1992). *Abnormal psychology and modern life* (9th ed.). Boston: Scott, Foresman and Company.
- Carson, R. C., Butcher, J. N., & Coleman, J. C. (1988). *Abnormal psychology and modern life* (8th ed.). Boston: Scott, Foresman and Company.
- Cartwright, R. D. (1993). Sleeping problems. In C. G. Costello (Ed.), *Symptoms of depression* (pp. 243-257). NY: Wiley.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1981). *Attention and self-regulation: A control-theory approach to human behavior*. NY: Springer-Verlag.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Casper, R. C., Redmond, E., Katz, M. M., Schaffer, C. B., Davis, J. M., & Koslow, S. H. (1985). Somatic symptoms in primary affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42, 1098-1105.
- Clarke, V. (1983). *Genesing vir depressie*. Kaapstad: Lux Verbi.
- Cloitre, M., Katz, M. M., & Van Praag, H. M. (1993). Psychomotor agitation and retardation. In C. G. Costello (Ed.), *Symptoms of depression* (pp. 207-226). NY: Wiley.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (Rev. ed.). Orlando: Academic Press.

- Compas, B. E. (1995). Promoting successful coping during adolescence. In M. Rutter (Ed.), *Psychosocial disturbances in young people: Challenges for prevention* (pp. 247-273). Cambridge: Cambridge University Press.
- Compas, B. E., Conner, J., Osowiecki, D., & Welch, A. (1991). Effortful and involuntary responses to stress. In J. Eckenrode (Ed.), *The social context of coping* (pp. 105-130). NY: Plenum Press.
- Copeland, M. E. (1994). *Living without depression and manic depression: A workbook for maintaining mood stability*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Corey, G. (1995). *Theory and practice of group counselling*. (4th ed.). CA: Brooks/Cole.
- Corey, G. (1996). *Theory and practice of counselling and psychotherapy*. (5th ed.). CA: Brooks/Cole.
- Cornes, C. (1990). Interpersonal psychotherapy of depression. In R. A. Wells, & V. J. Giannetti (Eds.), *Handbook of the brief psychotherapies* (pp. 261-276). NY: Plenum Press.
- Costa, P. T., Somerfield, M. R., & McCrae, R. R. (1996). Personality and coping: A reconceptualization. In M. Zeidner, & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 44-61). NY: Wiley.
- Coyne, J. C., Aldwin, C., & Lazarus, R. S. (1981). Depression and coping in stressful episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 439-447.
- Coyne, J. C., & Gottlieb, B. H. (1996). The mismeasure of coping by checklist. *Journal of Personality*, 64, 959-991.
- Cuijpers, P. (1998). A psychoeducational approach to the treatment of depression: A meta-analysis of Lewinsohn's "Coping With Depression" course. *Behavior Therapy*, 29, 521-533.
- Cutrona, C. E. (1984). Social support and stress in the transition to parenthood. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 378-390.

- Dayringer, R. (1995). Recognizing those who are depressed. In R. Dayringer, B. Eicher, M. C. Madden, J. J. O'Hearne, H. D. Trotter, M. Jacobs, & R. M. Mathews (Eds.), *Dealing with depression: Five pastoral interventions* (pp. 1-12). NY: Haworth Pastoral Press.
- Depression and Anxiety Support Group. (1998). *Depression treatment and referral guide*. Johannesburg: Author.
- DeRubeis, R. J., & Beck, A. T. (1988). Cognitive therapy. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive behavioral therapies* (pp. 273-306). NY: Guilford Press.
- Deurzen-Smith, E. (1988). *Existential counselling in practice*. London: Sage.
- Devito, J. A. (1992). *The interpersonal communication book*. NY: Harper Collins.
- Devito, J. A. (1993). *Messages: Building interpersonal communication skills*. NY: Harper Collins.
- Dewe, P. (2000). Measures of coping with stress at work: A review and critique. In P. Dewe, M. Leiter, & T. Cox (Eds.), *Coping, health and organizations* (pp. 1-28). NY: Taylor and Francis.
- Draghi, S. C., & Flach, F. F. (1975). *The nature and treatment of depression*. NY: Wiley.
- Du Toit, M. (1997a). Constructive versus destructive coping strategies. In M. Du Toit, A. Nienaber, D. Hammes-Kirsten, T. Kirsten, E. Claasens, W. Du Plessis, & M. Wissing (Eds.), *A lifeskills and coping programme for adolescents: A manual for teachers* (pp. 181-224). Potchefstroom: PU vir CHE.
- Du Toit, M. (1997b). Coping with anxiety, depression, anger and failure. In M. Du Toit, A. Nienaber, D. Hammes-Kirsten, T. Kirsten, E. Claasens, W. Du Plessis, & M. Wissing (Eds.), *A lifeskills and coping programme for*

adolescents: A manual for teachers (pp. 288-332). Potchefstroom: PU vir CHE.

Du Toit, M., Nienaber, A., Hammes-Kirsten, D., Kirsten, T., Claasens, E., Du Plessis, W., & Wissing, M. (1997). *A lifeskills and coping programme for adolescents: A manual for teachers*. Potchefstroom: PU vir CHE.

Du Plessis, W. F. (1983). *Beangste en nie-beangse eersejaarsdamestudente: 'n klinies-psigologiese verkenning*. Potchefstroom: PU vir CHO.

Ebata, A. T., & Moos, R. H. (1991). Coping and adjustment in distressed and healthy adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 12, 33-54.

Elkin, I., Shea, T., Watkins, J., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., Glass, D. R., Pilkonis, P. A., Docherty, J. P., Fiester, S. J., & Parloff, M. B. (1989). NIMH treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. NY: Lyle Stuart.

Ellis, A. (1973). *Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach*. NY: Julian Press.

Ellis, A. (1987). The impossibility of achieving consistently good mental health. *American Psychologist*, 42, 364-375.

Ellis, A. (1989). The history of cognition in psychotherapy. In A. Freeman, K. M. Simon, L. E. Beutler, & H. Arkowitz (Eds.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (pp. 5-20). NY: Plenum Press.

Ellis, A. (1993). Reflections on rational-emotive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 199-201.

Ellis, A., & Bernard, M. E. (1986). What is rational-emotive therapy (RET)? In A. Ellis, & R. Grieger (Eds.), *Handbook of rational-emotive therapy* (pp. 3-30). NY: Springer.

- Ellis, A., & Dryden, W. (1987). *The practice of rational-emotive therapy*. NY: Lyle Stuart.
- Ellis, A., & Harper, R. A. (1975). *A new guide to rational living*. NJ: Prentice-Hall.
- Ellis, A., & Whiteley, J. W. (1979). *Theoretical and emperical foundations of rational-emotive therapy*. California: Brooks/Cole.
- Ellis, A., & Yeager, R. J. (1989). *Why some therapies don't work*. NY: Prometheus Books.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.
- Epstein, S. (1993). *Manual for the Constructive Thinking Inventory*. Amherst: University of Massachusetts.
- Epstein, S. (1994). Integration of the cognitive psychodynamic unconscious. *American Psychologist*, 49(8), 709-724.
- Evans, D. A., Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Pinsecki, J. M., Grove, J. M., Garvey, J. J., & Tuason, V. B. (1992). Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, 49(10), 802-805.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S., & Belluardo, P. (1998). Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy. *Archives of General Psychiatry*, 55, 816-820.
- Feldman, L. A., & Gotlib, I. H. (1993). Social dysfunction. In C. G. Costello (Ed.), *Symptoms of depression* (pp. 85-112). NY: Wiley.
- Ferguson, G. A. (1987). *Statistical analysis in psychology and education* (5th ed.). Auckland: McGraw-Hill.

- Ferster, C. B. (1966). Animal behavior and mental illness. *Psychological Record*, 16, 345-356.
- Filipp, S., & Klauer, T. (1991). Subjective well-being in the face of critical life events. In F. Strack, M. Argyle, & N. Schwarz (Eds.), *Subjective well-being* (pp. 212-234). Oxford: Pergamon Press.
- Fleishman, J. A. (1984). Personality characteristics and coping patterns. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 229-244.
- Folkman, S., Chesney, M., McKusick, L., Ironson, G., Johnson, D. S., & Coates, T. J. (1991). Translating coping theory into an intervention. In J. Eckenrode (Ed.), *The social context of coping* (pp. 239-260). NY: Plenum Press.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150-170.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003.
- Fondacaro, M., & Moos, R. (1989). Life stressors and coping: A longitudinal analysis among depressed and nondepressed adults. *Journal of Community Psychology*, 17, 330-340.
- Frankl, V. E. (1957). *The doctor and the soul*. NY: Knopf.
- Frankl, V. E. (1960). Paradoxical intention: A logotherapeutic technique. *American Journal of Psychotherapy*, 14, 520-535.
- Frankl, V. E. (1963). *Man's search for meaning*. NY: WA Square Press.

- Fredén, L. (1982). *Psychological aspects of depression*. NY: Wiley.
- Free, M. L., Oei, T. P. S., & Sanders, M. R. (1991). Treatment outcome of a group cognitive therapy program for depression. *International Journal of Group Psychotherapy*, 41(4), 533-547.
- Freeman, A. (1990). Cognitive therapy. In A. S. Bellack, & M. Hersen (Eds.), *Handbook of comparative treatments for adult disorders* (pp. 64-87). NY: Wiley.
- Freud, S. (1950). *Collected papers: Volume IV*. London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1957). *Mourning and melancholia*. London: Hogarth Press.
- Frydenburg, E. (1997). *Adolescent coping: Theoretical and research perspectives*. London: Routledge.
- Frydenburg, E., & Lewis, R. (1993). Boys play sport and girls turn to others: Age, gender and ethnicity as determinants of coping. *Journal of Adolescence*, 16, 252-266.
- Gagiano, C. A., & Louw, D. A. (1990). Psigologiese perspektiewe vir algemene praktisyns: die behandeling van die depressiewe versteuring. *Geneeskunde*, 32(6), 13-20.
- Golden, R. B., & Janowsky, D. S. (1990). Biological theories of depression. In B. B. Wolman, & G. Stricker (Eds.), *Depressive disorders* (pp. 3-21). NY: Wiley.
- Gordon, V. C., & Gordon, E. M. (1987). Short-term group treatment of depressed women: A replication study in Great Britain. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1(2), 111-124.
- Gore, S., & Colten, M. E. (1991). Gender, stress, and distress. In J. Eckenrode (Ed.), *The social context of coping* (pp. 139-163). NY: Plenum Press.
- Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dobson, K. S., & Jacobson, N. S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: Relapse prevention. *Journal*

- Gotlib, I. H. (1982). Self-reinforcement and depression in interpersonal interaction: The role of performance level. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 3-13.
- Gotlib, I. H., & Cane, D. B. (1989). Self-report assessment of depression and anxiety. In P.C. Kendall, & D. Watson (Eds.), *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features* (pp. 131-169). San Diego: Academic Press.
- Gotlib, I. H., & Hammen, C. C. (1992). *Psychological aspects of depression: Toward a cognitive interpersonal integration*. NY: Wiley.
- Gotlib, I. H., & Lee, C. M. (1989). The social functioning of depressed patients: A longitudinal assessment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8, 223-237.
- Granet, R., & Levinson, R. K. (1998). *If you think you have depression*. NY: Dell.
- Haaga, D. A. F., & Davison, G. C. (1993). An appraisal of rational-emotive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 215-220.
- Hall, C. S., & Lindzey, G. (1970). *Theories of personality*. NY: Wiley.
- Hall, L. H., & Robertson, M. H. (1998). Undergraduate ratings of the acceptability of single and combined treatments for depression: A comparative analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(3), 269-272.
- Hanks, P. (1979). *Collins English Dictionary*. London: Collins.
- Harrell, T. H., & Ryon, N. B. (1983). Cognitive-behavioral assessment of depression: Clinical validation of the Automatic Thoughts Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(5), 721-725.
- Hauck, P. A., & McKeegan, P. (1997). Using REBT to overcome depression. In J. Yankura, & W. Dryden (Eds.), *Using REBT with common psychological*

- problems: A therapist's casebook* (pp. 44-73). NY: Springer.
- Hayes, A. M., & Newman, C. F. (1993). Depression: An integrative approach. In G. Stricker, & J. R. Gold (Eds.), *Comprehensive handbook of psychotherapy integration* (pp. 303-321). NY: Plenum Press.
- Healy, D. (1993). Dysphoria. In C. G. Costello (Ed.), *Symptoms of depression* (pp. 23-42). NY: Wiley.
- Henderson, S., Byrne, D. G., & Duncan, P. (1982). *Neurosis and the social environment*. Sydney: Academic Press.
- Henning, J. J. (1986). *Die effektiwiteit van 'n logoterapeutiese program*. Ongepubliseerde Meestersgraad Skripsie, Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys, Potchefstroom.
- Heppner, P. P., Cook, S. W., Wright, D. W., & Johnson, W. C. (1995). Progress in resolving problems: A problem-focused style of coping. *Journal of Counseling Psychology*, 42(3), 279-293.
- Herman-Stahl, M., & Petersen, A. C. (1996). The protective role of coping and social resources for depressive symptoms among youth adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 25(6), 733-753.
- Hillson, J. M. C., & Kuiper, N. A. (1994). A stress and coping model of child maltreatment. *Clinical Psychology Review*, 14(4), 261-285.
- Hinchliffe, M. K., Hooper, D., & Roberts, F. J. (1978). *The melancholy marriage*. NY: Wiley.
- Hoberman, H. M. (1990). Behavioral treatments for unipolar depression. In B. B. Wolman, & G. Stricker (Eds.), *Depressive disorders* (pp. 310-341). NY: Wiley.
- Hoberman, H. M., Lewinsohn, P. M., & Tilson, M. (1988). Group treatment of depression: Individual predictors of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 393-398.

- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: An attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513-524.
- Hobfoll, S. E., Dunahoo, C. L., Ben-Porath, Y., & Monnier, J. (1994a). Gender and coping: The dual-axis model of coping. *American Journal of Community Psychology*, 22(1), 49-82.
- Hobfoll, S. E., Dunahoo, C. L., & Monnier, J. (1994b). *Preliminary test manual: Strategic Approach to Coping (SACS)*. Kent Hall: Kent State University.
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 946-955.
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1991). Life stressors, personal and social resources, and depression: A 4-year structural model. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 31-38.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1996). Coping, stress resistance and growth: Conceptualizing adaptive functioning. In M. Zeidner, & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 24-43). NY: Wiley.
- Hollon, S. D., & Garber, J. (1990). Cognitive therapy for depression: A social cognitive perspective. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16(1), 58-73.
- Hollon, S. D., & Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an Automatic Thoughts Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 383-395.
- Hollon, S. D., Shelton, R. C., & Loosen, P. T. (1991). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 88-99.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Evans, M. D., Wiener, M. J., Garvey, M. J., Grose, W. M., & Tuason, V. B. (1992). Cognitive therapy and

- pharmacotherapy for depression: Single and in combination. *Archives of General Psychiatry*, 49(10), 772-781.
- Hollon, S. D., Shelton, R. C., & Davis, D. D. (1993). Cognitive therapy for depression: Conceptual issues and clinical efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 270-275.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Houston, B. K. (1987). Stress and coping. In C. R. Snyder, & C. E. Ford (Eds.), *Coping with negative life events: Clinical and social psychological perspectives* (pp. 373-399). NY: Plenum Press.
- Immelman, T. E. (1992). *Die evaluering van 'n multidissiplinêre korttermyn psigoterapeutiese program vir major depressie*. Ongepubliseerde Meestersgraad Skripsie, Universiteit van die Oranje Vrystaat, Bloemfontein.
- Jacobson, E. (1971). *Depression*. NY: International Press.
- Jarrett, R. B., Schaffer, M., McIntire, D., Witt-Browder, A., Kraft, D., & Risser, R. C. (1999). Treatment of atypical depression with cognitive therapy or phenelzine: A double-blind, placebo-controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 56(5), 431-437.
- Johnsgard, K. W. (1989). *The exercise prescription for depression and anxiety*. NY: Plenum Press.
- Johnson, D. W. (1993). *Reaching out*. Boston: Allyn & Bacon.
- Johnson, M., & Forsman, L. (1995). Competence strivings and self-esteem: An experimental study. *Personality and Individual Differences*, 19(4), 195-198.
- Jung, J., & Khalsa, H. K. (1989). The relationship of daily hassles, social support, and coping to depression in Black and White students. *Journal of General Psychology*, 116(4), 407-417.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1994). *Synopsis of psychiatry* (7th

ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

- Karasu, T. B. (1990). Toward a clinical model of psychotherapy for depression: Systematic comparison of three psychotherapies. *American Journal of Psychiatry*, 147(2), 133-147.
- Kashani, J. H., & Schmid, L. S. (1992). Epidemiology and etiology of depressive disorders. In M. Shafii, & S. L. Shafii (Eds.), *Clinical guide to depression in children and adolescents* (pp. 43-64). WA: American Psychiatric Press.
- Kelsoe, J. R. (1997). The genetics of bipolar disorder. *Psychiatric Annual*, 27, 285-292.
- Kemp, E. R. (1987). *Depressie by die adolessente dogter*. Ongepubliseerde Meestersgraad Verhandelings, Universiteit van Pretoria, Pretoria.
- Kendall-Tackett, K. A., & Kaufman, K. G. (1993). *Postpartum depression: A comprehensive approach for nurses*. London: Sage Publications.
- Kendall, R. E. (1991). Relationship between the DSM-IV and the ICD-10. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 297-301.
- Kleinke, C. L. (1984). Comparing depression-coping strategies of schizophrenic men and depressed and nondepressed college students. *Journal of Clinical Psychology*, 40(2), 420-426.
- Kleinke, C. L. (1988). The Depression Coping Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 44(4), 516-526.
- Kleinke, C. L. (1991). How chronic patients cope with depression: Relation to treatment outcome in a multidisciplinary pain clinic. *Rehabilitation Psychology*, 36(4), 207-218.
- Kleinke, C. L. (1998). *Coping with life challenges*. CA: Brooks/Cole.
- Kleinke, C. L., Staneski, R. A., & Mason, J. K. (1982). Sex differences in coping with depression. *Sex Roles*, 8(8), 877-889.

- Klerman, G. I., & Weissman, M. M. (1982). Interpersonal psychotherapy: Theory and research. In A. J. Rush, (Ed.), *Short-term psychotherapies for depression* (pp. 88-106). NY: Guilford Press.
- Klerman, G. I., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapies of depression*. NY: Basic Books.
- Klinger, E. (1993). Loss of interest. In C. G. Costello (Ed.), *Symptoms of depression* (pp. 43-62). NY: Wiley.
- Kotzé, J. C. (1993). *In their shoes: Understanding black South-Africans through their experiences of life*. Kwenkyn: Juta.
- Kovacs, M. (1980). The efficacy of cognitive and behavior therapies for depression. *American Journal of Psychiatry*, 137(12), 1495-1501.
- Krauss, H. H., & Krauss, B. J. (1990). Existential approaches to depression. In B. B. Wolman, & G. Stricker (Eds.), *Depressive disorders* (pp. 38-63). NY: Wiley.
- Krantz, S., & Moos, R. (1988). Risk factors and intake predict nonremission among depressed patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 863-869.
- Kühner, C., Angermeyer, M. C., & Veiel, H. O. F. (1996). Cognitive-behavioral group intervention as a means of tertiary prevention in depressed patients: Acceptance and short-term efficacy. *Cognitive Therapy and Research*, 20(4), 391-409.
- Lazarus, R. S. (1996). Coping. In R. J. Corsini, & A. J. Auerbach (Eds.), *Concise encyclopedia of psychology* (pp. 196-198). NY: Wiley.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. NY: Springer.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-169.

- Leahy, J. M. (1992). Validity and reliability of the Beck Depression Inventory-Short Form in a group of adult bereaved females. *Journal of Clinical Psychology*, 48(1), 64-48.
- Lewinsohn, P. M. (1978). *Control your depression*. NJ: Prentice Hall.
- Lewinsohn, P. M., Antonuccio, D. O., Breckenridge, J., & Teri, L. (1987). *The Coping With Depression Course: A psychoeducational intervention for unipolar depression*. OR: Castalia Press.
- Lewinsohn, P. M., Antonuccio, D. O., Steinmetz, J. L., & Teri, L. (1984). *The Coping With Depression Course: A psychoeducational intervention for unipolar depression*. OR: Castalia.
- Lewinsohn, P. M., Biglan, T., & Zeiss, A. (1976). Behavioral treatment of depression. In P. Davidson (Ed.), *Behavioral management of anxiety, depression and pain* (pp. 91-146). NY: Brunner/Mazel.
- Lewinsohn, P. M., & Gotlib, I. H. (1995). Behavioral theory and treatment of depression. In E. E. Beckham, & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 352-375). NY: Guilford Press.
- Lewinsohn, P. M., & MacPhillamy, D. (1972). The relationship between age and pleasant activities. *Journal of Gerontology*, 29, 290-294.
- Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. In N. Lin, A. Dean, & W. M. Ensel (Eds.), *Social support, life events and depression* (pp. 17-30). NY: Academic Press.
- MacKenzie, K. R. (1986). Commentary: When to recommend group treatment. *International Journal of Group Psychotherapy*, 36(2), 207-210.
- Marais, J. L., & Wilson, C. D. (1996). Gesinsterapie 'n ortopedagogiese hulpverleningsmetode aan die depressiewe laerskoolleerling. *Tydskrif vir Geesteswetenskappe*, 36(4), 293-301.
- Mark, J., & Williams, G. (1992). *The psychological treatment of depression: A*

- guide to the theory and practice of cognitive behaviour therapy* (2nd ed.). London: Routledge.
- Marsella, A. J. (1996). Depression. In R. J. Corsini, & A. J. Auerbach (Eds.), *Concise encyclopedia of psychology* (pp. 242-245). NY: Wiley.
- May, R., & Yalom, I. (1989). Existential psychotherapy. In R. J. Corsini, & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (pp. 363-402). IL: Peacock.
- Maynard, C. K. (1993). Comparison of effectiveness of group interventions for depression in women. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2(5), 277-283.
- McGrath, E., Keita, G. P., Strickland, B. R., & Russo, N. F. (1990). *Women and depression: Risk factors and treatment issues: Final report of the American Psychological Association's national task force on women and depression*. WA: American Psychological Association.
- McHugh, K., & Wierzbicki, M. (1998). Prediction of responses to cognitive and behavioral mood instructions. *The Journal of Psychology*, 132(1), 33-41.
- McKay, M., Davis, M., & Fanning, P. (1997). *Thoughts and feelings: Taking control of your moods and your life*. CA: New Harbinger.
- McKay, M., & Fanning, P. (1992). *Self-esteem* (2nd ed.). Oakland, CA: New Harbinger.
- McKeon, P. (1986). *Coping with depression and elation*. London: Sheldon Press.
- McLeod, J. D., Kessler, A. C., & Landis, K. R. (1992). Speed of recovery from major depressive episodes in a community sample of married men and women. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(2), 277-286.
- McNair, D. M., Lorr, M., & Droppleman, L. F. (1992). *Manual: Profile of Mood States*. CA: Edits.
- Medina, J. (1998). *Depression: How it happens, how it's healed*. Hong Kong: New Harbinger.

- Mendels, J. (1970). *Concepts of depression*. NY: Wiley
- Mendelson, M. (1990). Psychoanalytic views on depression. In B. B. Wolman, & G. Stricker (Eds.), *Depressive disorders* (pp. 22-37). NY: Wiley.
- Meyer, A. (1957). *Psychobiology: A science of man*. Springfield, IL: Thomas.
- Miller, P., & Ingham, J. G. (1976). Friends, confidants and symptoms. *Social Psychiatry*, 133, 106-110.
- Miranda, J., Schreckengost, J., & Heine, L. (1992). Cognitive-behavioral group treatment for depression. In M. McKay, & K. Taleg (Eds.), *Focal group psychotherapy* (pp. 135-162). CA: New Hardinger.
- Möller, A. T. (1989). *Rasioneel-emotiewe terapie in die praktyk*. Stellenbosch: Stellenbosch Universiteit Uitgewers.
- Möller, A. T. (1990). *Kognitiwew psigoterapie vir angs en depressie*. Stellenbosch: Universiteit Uitgewers en Boekhandelaars.
- Moos, R. H. (1992a). Understanding individuals' life contexts: Implications for stress reduction and prevention. In M. Kessler, S. E. Goldstone, & J. M. Joffe (Eds.), *The present and future of prevention* (pp. 196-213). Newbury Park, CA: Sage.
- Moos, R. H. (1992b). Stress and coping theory and evaluation research: An integrative perspective. *Evaluation Review*, 16(5), 534-553.
- Moos, R. H. (1993). *Coping Responses Inventory. Professional manual*. CA: PAR.
- Moos, R. H. (1994). *Conceptual and emperical advances in stress and coping theory*. Paper, 23rd International Congress of Applied Psychology, Madrid, Spain, July, 1994.
- Moos, R. H., Brennan, P., Fondacaro, M., & Moos, B. S. (1990). Approach and avoidance coping responses among older problem and nonproblem

- drinkers. *Psychology and Aging*, 5, 31-40.
- Moos, R. H., & Moos, B. S. (1994). *Life Stressors and Social Resources Inventory– Youth Form (LISRES-Y)*. Professional manual. Florida: PAR.
- Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1986). Life transitions and crises: A conceptual overview. In R. H. Moos (Ed.), *Coping with life crises: An integrated approach* (pp. 3-28). NY: Plenum Press.
- Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. In L. Goldberger, & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 234-257). NY: Free Press.
- Munoz, R. F., Hollon, S. D., McGrath, E., Rehm, L. P., & Vandenbos, G. R. (1994). On the AHCPR depression in primary care guidelines: Further considerations for practitioners. *American Psychologist*, 49, 42-61.
- National Institute of Mental Health. (1999a). *Depression research at the National Institute of Mental Health*. Retrieved April 13, 1999 from the World Wide Web: <http://www.nihm.nih.gov/publicat/depresfact.htm>
- National Institute of Mental Health. (1999b). *The invisible disease: Depression*. Retrieved June 1, 1999 from the World Wide Web: <http://www.nihm.nih.gov/publicat/invisible.cfm>
- National Institute of Mental Health. (1999c). *Understanding special issues in depression: A woman's guide to its diagnosis and treatment*. Retrieved June 1, 1999 from the Word Wide Web: http://www.nihm.nih.gov/depression/women/wom_pr.htm
- Neimeyer, R. A., & Feixas, G. (1990). The role of homework and skill acquisition in the outcome of group cognitive therapy for depression. *Behavior Therapy*, 21, 281-292.
- Nelson-Jones, R. (1991). *Lifeskills: A Handbook*. London: Redwoord Books.

- Newman, C. F., & Beck, A. T. (1990). Cognitive therapy of affective disorders. In B. B. Wolman, & G. Stricker (Eds.), *Depressive disorders* (pp. 343-367). NY: Wiley.
- Niedenthal, P. M., Tangney, J. P., & Gavanski, I. (1994). "If only I weren't "versus" if only I hadn't", distinguishing shame and guilt in counterfactual thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(4), 585-595.
- Nienaber, A. W. (1992). *Die ontwikkeling en evaluering van 'n program vir die fasilitering van studenteontwikkeling*. Ongepubliseerde Proefskrif, Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys, Potchefstroom.
- Nigro, G. (1996). Coping strategies and anxiety in Italian adolescents. *Psychological Reports*, 79, 835-839.
- Nolan, R., & Willson, V. L. (1994). Gender and depression in an undergraduate population. *Psychological Reports*, 75, 1327-1330.
- Nurnberger, J. I., & Gershon, E. S. (1992). Genetics. In E. S. Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders* (pp. 126-145). NY: Guilford Press.
- Olf, M., Brosschot, J. F., & Godaert, G. (1993). Coping styles and health. *Personality and Individual Differences*, 15(1), 81-90.
- Parry-Jones, W. L. (1989). Depression in adolescence. In K. R. Herbst, & E. S. Paykel (Eds.), *Depression an integrative approach* (pp. 111-123). Oxford: Heinemann.
- Patton, G. C. (1993). Eating problems. In C. G. Costello (Ed.), *Symptoms of depression* (pp. 227-242). NY: Wiley.
- Paykel, E. S. (1989). The background: Extent and nature of the disorder. In K. R. Herbst, & E. S. Paykel (Eds.), *Depression an integrative approach* (pp. 3-20). Oxford: Heinemann.
- Paykel, E. S., Scott, J., Teasdale, J. D., Johnson, A. L., Garland, A., Moore, R., Jenaway, A., Cornwall, P. L., Hayhurst, H., Abbott., & Pope, M.

- (1999). Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy. *Archives of General Psychiatry*, 56(9), 829-835.
- Pearlin, L. I. (1991). The study of coping. In J. Eckenrode (Ed.), *The social context of coping* (pp. 261-276). NY: Plenum Press.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91, 347-374.
- Pierce, G. R., Sarason, B. R., Sarason, I. G., Joseph, H. J., & Henderson, C. A. (1996). Conceptualizing and assessing social support in the context of the family. In G. R. Pierce, B. R. Sarason, & I. G. Sarason (Eds.), *Handbook of social support and the family* (pp. 3-23). NY: Plenum Press.
- Plug, C., Louw, D. A., Gouws, L. A., & Meyer, W. F. (1997). *Verklarende en vertalende Sielkundewoordeboek* (3de uitg.). Johannesburg: Heinemann.
- Pretorius, H. W. (1996). The management of depressive disorders: Psychiatry forum. *Specialist Medicine*, 18(8), 12-17.
- Pretorius, T. B., & Diedricks, M. (1994). Problem-solving appraisal, social support and stress-depression relationship. *South African Journal of Psychology*, 24(2), 86-91.
- Prinsloo, J. (1998). *Hoop vir depressielyers*. Kiblerpark: Baruk Uitgewers.
- Procidano, M. E., & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11(1): 1-24.
- Prusoff, B., Thompson, W. D., Sholomskas, D., & Riordan, C. (1977). Psychosocial stressors and depression among former heroin dependant patients maintained on methadone. *Journal of Nervous and Disease*, 165, 57-63.

- Putter, B. (1997). *Die aard van coping: 'n konstrukverheldering en modeltoetsing*. Ongepubliseerde Meestersgraad Skripsie, Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys, Potchefstroom.
- Rado, S. (1928). The problem of melancholia. *International Journal of Psycho-Analysis*, 9, 420-438.
- Ramos-Brieva, J. A., Cordero-Villafafila, A., Ayuso-Mateos, J. L., Rios, B., Montejo, M. L., Rivera, A., Caballeo, L., Ponce, C., & Canas, F. (1987). Distinct quality of depressed mood: An attempt to develop an objective measure. *Journal of Affective Disorders*, 13, 241-248.
- Rapaport, M. (1998). Depression subtypes: The clinical challenges. *International Medical News*, 98(2), 2.
- Rapmund, V. J. (1996). *Social support and depression in women: A constructivist approach*. Unpublished Master's Theses, University of South Africa, Pretoria.
- Rehm, R. P. (1990). Cognitive and behavioral theories. In B. B. Wolman, & G. Stricker (Eds.), *Depressive disorders* (pp. 64-91). NY: Wiley.
- Rehm, R. P. (1995). Psychotherapies for depression. In K. D. Craig, & K. S. Dobson (Eds.), *Anxiety and depression in adults and children* (pp. 183-208) London: Sage Publications.
- Reinecke, M. A., Ryan, N. E., & Dubois, D. L. (1998). Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: A review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(1), 26-34.
- Reynolds, W. M., & Gould, J. W. (1981). A psychometric investigation of the standard and short form Beck Depression Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(2), 306-307.
- Rice, A. H. (1994). Structured groups for the treatment of depression. In K. R. MacKenzie (Ed.), *Effective use of group therapy in managed care* (pp. 61-

- 96). WA: American Psychiatric Press.
- Riggio, R. E. (1986). Assessment of basic social skills. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(3), 649-660.
- Riggio, R. E., & Throckmorton, B. (1986). *Manual for Social Skills Inventory (SSI)*. NY: Department of Psychology, CA State University.
- Roberts, B. L., Dunkle, R., & Haug, M. (1994). Physical, psychological and social resources as moderators of the relationship of stress to mental health of the very old. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 49(1), 535-543.
- Robins, C. J., & Hayes, A. M. (1993). An appraisal of cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 205-214.
- Robinson, B. E., & Bacon, J. G. (1996). The "if only I were thin ..." treatment program: Decreasing the stigmatizing effects of fatness. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27(2), 175-183.
- Rohde, P., Tilson, M., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1990). Dimensionality of coping and its relation to depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(3), 499-511.
- Rook, K. S. (1987). Social support versus companionship: Effects on life stress, loneliness, and evaluations by others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(6), 1132-1147.
- Roos, N. J., & Möller, A. T. (1989). *Stres: hanteer dit self*. Kaapstad: Human & Rousseau.
- Rooth, E. (1995). *Lifeskills: A resource book for facilitators*. Swaziland: MacMillan Boleswa.
- Rotenberg, K. J., & Flood, D. (1999). Loneliness, dysphoria, dietary restraint, and eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 25(1), 55-64.
- Roth, M. (1983). Depression and affective disorder in later life. In J. Angst (Ed.),

The origins of depression: Current concepts and approaches (pp. 39-76).
Berlin: Springer-Verlag.

Roth, S., & Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist*, 41(7), 813-819.

Russel, J. M. (1978). Sartre, therapy, and expanding the concept of responsibility. *American Journal of Psycho-Analysis*, 38, 259-269.

Rutter, M. (1972). *Maternal deprivation reassessed*. London: Penguin Books.

Sacco, W. P., & Beck, A. T. (1995). Cognitive theory and therapy. In E. E. Beckham, & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 329-351). NY: Guilford Press.

Sandler, J., & Joffe, W. G. (1969). Towards a basic psychoanalytic model. *International Journal of Psycho-Analysis*, 50, 79-90.

Sarason, I. G., Sarason, B. R., Brock, D. M., & Pierce, G. R. (1996). Social support: Current status, current issues. In C. D. Spielberger, I. G. Sarason, J. M. T. Brebner, E. Greenglass, P. Laungani, & A. M. O'Roark (Eds.), *Stress and emotion: Anxiety, anger and curiosity* (pp. 3-27). WA: Hemisphere.

SAS System for windows release 6.12. (1996). Cary, NC: SAS Institute.

Schaefer, J. A., & Moos, R. H. (1992). Life crises and personal growth. In B. N. Carpenter (Ed.), *Personal coping: Theory, research, and application* (pp. 159-171). NY: Preager.

Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219-247.

Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 201-228.

Schönpflug, W., & Battmann, W. (1991). The cost and benefits of coping. In S.

- Fisher, & J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health* (pp. 699-713). NY: Wiley.
- Schrodt, G. R. (1992). Cognitive therapy of depression. In M. Shafii, & S. L. Shafii (Eds.), *Clinical guide to depression in children and adolescents* (pp. 197-217). WA: American Psychiatric Press.
- Schuyler, D. (1976). Treatment of depressive disorders. In B. B. Wolman (Ed.) *The therapist's handbook: Treatment methods of mental disorders* (pp. 358-369). NY: Van Nostrand Reinhold Company.
- Scogin, F., Beutler, L., Corbishley, A., & Hamblin, D. (1988). Reliability and validity of the short form Beck Depression Inventory with older adults. *Journal of Clinical Psychology*, 44(6), 853-857.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: Freeman.
- Seligman, M. E. P. (1980). *Human helplessness*. NY: Academic Press.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965-974.
- Seligman, M. E. P., & Maier, S. F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74, 1-9.
- Shea, M. T., Elkin, I., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Watkins, J. T., Collins, J. F., Pilkonis, P. A., Beckham, E., Glass, D., Dolan, R. T., & Parloff, M. B. (1992). Course of depressive symptoms over follow-up: Findings from the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. *Archives of General Psychiatry*, 49, 782-787.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. NY: Free Press.
- Smit, G. H. (1991). *Psigometrika: aspekte van toetsgebruik*. Pretoria: Haum.
- Smit, M. M. (1994). *'n Vergelykende ondersoek tussen major depressiwiteit en distimiese depressiwiteit*. Ongepubliseerde Meestersgraad Skripsie, Randse Afrikaanse Universiteit, Johannesburg.

- Smith, T. G. (1990). *Tydige identifisering van die potensieel ernstige depressiewe adolessent*. Ongepubliseerde Proefskrif, Universiteit van Pretoria, Pretoria.
- Spirito, A., Francis, G., Overholser, J., & Frank, N. (1996). Coping, depression, and adolescent suicide attempts. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(2), 147-155.
- Steyn, A. G. W., Smit, C. F., Du Toit, S. H. C., & Strasheim, C. (1998). *Moderne statistiek vir die praktyk* (6de uitg.). Pretoria: Van Schaik Uitgewers.
- Steyn, H. S., Jr. (1999). *Praktiese beduidendheid: die gebruik van effekgroottes*. (Wetenskaplike Bydraes, Reeks B: Natuurwetenskappe nr. 17). Potchefstroom: Publikasiebeheer Komitee, PU vir CHO.
- Stone, A. A., Greenberg, M. A., Kennedy-Moore, E., & Newman, M. G. (1991). Self-report, situation-specific coping questionnaires: What are they measuring? *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(4), 648-658.
- Strupp, H. H., & Binder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a new key*. NY: Basic Books.
- Strydom, M. M. (1995). *Stressimptomatologie en intervensie by nooddienpersoneel*. Ongepubliseerde Meestersgraad Skripsie, Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys, Potchefstroom.
- Stunkard, A. J., Fernstrom, M. H., Price, A., Frank, E., & Kupfer, D. J. (1990). Direction of weight change in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 47, 857-860.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. NY: Norton.
- Sullivan, H. S. (1954). *The psychiatric interview*. NY: Norton.
- Suls, J., David, J. P., & Harvey, J. H. (1996). Personality and coping: Three generations of research. *Journal of Personality*, 64(4), 711-735.
- Summerfeldt, L. J., & Endler, N. S. (1996). Coping with emotions and psychopathology. In M. Zeidner, & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of*

- coping: Theory, research, applications* (pp. 602-639). NY: Wiley.
- Tangney, J. P. (1993). Shame and guilt. In C. G. Costello (Ed.), *Symptoms of depression* (pp. 161-180). NY: Wiley.
- Taylor, S. E., & Armor, D. A. (1996). Positive illusions and coping with adversity. *Journal of Personality*, 64(4), 873-898.
- Terry, D. J., Mayocchi, L., & Hynes, G. J. (1996). Depressive symptomatology in new mothers: A stress and coping perspective. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(2), 220-231.
- Thase, M. E. (1995). Cognitive behavior therapy. In I. D. Glick, & I. D. Yalom (Eds.), *Treating depression* (pp. 33-69). San Francisco: Jossey-Bass.
- Thase, M. E. (1998). Depression the world's biggest source of disability. *International Medical News*, 98(2), 1.
- Thase, M. E., Greenhouse, J. B., Frank, E., Reynolds, I. C. F., Pilkonis, P. A., Hurley, K., Grochocinski, V., & Kupfer, D. J. (1997). Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1009-1015.
- Thase, M. E., & Howland, R. H. (1995). Biological processes in depression: An updated review and integration. In E. E. Beckham, & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 213-279). NY: Guilford Press.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior, Extra Issue*, 53-79.
- Timko, C., Moos, R. H., & Michelson, D. J. (1993). The context of adolescents' chronic life stressors. *American Journal of Community Psychology*, 21, 397-420.
- Ullman, L., & Krasner, L. (1969). *A psychological approach to abnormal behavior*. NJ: Prentice-Hall.
- Ussery, L. W., & Prentice-Dunn, S. (1992). Personality predictors of bulimic

behavior and attitude in males. *Journal of Clinical Psychology*, 48(6), 722-729.

Van Der Merwe, I. (1996). *'n Handleidingsgebaseerde behandelingsprogram vir unipolêre major depressie*. Ongepubliseerde Proefskrif, Randse Afrikaanse Universiteit, Johannesburg.

Van Der Merwe, N. (1991). *Listening: A skill for everyone*. Cape Town: Arrow Publishers.

Van Der Wateren, E. (1997). *Die dinamiek van waardes, copingstyle en psigologiese gesondheid by 'n groep jeugdiges*. Ongepubliseerde Meestersgraad Skripsie, Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys, Potchefstroom.

Van Vuren, E. (1999). Die effek van 'n SAPD krisisonlontingsopleidingsprogram op die psigologiese welstand van toekomstige krisisswerkers. Ongepubliseerde Meestersgraad Skripsie, Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys, Potchefstroom.

Van Zyl, J. D. (1994). *Die ontwikkeling en evaluering van 'n logoterapeutiese program vir 'n groep bejaardes*. Ongepubliseerde Meestersgraad Skripsie, Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys, Potchefstroom.

Vitaliano, P. P., Dewolfe, D. J., Maiuro, R. D., Russo, J., & Katon, W. (1990). Coping in chest pain patients with and without psychiatric disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 338-343.

Wallace, J., & O'Hara, M. W. (1992). Increases in depressive symptomatology in the rural elderly: Results from a cross-sectional and longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(3), 398-404.

Warren, R., McLellarn, R. W., & Ellis, A. (1987). Albert Ellis' personal responses to the survey of rational-emotive therapists. *Journal of Rational-Emotive Therapy*, 5, 71-91.

Watts, F. N. (1993). Problems of memory and concentration. In C. G. Costello

- (Ed.), *Symptoms of depression* (pp. 113-140). NY: Wiley.
- Weiner, I. B. (1970). *Psychological disturbances in adolescence*. NY: Wiley.
- Weiner, I. B., Frieze, I., Kukla, A., Reed, L., Rest, S., & Rosenbaum, R. M. (1971). *Perceiving the causes of success and failure*. NJ: General Learning Press.
- Weiten, W., & Lloyd, M. A. (1994). *Psychology applied to modern life: Adjustment in the 90's* (4th ed.). CA: Brooks/Cole.
- Wesner, R. B., & Winokur, G. (1990). Genetics of affective disorders. In B. B. Wolman, & G. Stricker (Eds.), *Depressive disorders* (pp. 125-146). NY: Wiley.
- Wessler, R. A., & Wessler, R. L. (1980). *The principles and practice of rational-emotive therapy*. London: Jossey-Bass.
- Wessler, R. L. (1993). Groups. In G. Stricker, & J. R. Gold (Eds.), *Comprehensive handbook of psychotherapy integration* (pp. 453-464). NY: Plenum Press.
- Wethington, E., & Kessler, R. C. (1991). Situations and processes of coping. In J. Eckenrode (Ed.), *The social context of coping* (pp. 13-29). NY: Plenum Press.
- Widlocker, D. J. (1983). Retardation: A basic emotion? In J. M. Davies, & J. W. Maas (Eds.), *The affective disorders* (pp. 99-107). WA: American Psychiatric Press.
- Wiezicki, M. (1989). Children's perceptions of counter-depressive activities. *Psychological Reports*, 65, 1251-1258.
- Willner, P. (1993). Anhedonia. In C. G. Costello (Ed.), *Symptoms of depression* (pp. 63-84). NY: Wiley.
- Winokur, G. (1981). *Depression: The facts*. Oxford: Oxford University Press.
- Wissing, J. A. B. (1996). *Die dinamiek van stres, bronne, coping en psigologiese*

welsyn by jeugdiges. Ongepubliseerde Meestersgraad Skripsie, Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys, Potchefstroom.

Wissing, M. P. (1995). *Die dinamiek van lewenskonteks, individuele verskille, copingprosesse en psigologiese gesondheid by 'n groep jeugdiges met die oog op kapasiteitsbou en prevensie*. Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys, Fakulteit Lettere & Wysbegeerte.

Wolberg, L. R. (1967). *The technique of psychotherapy: Part one* (2nd ed.). NY: Grune and Stratton.

Wolman, B. B. (1990). Depression: The psychosocial theory. In B. B. Wolman, & G. Stricker (Eds.), *Depressive disorders* (pp. 92-123). NY: Wiley.

Wood, J. T. (1995). *Relational communication: Continuity and change in personal relationships*. CA: Wadsworth.

Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. NY: Basic Books.

Yankura, J., & Dryden, W. (1990). *Doing RET: Albert Ellis in action*. NY: Springer.

Yapko, M. D. (1998). *Breaking the patterns of depression*. NY: Main Street Books.

Youngren, M. A., & Lewinsohn, P. M. (1980). The functional relationship between depression and problematic behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 334-341.

Zeidner, M., & Saklofske, D. (1996). Adaptive and maladaptive coping. In M. Zeidner, & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 505-531). NY: Wiley.

Zimbardo, P. P., & Gerrig, R. J. (1996). *Psychology and life* (14th ed.). USA: Harper Collens.