

‘n Maatskaplikewerkondersoek na gesinspatrone wat ‘n
kind met ‘n Serebrale gestremdheid en ‘n Bipolêre
versteuring in optimale funksionering beperk

Deur

Susanna Johanna Kotzé

voorgelê ter vervulling van ‘n deel
van die vereistes vir die graad

MAGISTER SOCIALIS DELIGENTIAE

In

**MAATSKAPLIKE WERK
(Speltherapie)**

in die

Faluliteit Geesteswetenskappe

Universiteit van Pretoria

Studieleier: Dr. C E Prinsloo

OPGEDRA AAN JOHAN

DANKBETUIGINGS

By voltooiing van hierdie studie word besondere waardering en opregte dank betuig aan:

- My studieleier, Dr Prinsloo. Dit was vir my 'n voorreg om die studie onder u leiding te voltooi.
- Bertus – dankie vir jou hulp en ondersteuning gedurende my studie.
- Die gesin wat bereid was om my deel te maak van hulle lewens.
- My ouers en familie vir julle deurlopende belangstelling in my studies. Julle het my geleer om nooit moed op te gee nie.

Aan my Hemelse Vader wat aan my die geleentheid en ook die vermoëns gegee het om hierdie studie te onderneem en te voltooi, kom al die eer toe.

OPSOMMING

‘N MAATSKAPLIKEWERKONDERSOEK NA GESINSPATRONE WAT ‘N KIND MET ‘N SEREBRALE GESTREMDHEID EN BIPOLÊRE VERSTEURING IN OPTIMALE FUNKSIONERING BEPERK

Deur

Susanna Johanna Kotzè

STUDIELEIER

DR CE PRINSLOO

DEPARTEMENT MAATSKAPLIKE WERK

MSD (Spelterapie)

Die doel van hierdie navorsingsprojek is om gesinspatrone te identifiseer wat die kind in die middelkinderjare wat ‘n Bipolêre versteuring asook ‘n Serebraalgestremdheid het, tot optimale funksionering beperk.

Ten einde hierdie doel te bereik, is daar ‘n deeglike literatuurondersoek ten opsigte van Bipolêre versteuring en Serebraalgestremdheid by die kind gedoen. Die aard daarvan, die oorsake daarvan en die invloed daarvan op die gesin is ondersoek.

Verder is daar gebruik gemaak van Cresswell se gekombineerde model van navorsing, naamlik die “dominant-minder dominante” model. Die minder dominante deel van die navorsing was die kwantitatiewe ondersoek. Vir hierdie deel van die ondersoek is daar van ‘n gestandaardiseerde meetinstrument, naamlik die “Hudson Skaal: Indeks van Ouerlike houding”, gebruik gemaak. Hierdie skaal is deur Walter Hudson ontwikkel en word deur Perspektief Opleidingskollege versprei.

Die meer dominante deel van die navorsing, naamlik die kwalitatiewe deel, het meer inligting in die bogenoemde verband verskaf. Daar is gebruik gemaak van ongestruktureerde onderhoude wat met die gesin gevoer is asook met die multi-dissiplinêre span wat op die huidige stadium by die gesin betrokke is. Ten einde die teenwoordigheid van gesinspatrone wat beperkend is, te bepaal, het die navorser

gebruik gemaak van die “*One shot case study*” . Laasgenoemde is ‘n in-diepte ondersoek van ‘n enkele eenheid. Dit het vereis dat die navorser vir ‘n tydperk deel word van die gesin en die gesinsaktiwiteite. Hierdeur kon sekere patrone geïdentifiseer word wat moontlik ‘n beperkende invloed het op die kind met ‘n Bipolêre versteuring asook Serebraalgestremdheid.

Uit die resultate het dit geblyk dat daar beduidende gesinspatrone is wat hierdie kind in die middelkinderjare beperk. Die navorsingsvraag kon dus hieruit beantwoord word en sekere temas binne die gesin is geïdentifiseer. Wat die dimensies van gesinsfunksionering aanbetref, was daar beduidende patrone rondom affek, gedragskontrole, kommunikasie, struktuur en eksterne sisteme wat moontlik ‘n invloed op die optimale funksionering van die kind kan hê.

Die navorser kom dus tot die gevolgtrekking dat gesinsfunksionering binne hierdie gesin ‘n beduidende invloed het op die optimale funksionering van die kind in die middelkinderjare wat ‘n Bipolêre versteuring en Serebraalgestremdheid het. Met hierdie resultate in gedagte, is dit van uiterste belang dat gesinne gelei moet word in die hantering van kinders met gestremdhede om hulle tot optimale funksionering te begelei.

LYS VAN SLEUTELTERME

1. GESINSFUNKSIONERING
2. MIDDELKINDERJARE
3. BIPOLÊRE VERSTEURING
4. SEREBRAALGESTREMDHEID
5. OPTIMALE FUNKSIONERING

SUMMARY

**A SOCIAL WORK INVESTIGATION INTO FAMILY FUNCTIONING
PATTERNS WHICH LIMIT THE OPTIMAL FUNCTIONING OF THE CHILD
WITH CEREBRAL PALSY AND BIPOLAR DISORDER**

By

Susanna Johanna Kotzè

SUPERVISOR

DR CE PRINSLOO

DEPARTMENT OF SOCIAL WORK

MSD (Play Therapy)

The purpose of this research was to determine family patterns which limit the optimal functioning of the child in middle childhood with Bipolar Disorder and Cerebral Palsy.

To achieve this goal a thorough literature study was performed with regard to the child with Bipolar Disorder and Cerebral Palsy. The nature, causes and state of these two conditions in the family were investigated.

Cresswell's combined model of research namely the "dominant-less-dominant" model of investigation was used. The less dominant part of the research was quantitative where the "Hudson scale: Index of Parental Attitudes" was used. This is a standardised questionnaire that aims to measure the attitudes of parents.

The qualitative part of the research produced more information regarding the above-mentioned aspects. Unstructured interviews with the family, as well as the multi-disciplinary team currently involved with the family were conducted. The "*One shot case study*" was used to determine the significance of negative family patterns. This is an in-depth study of a single unit and required that the researcher become part of the family and family activities for a specific period of time. From this specific family, patterns were identified which limit the child with Bipolar Disorder and Cerebral Palsy to optimal functioning.

From the results it was clear that significant family patterns exist in this family which limit the child. The research question could therefore be answered and certain themes could be identified. With regard to dimensions of family functioning, significant patterns around affection, behaviour control, value transmission, structure, communication and external systems were identified which limit the child to optimal functioning.

Through this the researcher comes to the conclusion that family functioning has a significant influence on the optimal functioning of the child with an affective disorder and disability. With these results in mind, it is important that families are guided in the handling of children with affective disorders and disabilities, so that these children too, can reach optimal functioning.

KEYWORDS

1. FAMILY FUNCTIONING
2. MIDDLE CHILDHOOD
3. BIPOLAR DISORDER
4. CEREBRAL PALSY
5. OPTIMAL FUNCTIONING

INHOUDSOPGAWE

	Bladsy
Dankbetuigings	i
Opsomming	ii
Lys van sleutelterme	iv
Summary	v
List of keywords	vii
HOOFSTUK 1	
ALGEMENE INLEIDING	
1.1	2
1.2	3
1.3	5
1.3.1	5
1.3.2	5
1.4	5
1.5	6
1.6	7
1.7	7
1.8	8
1.9	9
1.9.1	9
1.9.2	10
1.9.3	11
1.9.4	11
1.10	12
1.11	13
1.12	14
1.13	17
1.14	18

	HOOFSTUK 2	19
	MIDDELKINDERJARE AS PSIGOSOSIALE ONTWIKKELINGSFASE EN DIE KIND WAT BIPOLÊRE VERSTEURING ASOOK SEREBRAALGESTREMDHEID HET	
2.1	INLEIDING	19
2.2	DEFINIËRING VAN MIDDELKINDERJARE	19
2.3	ONTWIKKELINGSTAKE VAN DIE KIND IN DIE MIDDELKINDERJARE	20
2.3.1	Fisiese ontwikkeling	20
2.3.2	Kognitiewe ontwikkeling	22
2.3.3	Morele ontwikkeling	23
2.3.4	Persoonlikheids ontwikkeling	24
2.3.5	Emosionele ontwikkeling	25
2.4	BIPOLÊRE VERSTEURING	25
2.4.1	Definiëring van Bipolêre versteuring by die kind	26
2.4.2	Tipes Bipolêre versteuring	26
2.4.3	Diagnose van Bipolêre versteuring by kinders	29
2.4.4	Struikelblokke tot die diagnose van Bipolêre versteuring by kinders	30
2.4.5	Oorsake van Bipolêre versteuring by kinders	32
2.5	SEREBRAALGESTREMDHEID	35
2.5.1	Die aard van Serebraalgestremdheid	36
2.5.2	Klassifikasie van Serebraalgestremdheid	38
2.6	DIE OORSAKE VAN SEREBRAALGESTREMDHEID	42
2.7	SAMEVATTING	43
	HOOFSTUK 3	46
	GESINSFUNKSIONERING EN DIE KIND IN DIE MIDDELKINDERJARE WAT 'N BIPOLÊRE VERSTEURING ASOOK SEREBRAALGESTREMDHEID HET	
3.1	INLEIDING	46
3.2	DEFINISIE VAN GESIN	46

3.3	KONSEPTUELE BENADERINGS TOT ONDERSOEK VAN DIE GESIN	47
3.3.1	Die Gesinslewensiklusteorie	48
3.3.2	Die Struktureel-funksionele benadering	49
3.3.3	Die Gesin-sisteembenadering	50
3.3.4	Die teoretiese benadering gebruik tydens hierdie ondersoek	51
3.4	ONTWIKKELINGSTAKE VAN DIE GESIN MET 'N KIND IN DIE MIDDELKINDERJARE	53
3.4.1	Take van ouers	53
3.4.2	Take van die gesin	54
3.5	DIE GESIN MET 'N KIND MET BIPOLÊRE VERSTEURING	55
3.5.1	Gestremdheid binne die gesin	55
3.5.2	Selfbeeld en ontwikkeling	56
3.5.3	Selfmoord	57
3.5.4	Samevattende gedagtes	58
3.6	DIE GESIN MET 'N KIND MET SEREBRAALGESTREMDHEID	58
3.6.1	Gesinsreaksies en aanpassings tot 'n kind met 'n gestremdheid	58
3.6.2	Die invloed van 'n kind met 'n gestremdheid op die gesin	61
3.7	OPTIMALE FUNKSIONERING VAN 'N KIND MET GESTREMDHEID BINNE DIE GESIN	69
3.8	SAMEVATTING	73
	HOOFSTUK 4	75
	EMPIRIESE ONDERSOEK	
4.1	INLEIDING	75
4.2	NAVORSINGSPROSES	75
4.3	AGTERGRONDINLIGTING	76
4.3.1	Gesinsamestelling	76
4.3.2	Kliniese verloop van die swangerskap, geboorte en diagnose van affektiewe versteuring en gestremdheid	77
4.4	KWANTITATIEWE DATA (INDEKS VAN OUERLIKE HOUDING)	81
4.5	KWALITATIEWE DATA (OBSERVASIE EN ONDERHOUDVOERING)	82
4.5.1	Affeksie (Emosie)	82
4.5.2	Waarde Oordrag (moreel)	86
4.5.3	Gedragkontrole	87
4.5.4	Eksterne sisteme (sosiaal)	91
4.5.5	Kommunikasie	93
4.5.6	Selfbeeld	95

4.5.7	Gesinsreaksies en aanpassing tot gestremdheid	95
4.5.8	Struktuur	96
4.6	SAMEVATTING	99
	HOOFSTUK 5	103
	SAMEVATTING, GEVOLGTREKKINGS EN	
	AANBEVELINGS	
5.1	INLEIDING	103
5.2	HOOFSTUK 1: ALGEMENE INLEIDING	104
5.2.1	Samevatting	104
5.2.2	Gevolgtrekkings	104
5.2.3	Aanbevelings	105
5.3	HOOFSTUK 2: DIE KIND IN DIE MIDDELKINDERJARE MET 'N BIPOLÊRE VERSTEURING ASOOK SEREBRAALGESTREMDHEID	106
5.3.1	Samevatting	106
5.3.2	Gevolgtrekkings	107
5.3.3	Aanbevelings	108
5.4	HOOFSTUK 3: GESINSFUNKSIONERING EN DIE KIND IN DIE MIDDELKINDERJARE MET 'N BIPOLÊRE VERSTEURING ASOOK SEREBRAALGESTREMDHEID	109
5.4.1	Samevatting	109
5.4.2	Gevolgtrekkings	110
5.4.3	Aanbevelings	111
5.5	HOOFSTUK 4: EMPIRIESE ONDERSOEK	112
5.5.1	Samevatting	112
5.5.2	Gevolgtrekkings	113
5.5.3	Aanbevelings	115
5.6	HOOFSTUK 5: TOETSING VAN DOELWITTE EN DOELSTELLING	117
5.6.1	Doelstelling	117
5.6.2	Doelwitte	118
5.7	TOETSING VAN NAVORSINGSVRAAG	119
5.8	SLOTOPMERKING	119
	BRONNELYS	120

LYS VAN TABELLE

Tabel 1	Fases van rol aanneem	23
Tabel 2	Simptome van affektiewe versteuring	30
Tabel 3	Oorsake van Serebraalgestremdheid	43
Tabel 4	Take en verantwoordelikhede ten opsigte van die behoefte van die kind in die middelkinderjare	53
Tabel 5	Regte van kinders met gestremdhede en die gepaardgaande gesinstake	54
Tabel 6	Gesinsamestelling	76
Tabel 7	Gesinseienskappe van affeksie	86
Tabel 8	Gesinseienskappe van waarde oordrag	87
Tabel 9	Gesinseienskappe van gedragskontrole	90
Tabel 10	Gesinseienskappe van eksterne sisteme	93
Tabel 11	Gesinseienskappe van kommunikasie	95
Tabel 12	Gesinseienskappe van struktuur	98

HOOFSTUK 1**ALGEMENE INLEIDING**

Die kind met 'n gestremdheid word dikwels binne gesinsverband tegemoetgegaan met onkunde, onvoorbereidheid en frustrasies deur sowel die ouers, as deur ander gesinslede. Die kind met 'n gestremdheid word hierdeur, en as gevolg van eie beperkende vermoëns, die passiewe ontvanger van meer beperkings wat op hom/haar geplaas word. Die navorser is van mening dat die kind met 'n gestremdheid steeds eie behoeftes, asook unieke potensiaal en vermoëns het wat binne die gesin erken en ontwikkel moet word. Geleentheid vir opvoeding en selfgenoegsaamheid moet binne die gesin geskep word sodat outonomie en onafhanklikheid aangemoedig kan word. So kan ook die kind met 'n gestremdheid tot selfaktualisering beweeg.

Kinders met gestremdhede verteenwoordig nie 'n homogene groep nie. Gestremdhede is baie uiteenlopend, asook die gesinsomstandighede waarbinne kinders met gestremdhede grootword. Sekere strategieë kan binne 'n gesin aangewend word wat daartoe kan bydra dat die gestremdheid van die kind beter hanteer word en die kind steeds optimale funksionering bereik. Die teendeel kan egter ook bestaan, naamlik dat die kind met die gestremdheid verder beperk word in reeds beperkende omstandighede. Indien 'n gestremdheid gepaardgaan met 'n affektiewe versteuring, kan daar aanvaar word dat die impak daarvan steeds groter is.

Bipolêre versteuring by kinders is 'n toestand wat tot onlangs nie algemeen in gesinne voorgekom het nie. Die onbekendheid van hierdie toestand kompliseer die hantering daarvan en beperk moontlik die effektiewe hantering daarvan binne die gesin. Hierdie aspekte kan tot gevolg hê dat die kind wat 'n affektiewe versteuring het, beperk word in die geleentheid tot optimale funksionering.

In hierdie hoofstuk word 'n uiteensetting van die navorsingsmetodiek wat benut is om die bogenoemde te ondersoek, gegee. Die volgende aspekte word hiertydens omsluit naamlik:

- Motivering tot die keuse van die onderwerp
- Probleemformulering

- Doelstelling en doelwitte vir die studie
- Die navorsingsbenadering
- Soort navorsing
- Die navorsingsontwerp
- Navorsingsprosedure en –werkwyse
- Die voorondersoek
- Die omskrywing van die universum, afbakening van die steekproef en die wyse van steekproefneming
- Die omskrywing van hoofkonsepte van die studie
- Die leemtes wat tydens die ondersoek ervaar is.

1.1 MOTIVERING TOT DIE KEUSE VAN DIE ONDERWERP

Eerstens is die studie gemotiveer vanuit persoonlike belangstelling ten opsigte van optimale funksionering en aspekte wat dit aanmoedig of dit beperk. Elke persoon het beperkings wat spruit uit interne of eksterne faktore. Sekere beperkings word egter op persone met beperkte vermoëns geplaas wat sodoende verdere beperkings tot gevolg het.

Die navorser het baie vrae rondom gestremdheid en die hantering daarvan gehad, naamlik:

- Het kinders met 'n gestremdheid probleme met sielkundige aanpassing?
- Wat is werklik die invloed daarvan op hulle lewenskwaliteit?
- Is daar aspekte wat die invloed daarvan op hulle lewenskwaliteit beïnvloed?
- Is daar intervensie wat 'n verskil kan maak op die langtermyn?
- Wat kan die gesin doen om die gestremdheid effektief te hanteer?
- Wat is die standaard om aanpassing by hierdie toestand te kan meet?
- Hoe kan optimale funksionering steeds bereik word by 'n persoon met 'n gestremdheid of 'n Bipolêre versteuring?

Die navorser was ook van mening dat enige kind met 'n gestremdheid unieke potensiaal en behoeftes het wat nie altyd bekend is aan die onmiddellike ondersteuningstruktuur van die kind nie. Hierdie is as gevolg van verskille in vermoëns, uitdrukking van behoeftes, verwagtings en beperkings tussen die kind en sy ondersteuningstruktuur. Die vraag het by die navorser ontstaan of die gesin die

behoefte van die kind erken, dit ontwikkel en bydra daartoe dat die kind optimaal binne beperkte vermoëns kan ontwikkel.

Die studie is ook gemotiveer vanuit die beroep van die navorser waar daar omgesien word na werkskepping en werkplasing van persone met gestremdhede. Die navorser was met tye van die uitvoer van die studie werksaam by 'n privaatinstantie wat werk skep vir persone met gestremdhede en wat ook plasing in die ope arbeidsmark doen. Werksvaardighede word gestimuleer om sodoende onafhanklikheid van die persoon aan te moedig. Dit het hieruit duidelik geword dat daar wel positiewe uitkomst is vir sommige van die persone met gestremdhede en is gesien waar suksesvolle werkplasinge gedoen is. Werksplasing is egter nie altyd moontlik nie aangesien sekere basiese vaardighede by sommige individue ontbreek. Hieruit het die vraag ontstaan van wat dit is wat sommige individue met gestremdhede in staat stel om uit te streef bo hulle beperkte vermoëns?

Die navorser is ook betrokke by Pretoria Skool vir Serebraalgestremde Kinders waar spel terapie gedoen is. Hiertydens het die navorser gevind dat van die ouers van kinders met gestremdhede die kinders beperk as gevolg van vrese wat by die ouers bestaan omtrent die gestremdheid van die kind. Hierdie waarneming is bevestig deur sielkundiges en onderwysers verbonde aan Pretoria Skool vir Serebraalgestremde Kinders. Hieruit het die vraag ontstaan of die gesin moontlik die gestremdheid van die kind in stand hou as gevolg van sekere gesinspatrone binne die gesin? Dit kan tot gevolg hê dat die kind met die gestremdheid nie optimale onafhanklikheid en funksionering bereik nie.

Die navorser is van mening dat die omstandigheid van 'n kind met 'n gestremdheid in die gesin 'n unieke situasie is wat unieke uitdagings aan die gesin stel. Patrone binne die gesin wat die kind kan beperk moet geïdentifiseer word, sodat effektiewe oerleidingprogramme ontwerp kan word om sodoende optimale ontwikkeling by die kind aan te moedig.

1.2 PROBLEEMFORMULERING

Die navorser is van mening dat sekere gesinspatrone daartoe bydra dat die toestand van 'n kind met 'n gestremdheid as stresfaktor beleef en hanteer word. Dit het tot gevolg dat die gesin die toestand met 'n vernoude perspektief benader en sodoende

veroorzaak dat die kind nie geleentheid gebied word om optimaal binne vermoëns te kan funksioneer nie.

Hierdie mening word bevestig deur Dr. Brunstrom, wat self Serebraalgestremdheid het en direkteur en ontwikkelaar is van *St. Louis Children's Hospital's Pediatric Neurology Cerebral Palsy Center*: "*There have been people all my life who thought I couldn't do things, I had to prove myself to them. I credit my parents for fostering the potential that others might not have seen*". Brunstrom en haar personeel help pasiënte om uit hulle serebraalgestremd, geïsoleerde omgewing te breek deur middel van gepaste intervensie (Schindehette & Kelly, 2001: 70).

Harper (1999:579) het die vraag beantwoord van wat dit is wat sommige individue wat Serebraalgestremd is in staat stel om vooruitgang te maak, naamlik: "...*families, friendships, those who implicitly care for you, are the key in enhancing the life of a person with a disability...*". Hieruit kom die navorser tot die definitiewe mening dat die gesin van die kind met 'n gestremdheid kan fokus op positiewe hanteringstrategieë (byvoorbeeld korttermyn doelwitte, funksionele aanpassings en aanpassingsvaardighede) om sodoende die kind met die gestremdheid te laat ontwikkel tot optimale funksionering. Dit moet egter doelbewus plaasvind.

Harper (1999:579) bevestig hierdie stelling deurdat hy van mening is dat hoewel gestremdheid deel van die samelewing is, die perspektief daaraan verbonde, verander het. Onafhanklike besluitneming deur die persoon met die gestremdheid binne die konteks van die persoon se beperkings moet aangemoedig word sodat optimale funksionering bereik kan word.

Die navorser is van mening dat beperkte navorsing gedoen is rondom hierdie kwessie en gevind dat daar beperkte literatuur rondom hierdie tema bestaan. Dit is nodig om duidelike patrone in gesinne te identifiseer wat afhanklikheid van die kind kan aanmoedig, en optimale funksionering strem. 'n Nuwe perspektief rondom optimale funksionering van persone met gestremdhede moet ontwikkel word.

1.3 DOEL VAN DIE STUDIE

1.3.1 DOELSTELLING

Om ondersoek in te stel na gesinspatrone wat die kind met 'n Bipolêre versteuring asook Serebraalgestremdheid in optimale funksionering beperk.

1.3.2 DOELWITTE

Die doelwitte van hierdie studie is om:

- Ondersoek in te stel na Bipolêre versteuring en Serebraalgestremdheid
- Ondersoek in te stel na die funksionering van 'n gesin met 'n kind in die middelkinderjare met 'n Bipolêre versteuring asook Serebraalgestremdheid
- Moontlike gesinspatrone van beperking tot optimale funksionering te identifiseer deur middel van 'n empiriese ondersoek
- Gevolgtrekkings en aanbevelings te maak met die oog op die latere ontwikkeling van 'n ouerleidingprogram aan gesinne met 'n kind met 'n affektiewe versteuring en gestremdheid.

1.4 NAVORSINGSVRAAG

Reid en Smith in De Vos (1998:116) wys uit dat daar in maatskaplikewerknavorsing soms nie genoeg aangaande 'n verskynsel bekend is om die formulering van 'n hipotese te regverdig nie. 'n Navorsingsvraag/stelling is ook meer relevant indien die navorser kwalitatief te werk sal gaan. Binne 'n verkennende ontwerp bestaan daar ook nie hipoteses nie, maar slegs 'n aanname of stelling wat geformuleer word (Garbers, 1996: 287).

Die navorsingsvraag wat vir hierdie studie geformuleer is, is:

“Bestaan daar moontlik gesinspatrone wat 'n kind met Bipolêre versteuring asook Serebraalgestremdheid tot optimale funksionering beperk?”

1.5 NAVORSINGSBENADERING

Die navorser het gebruik gemaak van 'n kombinasie van die kwalitatiewe en die kwantitatiewe navorsingsbenadering en wel by wyse van Creswell se “dominant-minder-dominante” model. Volgens De Vos (1998: 360) stel die navorser die ondersoek voor met 'n enkele, dominante paradigma met een klein komponent van die algehele ondersoek wat verkry is vanaf 'n alternatiewe benadering. Die rede hiervoor is omdat die navorser gebruik gemaak het van 'n gestandaardiseerde meetinstrument om ouerlike houding te toets, maar veral kwalitatiewe datainsamelingstegnieke benut het. Die dominante benadering waarvan gebruik gemaak is, is dus kwalitatief van aard.

Kwalitatiewe navorsing het ten doel om die subjektiewe ervarings en belewenisse van die gesin wat 'n kind met 'n gestremdheid het, te ondersoek. Die navorser is van mening dat gestandaardiseerde, kwantitatiewe metodes alleenlik nie hiervoor geskik sal wees nie. Dit word bevestig deur Mouton & Marias in De Vos (1998:15) wat van mening is dat die prosedures in kwalitatiewe navorsing nie so streng geformaliseerd is nie en poog om eerder 'n eerstehandse, holistiese begrip van 'n verskynsel te verkry.

Ook Cresswell (1998:15) bevestig die benutting van die kwalitatiewe benadering en bied die volgende definisie van kwalitatiewe navorsing:

“Qualitative research is an inquiry process of understanding based on distinct methodological traditions of inquiry that explore a social or human problem. The researcher builds a complex, holistic picture, analyzes words, reports, detailed views of informants and conducts the study in a natural setting.”

Nog 'n rede vir die benutting van die kwalitatiewe benadering is omdat die data hoofsaaklik verkry is van onderhoude, observasie en dokumentasie van mediese-, fisioterapeut-, arbeidsterapie-, sielkundige- en skoolverslae.

Die minder dominante benadering waarvan die navorser gebruik gemaak het, is kwantitatief van aard. Leedy in De Vos (1998: 15) definieer kwantitatiewe navorsing as 'n metodologie wat hoofsaaklik numeriese data omvat. Mouton & Marais in De

Vos (1998:15) meen dat 'n kwantitatiewe benadering meer geformaliseerd is en meer eksplisiet gekontroleer word. Die navorser het gebruik gemaak van die "Hudson Skaal: Indeks van Ouerlike Houding", 'n gestandaardiseerde meetinstrument wat ouerlike houding meet. Sodoende is geldige en betroubare inligting verkry wat toepaslik en aanvullend tot die kwalitatiewe resultate aangewend kon word.

1.6 SOORT NAVORSING

Arkava & Lane (1983:12) klassifiseer navorsing as basies of toegepas. Neuman (1997:21) beskryf basiese navorsing as navorsing wat fundamentele kennis aangaande die sosiale wêreld uitbrei en fokus op teorieë hieroor. In teenstelling hiermee fokus toegepaste navorsing minder op teorieë en meer op antwoorde tot praktykprobleme. Clover (1990:18) meen dat toegepaste navorsing probleemgeoriënteerd is, omdat dit uitgevoer word met die doel om spesifieke probleme op te los.

Die soort navorsing waarvan daar in hierdie ondersoek gebruik gemaak is, is toegepaste navorsing aangesien daar gepoog is om beginsels rondom die hantering van die kind met 'n gestremdheid binne die gesin vir 'n latere studie te ontwikkel.

Tydens hierdie studie is die toestand van die gesin met 'n kind in die middelkinderjare met 'n Bipolêre versteuring asook Serebraalgestremdheid ondersoek. Inligting wat hieromtrent verkry is kan tot verdere studie en die ontwikkeling van programme vir gesinne geraak deur ooreenkomstige omstandighede en beperkings lei.

1.7 NAVORSINGSONTWERP

Tydens hierdie ondersoek is daar van 'n verkennende ontwerp gebruik gemaak. Volgens Bless & Higson-Smith (1995:42) is die doel van hierdie navorsing om insig in 'n verskynsel, situasie, gemeenskap of 'n persoon te verkry. Die behoefte tot so 'n studie ontstaan vanuit te min kennis rondom 'n nuwe area van belangstelling. Bevestigend hiertoe meen Dane (1990:5) dat 'n verkennende ontwerp gebruik word om te bepaal of 'n verskynsel bestaan al dan nie.

Volgens Mouton & Marais in De Vos (1998: 124) is die doel van 'n verkennende ontwerp om 'n relatief onbekende navorsingsarea te verken. Die doel van so 'n ontwerp kan wees om:

- Nuwe insigte in 'n verskynsel te kry
- Vooraf ondersoek in te stel voordat 'n meer gestruktureerde studie onderneem sal word
- Sentrale konsepte en konstrukte te verduidelik
- Prioriteite vir verdere navorsing daar te stel
- Nuwe hipoteses aangaande 'n bestaande verskynsel te vorm.

Die navorser het gepoog om insig te verkry in die funksionering van 'n gesin met 'n kind met 'n gestremdheid. Hieruit is bepaal of daar patrone binne hierdie gesin bestaan wat die gestremdheid van die kind in stand hou, eerder as om dit te oorkom.

1.8 NAVORSINGSPROSEDURES EN WERKWYSE

Die navorsingsprosedure waarvan gebruik gemaak is, is die '*One-shot case study*'. Hierdie is 'n prosedure wat benut word tydens 'n verkennende ontwerp. De Vos (1998: 124) beskryf hierdie prosedure as 'n strategie waar 'n enkele eenheid binne 'n spesifieke tydsraamwerk deeglik beskryf word.

Volgens Bless & Higson-Smith (1995:68) word daar van hierdie tipe ondersoek gebruik gemaak om te bepaal of 'n gebeurtenis enige invloed op 'n groep/eenheid het. De Vos (1998:125) meen verder dat 'n eenheid 'n individuele geval, 'n gesin, groep, welsynsorganisasie of 'n gemeenskap kan insluit. Daar word aanvaar dat 'n deeglike beskrywing van so 'n eenheid die navorser in staat sal stel om insigte, idees, vrae en hipoteses vir verdere navorsing te ontwikkel.

Enige tipe prosedure is volgens de Vos (1998:125) geskik om data in te samel. Data word egter meestal ingesamel deur middel van observasie binne onderhoude met die spesifieke eenheid en vanaf beskikbare dokumente.

Tydens hierdie ondersoek het die navorser gebruik gemaak van die "Hudson skaal: Indeks van Ouerlike Houding" – 'n gestandaardiseerde kwantitatiewe meetinstrument. Die rede hiervoor was om 'n wetenskaplik getoetste skaal te benut om die houding van die ouer teenoor die kind te toets. Hierdie data is geanaliseer

deur middel van 'n gestandaardiseerde riglyn van data-analise wat saam met die skaal aangekoop word.

Verder het die navorser 'n in-diepte kwalitatiewe ondersoek gedoen wat oor 'n sekere tydperk plaasgevind het. Vir hierdie doeleindes het die navorser gebruik gemaak van ongestruktureerde observasie – waar die gesin op 'n uitstappie was, of by die huis gesamentlik iets gedoen het. Ongestruktureerde onderhoude het gefokus op die subjektiewe belewenis van die gesin. Dit het meer as een keer gebeur om sodoende die invloed wat die teenwoordigheid van die navorser op die respondente kon hê, te beperk. Mediese-, sielkundige-, fisioterapeut-, arbeidsterapie- en skoolverslae is ook benut om mediese agtergrond omtrent die gestremdheid te verkry. Onderhoude is gevoer met die multi-dissiplinêre span wat tans by die gesin betrokke is om sodoende geldige mediese agtergrond tot anker vir die ondersoek te bied.

Data-analise in kwalitatiewe navorsing is 'n meer gekompliseerde taak en verg kreatiwiteit. Volgens De Vos (1998:334) moet hierdie data korrek bestuur word sodat rekord gehou kan word van beskikbare data sodat die studie verifieërbaar en herhaalbaar gemaak kan word. Die navorser het gebruik gemaak van Schurink in De Vos (1998:335) se aanbevelings ten opsigte van die storing van data, naamlik:

- Meesterlêers wat alle veldnotas omtrent die onderhoude of observasies hou en volgens datum gekategoriseer word
- Agtergrondlêers wat bestaan uit veldnotas wat gedurende die verloop van die navorsing ingesamel is
- Analitiese lêers wat benut is om nuwe data te lees en in die identifisering van temas en konsepte te help.

Die navorser is van mening dat insig wat verkry is tydens hierdie studie rondom gesinspatrone wat gestremdheid van 'n kind in stand hou, verdere navorsing kan toelaat om moontlike hipoteses en vrae hieromtrent te ondersoek.

1.9 VOORONDERSOEK

1.9.1 LITERATUURSTUDIE

Volgens Arkava & Lane (1989:25) het 'n literatuurondersoek drie funksies:

- Eerstens openbaar dit of iemand anders reeds al dieselfde tipe navorsing op 'n vorige stadium gedoen het
- Tweedens voorsien dit beter insig in die kompleksiteit van die probleem
- Derdens bied dit aan die navorser 'n deeglike uiteensetting van die stappe wat in die ondersoek gevolg word.

'n Literatuurstudie is gedoen rondom sowel algemene mediese inligting omtrent Serebraalgestremdheid, as Bipolêre versteuring. Verder is 'n literatuurondersoek ook gedoen rondom die kind in die middelkinderjare wat 'n affektiewe versteuring of gestremdheid het, en die invloed daarvan op die gesin. Hierdeur kon die navorser haar navorsingsvraag motiveer en ondersteun. Die navorser het gebruik gemaak van die Akademiese Inligtingsdiens van die Universiteit van Pretoria se Inligtingkundige om hierdie ondersoek te doen.

Uit die bogenoemde kennis wat verkry is rondom die invloed van 'n kind met 'n gestremdheid op die gesin is moontlike patrone geïdentifiseer wat veroorsaak dat die gestremdheid van die kind in stand gehou eerder as oorkom word. Die navorser is van mening dat in 'n ondersoek waar daar beperkte literatuur rondom die onderwerp bestaan, konsultasie met kundiges van uiterste belang is. Die navorser het dus van beskikbare literatuur gebruik gemaak, hoewel konsultasie met kundiges 'n groot deel van die ondersoek uitgemaak het.

1.9.2 KONSULTASIE MET KUNDIGES

Vir die doeleindes van hierdie ondersoek is daar met kundiges gekonsulteer om sodoende die bestaande kennis rondom die toestand van gestremdheid binne die gesin te ondersoek.

Die volgende kundiges is geraadpleeg:

- Mev. E. Steenkamp, Opvoedkundige Sielkundige van Pretoria Skool vir Serebraalgestremdes. Sy ken die geskiedenis van hierdie gesin asook die uitdagings waarmee hierdie gesin gekonfronteer word. Sy is van mening dat definitiewe patrone van beperking by hierdie gesin betrokke is.

- Dr. P. Erasmus, Pediater by Moot Hospitaal. Hy is die Pediater wat van die begin af betrokke was by hierdie gesin.
- Mev. M. Visser, onderwyseres by Pretoria Skool vir Serebraalgestremde kinders. Sy ken die gesin ook baie goed en kon ook patrone van beperkings by hierdie gesin identifiseer.
- Mev. N. Brits, Fisioterapeut by Pretoria Skool vir Serebraalgestremde kinders. Sy werk daagliks met K (die kind wat Bipolêre versteuring en Serebraalgestremdheid het), weet waartoe hy in staat is, ken sy gestremdheid en is bewus van die beperkings wat op hom geplaas word.

Uit die menings van al die bogenoemde professies het dit duidelik na vore gekom dat patrone van beperking dikwels in gesinne met kinders met gestremdhede voorkom.

1.9.3 UITVOERBAARHEID VAN DIE ONDERSOEK

Praktiese werk is voor die aanvang van die ondersoek deur die navorser gedoen by Pretoria Skool vir Serebraalgestremdes waar speltherapie gedoen is met onder andere 'n seun in die middelkinderjare, wat sowel 'n Bipolêre versteuring as 'n Serebraalgestremdheid het. Daar is toe reeds 'n verhouding met hierdie gesin gebou voordat die ondersoek 'n aanvang geneem het. Die moeder van die kind het ook die behoefte uitgespreek dat sy graag leiding sal wil ontvang rondom die hantering van die kind binne die gesin, aangesien sy self van mening is dat die kind binne die gesin beperk word as gevolg van sy toestand en die hantering daarvan binne die gesin.

Aangesien die navorser se werksomstandighede van so aard was dat dit plek gelaat het vir die navorser se studies, was dit tydensgewys uitvoerbaar. Baie van die onderhoude en observasies het na-ure plaasvind wat dit meer tyds-effektief gemaak het.

Die geldelike implikasies was beperk.

1.9.4 TOETSING VAN DIE VRAELYS/MEETINSTRUMENT

Aangesien daar gebruik gemaak is van 'n gestandaardiseerde meetinstrument waarvan die geldigheid en betroubaarheid reeds getoets is, het die navorser nie die meetinstrument getoets nie.

1.10 OMSKRYWING VAN DIE UNIVERSUM, AFBAKENING VAN DIE STEEKPROEF EN WYSE VAN STEEKPROEFNEMING

Die universum van hierdie studie het bestaan uit gesinne wat 'n kind in die middelkinderjare met 'n Bipolêre versteuring asook Serebraalgestremdheid het.

Tydens hierdie '*one shot case study*' is daar van doelgerigte steekproefneming gebruik gemaak. Volgens De Vos (1998: 125) kies die navorser gevalle wat op kontrasterende ervarings dui wat tot die ontwikkeling van nuwe idees en insigte sal lei. Hierdie outeur is verder van mening dat daar in hierdie geval eerder 'n belangstelling sal wees in ekstreme gevalle as in meer "normale" of "gewone" gevalle.

Daar is gebruik gemaak van 'n nie-waarskynlikheidsteekproef deur middel van doelgerigte steekproefneming. Volgens Neuman (1997: 206) is doelgerigte steekproefneming 'n aanvaarbare wyse van steekproefneming in spesiale gevalle. Die oordeel van die navorser word gebruik om gevalle te selekteer indien die navorser 'n spesifieke doel voor oë het. Hierdie outeur is verder van mening dat doelgerigte steekproefneming toepaslik is in drie situasies:

- 'n Navorser benut dit om unieke gevalle te selekteer wat spesifieke inligting sal weergee
- Waar lede van 'n spesifieke populasie moeilik bereikbaar is
- Indien 'n navorser spesifieke gevalle wil identifiseer vir 'n in-diepte ondersoek.

De Vos (1998: 198) meen dat doelgerigte steekproefneming totaal afhanklik is van die oordeel van die navorser. Hierdie steekproef is saamgestel uit elemente wat die mees verteenwoordigendste is van die universum.

Die kriteria wat die navorser gebruik het vir seleksie is 'n gesin met nege tot dertienjarige kinders, wat sowel 'n Bipolêre versteuring as 'n Serebraalgestremdheid het en wat ouers het wat betrokke is by die skool en by terapie.

Die tydperk waarbinne hierdie navorsing plaasgevind het was vanaf Junie 2002 tot Oktober 2002.

1.11 ETIESE KWESSIES

Skade aan eksperimentele respondente

Voor hierdie ondersoek plaasgevind het, het die navorser versekering van sowel fisiese as emosionele veiligheid aan die gesin gegee. Geen aspekte het voorgekom wat skade aan eksperimentele respondente berokken het nie (Strydom, 1998:25).

Ingeligte toestemming

Die navorser het voor die aanvang van die ondersoek die presiese doel van die ondersoek aan die gesin bekend gemaak. Die navorser het aan die gesin duidelik gemaak dat die ondersoek 'n moontlike emosionele gevaar vir hulle inhou deurdat dit hulle bewus kan maak van eie beperkings, of moontlike beperkings wat hulle op die kind met die gestremdheid plaas. Dit kan egter ook voordelig wees deurdat hulle kan leer uit dit wat hulle sien verkeerdlik hanteer is in die verlede. Die navorser het op geen wyse misbruik gemaak van die gesin nie. Dus is die gesin nie mislei deur verkeerde inligting wat gegee is nie (Strydom, 1998:25-26).

Skending van privaatheid

Die navorser het aan die gesin duidelik gemaak dat hulle privaatheid vir 'n tydperk geskend sal word, maar dat dit slegs sal plaasvind met hulle medewete en dat die inligting altyd konfidensieël sal bly. Hoewel die navorser gebruik gemaak het van geskrewe dokumentasies, is name nooit bekend gemaak nie. Slegs die resultate van die ondersoek is bekendgemaak en die gesin is aan die einde van die ondersoek ingelig omtrent die bevindings (Strydom, 1998:27-28).

Aksies en bevoegdheid van navorser

Aangesien die navorser met mense met gestremdhede werk, 'n opgeleide maatskaplike werker is, teorie van MSD (Speltherapie) reeds suksesvol voltooi het en ook speltherapie gedoen het met kinders met gestremdhede, het die navorser oor relevante kennis en vaardigheid beskik om hierdie ondersoek uit te voer.

Indien dit sou gebeur het dat sensitiewe en potensieel skadelike inligting verkry is, sou die navorser nie as terapeut ingetree het nie, maar dit terugverwys het na die skool toe. 'n Gesamentlike onderhoud is by die skool gehou saam met die ma waar aanbevelings deur die sielkundige en onderwyser aan die gesin gemaak is.

Die gesin was deurentyd bewus daarvan dat navorsing gestaak sou word indien hulle dit sou verkies (Strydom, 1998:30).

Bekendmaak of publikasie van bevindings

Die bevindings is anoniem in die vorm van 'n skripsie op 'n objektiewe en akurate wyse bekendgemaak. Die tekortkominge van die ondersoek is ook duidelik uitgebeeld. (Strydom, 1998:32). Hierdie bekendmaking is aan die hand van die voorgeskrewe riglyne van die Departement Maatskaplike Werk, Universiteit van Pretoria, gedoen.

Herstel van respondente

In geval waar wanpersepsies omtrent ouerlike vaardigheid of die hantering van die gestremdheid by die gesin ontstaan het, het die navorser dit met die gesin hanteer en versekering gegee dat hulle as gesin steeds goed is vir die kind en dat krisisse nie hieruit hoof te ontstaan nie. Aspekte in verband hiermee kan met die sielkundige hanteer word indien dit nodig sou wees. (Strydom, 1998:33).

1.12 DEFINISIES VAN HOOFKONSEPTE

Serebraalgestremdheid

Serebraalgestremdheid word 'serebrale parese' genoem en word in die Mediese Woordeboek (1993:520) as 'n ontwikkelingsabnormaliteit van die brein beskryf wat lei tot 'n swakheid en inkoördinasie van die ledemate. Volgens die Wêreldkommissie vir Serebraalgestremdes, aanvaar volgens Woods in Germishuys (1991:4), word

Serebraalgestremdheid gesien as “...a persistent but not unchanging disorder of posture and movement due to a disfunction of the brain, present before its growth and development are completed.”

Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat Serebraalgestremdheid ontstaan tydens die geboorteproses waar daar 'n fout ontstaan by die brein. Sekere dele van die brein ontwikkel dan nie optimaal nie en simptome soos inkoördinasie, wanbalans en spastisiteit is dan by die persoon teenwoordig. Die voorkoms hiervan wissel egter van persoon tot persoon.

Bipolêre Versteuring

Hammes (2000:1) bied die volgende vereenvoudigde beskrywing van Bipolêre versteuring. Volgens hom is Bipolêre versteuring 'n vorm van depressie wat vroeër maniese depressie genoem is. Hierdie tipe depressie kom nie so algemeen voor soos ander vorme van depressie nie.

Bipolêre versteuring omvat episodes van sowel depressie as episodes van manie. Somtyds is gemoedsveranderinge dramaties en vinnig, maar meestal geleidelik. Indien die persoon in die depressiewe fase is, mag sommige of al die simptome van 'n gewone depressie ondervind word. Indien die persoon in die maniese fase is, word sommige of al die simptome van manie ondervind. Manie affekteer denke, oordeel en sosiale gedrag op wyses wat sowel ernstige probleme as verleentheid kan veroorsaak. Bipolêre versteuring is gewoonlik 'n kroniese, herhalende toestand (Hammes, 2000:1).

Volgens NAMI (*Nations Voice on Mental Illness*) is Bipolêre versteuring by kinders ervarings wat wissel van episodes van gevoelens van hoogtes (manie) tot ernstige gevoelens van laagtepunte (depressie). Die verskil in Bipolêre versteuring by kinders is dat hulle vinnige veranderinge beleef (www.nami.org).

Die navorser kom uit die bogenoemde tot die gevolgtrekking dat Bipolêre versteuring 'n gemoedsversteuring is wat anders is by kinders as by volwassenes. Dit presenteer as ernstige veranderinge in die gemoedstoestand van die kind wat wissel van gevoelens van manie tot skielike gevoelens van depressie.

Middelkinderjare

Die tydperk tussen ongeveer die sesde en twaalfde lewensjare staan algemeen bekend as die middelkinderjare (Louw, Ede & Louw, 1998:326). Freud verwys na die hierdie tydperk as die jare van *psigoseksuele latentheid* en Erikson noem dit die tydperk van *arbeidsaamheid teenoor minderwaardigheid*.

Volgens die navorser is die kind in die middelkinderjare die primêre skoolkind wat gewoonlik tussen die ouderdom van ses en twaalf jaar is.

Gesin

Volgens Schaefer (1986:303) is die gesin 'n instelling wat teenwoordig is in alle kulture. Die organisering van die gesin kan baie verskil, maar daar is sekere algemene beginsels wat teenwoordig is in alle gesinsvorme.

Bogenoemde outeur verwys na twee tipes gesinsvorme naamlik 'n *kerngesin* en 'n *uitgebreide gesin*. 'n Kerngesin is 'n getroude paar en hulle kinders wat saamwoon. 'n Gesin waar ander familieledede saam met die ouers en die kinders woon, is 'n uitgebreide gesin.

Copeland & White in Drenth (1991:13) meen dat hoewel daar nie vaste reëls bestaan van wat 'n gesin is nie, daar sekere gemeenskaplike eienskappe binne gesinne is:

- Gesinne het 'n gedeelde geskiedenis. Hierdie geskiedenis strek oor generasies en omsluit etniese of kulturele waardes
- Gesinne het 'n gedeelde toekoms
- Sommige lede van die gesin het 'n gedeelde biologiese raamwerk
- Gesinne het 'n ingeboude magshiërgie wat bepaal word deur die rolle van die ouers en die kinders.

Benokraitis (1999:3) meen dat 'n gesin tradisioneel beskou is as 'n eenheid wat saamgestel is uit twee of meer mense wat verwant is aan mekaar deur bloed, die huwelik of aanneming, wat saam leef, 'n ekonomiese eenheid vorm en kinders kry en grootmaak.

Vir die doeleindes van hierdie ondersoek is die gesin beskou as 'n eenheid wat saamleef en 'n ekonomiese verbintenis het, waar kinders verwek en grootgemaak word.

1.13 LEEMTES TYDENS DIE ONDERSOEK

Tydens die ondersoek het bepaalde leemtes gemanifesteer, naamlik:

- Soos reeds genoem, bestaan daar beperkte literatuur rondom die toestand van beide 'n affektiewe versteuring en gestremdheid by die kind. Die navorser kon geen literatuur vanuit 'n maatskaplikewerkspektief opspoor nie. Optimale funksionering van persone met gestremdhede is ook nie nagevors binne Suid-Afrika nie. Hierdie inligting is nog minder beskikbaar ten opsigte van ander kulturele groepe. Die navorser moes dus meestal gebruik maak van literatuur in die buiteland. Die navorser hoop dat hierdie ondersoek sal lei tot 'n breër kennisbasis rondom die optimale funksionering van persone met gestremdhede.
- Die aard van die ondersoek het vereis dat slegs 'n enkele eenheid binne 'n spesifieke tydsraamwerk ondersoek moes word. Die rede hiervoor is dat die navorsing verkennend van aard is en die begin is van verdere navorsing in hierdie verband. Die insigte wat hier verkry is wat dui op beduidende beperkings as gevolg van gesinspatrone kan dus nie van toepassing gemaak word op alle gesinne wat kinders met affektiewe versteurings en/of gestremdhede het nie. Die inligting is egter waardevol deurdat die bewustheid geskep word dat alle persone behoefte het tot optimale funksionering en dat dit die taak en verantwoordelikheid van die gesin is om dit te help verwesenlik.
- Die gebruik van die "Hudson Skaal: Indeks van Ouerlik Houding" vir die meet van ouerlike houding kan moontlik beperkend wees in die opsig dat die vrae soms misleidend kan wees en ook omdat daar sewe responskategorieë is wat moontlik deur die haastige persoon nie deeglik oorweeg word nie met die gevolg dat die antwoord wat gegee word eintlik 'n ander respons verteenwoordig.

- Die vader se samrwerking is nie geredelik gekry nie. Hoewel hy nooit die navorser ingeperk het tot deelname van ander gesinslede nie, het hy nooit vrywillig sy eie samewerking aangebied nie. Hierdie onbetrokkenheid van die pa het duidelik na vore gekom tydens die empiriese ondersoek en is ook geïdentifiseer as beperkend tot die ontwikkeling van die kind.

1.14 INDELING VAN NAVORSINGSVERSLAG

- 'n Algemene inleiding en uiteensetting van die navorsingsmetedologie is in Hoofstuk Een vervat.
- Hoofstuk Twee handel oor die kind in die middelkinderjare wat 'n Bipolêre versteuring asook Serebraalgestremdheid het.
- Hoofstuk Drie vervat inligting omtrent die gesinsfunksionering en die invloed wat 'n Bipolêre versteuring asook Serebraalgestremdheid op die gesin het.
- 'n Ondersoek wat op die persoonlike ervarings en opinies van gesinslede staatmaak, behoort 'n volledige inleiding te bied tot die gesin en die beperkende omstandighede binne die gesin. In Hoofstuk Vier is 'n volledige uiteensetting gebied van die kliniese gebeure in die gesin. Sodoende is die studie geanker tot 'n vaste punt van verwysing. Al die name van die gesinslede is verander om sodoende die gesin se anonimiteit te verseker.
- Hoofstuk Vyf omvat 'n volledige samevatting en aanbevelings.

HOOFSTUK 2

MIDDELKINDERJARE AS PSIGOSOSIALE ONTWIKKELINGSFASE EN DIE KIND MET BIPOLÊRE VERSTEURING ASOOK SEREBRAALGESTREMDHEID

2.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word daar aandag gegee aan die tydperk van die middelkinderjare. As gevolg van die aard van hierdie navorsingsprojek sal die bespreking van die middelkinderjare as psigo-sosiale ontwikkelingsfase spesifiek fokus op die ontwikkeling van die seun in die middelkinderjare.

Bipolêre versteuring en Serebraalgestremdheid by die kind in die middelkinderjare is ondersoek. Hierdie twee toestande is as gevolg van die uiteenlopende aard daarvan afsonderlik ondersoek en bespreek. Alhoewel hierdie twee toestande nie algemeen saam voorkom nie vereis die aard van die navorsingsprojek dat hierdie toestande deeglik ondersoek word en in verband gebring word met die ontwikkeling en funksionering van die kind in die middelkinderjare.

Die middelkinderjare is 'n fase wat gekenmerk word as 'n relatiewe latente periode van ontwikkeling. Belangrike mylpale moet egter bereik word. Waar hierdie tydperk gepaardgaan met sowel 'n affektiewe versteuring as 'n Serebraalgestremdheid word normale funksionering en ontwikkeling ernstig beïnvloed.

2.2 DEFINIËRING VAN MIDDELKINDERJARE

Kinders tussen die ouderdomme van ses tot twaalf jaar val binne die fase van die middelkinderjare. Tydens hierdie periode ervaar kinders baie veranderinge in fisiese en kognitiewe ontwikkeling. Hulle het meer beheer oor hulle liggame en kan meer komplekse kennis hanteer (Irwin & Simons, 1994:200). Freud verwys na hierdie tydperk as die jare van psigoseksuele latentheid en Erikson noem dit die tydperk van arbeidsaamheid teenoor minderwaardigheid (Louw, Ede & Louw, 1998:326).

Vir die doeleindes van hierdie ondersoek word die kind in die middelkinderjare beskou as die primêre skoolkind wat gewoonlik tussen die ouderdom van ses en

twalf jaar is. Volgens Louw, Ede & Louw (1998: 326) stem sielkundiges saam dat hierdie tydperk relatief rustig is wat die fisiese ontwikkeling van die kind aanbetref, maar dat hierdie tydperk belangrik is vir die kind se kognitiewe, sosiale, emosionele en selfkonepontwikkeling.

Vervolgens word daar gekyk na die ontwikkelingstake van die kind in die middelkinderjare.

2.3 ONTWIKKELINGSTAKE VAN DIE KIND IN MIDDELKINDERJARE

Elke ontwikkelingsfase in die lewensiklus van die mens is onderworpe aan ontwikkelingstake wat vir die suksesvolle oorgang na die volgende fase bemeester moet word. Volgens Louw, Ede & Louw (1998:326) moet die kind die volgende ontwikkelingstake tydens die middelkinderjare bemeester:

- Verdere verfynde motoriese ontwikkeling
- Die vaslegging van geslagrolidentiteit
- Ontwikkeling van verskeie kognitiewe vaardighede
- Die uitbreiding van kennis
- Uitbreiding van sosiale deelname
- Die ontwikkeling van groter selfkennis
- Die verdere ontwikkeling van morele oordeel en gedrag.

Die fisiese-, kognitiewe-, morele-, persoonlikheids- en emosionele ontwikkeling van die kind in die middelkinderjare word vervolgens bespreek.

2.3.1 Fisiese ontwikkeling

Die fisiese ontwikkeling van die kind in die middelkinderjare vind stadiger plaas as in die vorige fases. Volgens Specht & Grace (1982:144) het die kind in die middelkinderjare baie energie om die geleentheid te verskaf om krag, koördinasie en fleksibiliteit te ontwikkel. Balans word ontwikkel, hand-oog koördinasie word verbeter en spoed word ook verbeter. Louw, Ede & Louw (1998:329) wys ooreenstemmend hiermee uit dat die aanleer en verfyning van 'n verskeidenheid van psigomotoriese

vaardighede een van die uitstaande ontwikkelingskenmerke is tydens die middelkinderjare.

Daar is nie 'n vinnige ontwikkeling van fisiese groei soos in die voorskoolse jare nie en soos wat daar tydens adolessensie sal wees nie. Die meeste liggaamlike veranderinge wat plaasvind sal geleidelik wees en motoriese vaardighede sal ook geleidelik ontwikkel (Specht & Grace, 1982:144).

Turner & Helms (1995:300) meen dat die volgende fisiese veranderinge tydens die middelkinderjare plaasvind:

- Verandering in proporsie en voorkoms: Ten spyte van die stadige en geleidelike aard van fisiese verandering tydens die middelkinderjare, is dit 'n tyd wanneer meeste kinders hulle baba-eienskappe verloor.
- Spier-, skedel - en orgaanontwikkeling: Spiergroei is geneig om vinnig plaas te vind. Die spier verander in samestelling en raak meer geheg aan die been. Die spier bly egter met tye onvolwasse in funksie. Die proses van beenontwikkeling duur voort totdat die individu ongeveer twintig jaar oud is. Die groei van bene is vinniger as die groei van spiere en ligamente. Hierdie groei gaan dikwels gepaard met spierpyne aangesien die ontwikkelende spiere probeer om met die verhoogde beengrootte op te vang.

'n Belangrike aspek wat Louw, Ede & Louw (1998:330) uitwys, is dat fisiese en motoriese ontwikkeling ook bevorderlik is vir ander fasette van persoonlikheidsontwikkeling. Kognitiewe ontwikkeling word beïnvloed deur die aanleer van vaardighede soos skryf, teken en speel van musiekinstrumente. Sosiale ontwikkeling word bevorder deur deelname aan individuele- en spansporte.

Fisiese ontwikkeling tydens die middelkinderjare speel dus ook 'n belangrike rol in die ontwikkeling van ander fasette van die kind se leefwêreld aangesien fisiese ontwikkeling geleentheid bied tot die ontdekking van sosiale en kognitiewe vaardighede.

2.3.2 Kognitiewe ontwikkeling

Kinders in die middelkinderjare het 'n toenemende leerpotensiaal. Baie van hulle kognitiewe, taal en perseptueel-motoriese vaardighede raak volwasse en toenemend aanpasbaar ten opsigte van koördinasie (Specht & Grace, 1982:145).

Piaget definieer hierdie periode as die konkreet operasionele periode waar die vermoë bestaan om beter te memoriseer, logika van klasse en verhoudings te hê, getalle te verstaan en konkrete denke te hê. Die ontwikkeling van omkeerbaarheid in gedagtes bestaan ook (Lefrancois, 1995:401).

Kinders in die middelkinderjare se kognitiewe ontwikkeling vind dus vinnig plaas en baie verandering tree in werking wat abstrakte en konkrete denke aanbetref.

2.3.2.1 Operasionale denke

Tydens die middelkinderjare het kinders die vermoë tot operasionele denke deurdat simbole benut kan word om handeling uit te voer. Dit kan verstandelike aktiwiteite wees wat anders is as slegs fisiese aktiwiteite soos gedurende die vroeër stadiums. Logika word vir die eerste keer moontlik. Klassifikasie is makliker, daar kan met getalle gewerk word, konsepte van tyd en ruimte word begryp en realiteit kan van fantasie onderskei word (Papalia & Olds, 1992:249).

Bogenoemde outeurs is ook van mening dat kinders tydens hierdie fase minder egosentriek is deurdat alle aspekte van 'n situasie in gedagte geneem kan word.

Kinders in die middelkinderjare besef dus dat fisiese handeling omkeerbaar is, en verskillende standpunte word verstaan.

2.3.2.2 Konservasie

Tydens die fase van die middelkinderjare het kinders die vermoë om operasionele denke uit te voer. Volgens Papalia & Olds (1992:249) is operasionele denke die vermoë om te erken dat twee gelyke hoeveelhede dieselfde bly – in hoeveelheid, gewig, of volume – so lank as wat niks bygevoeg of weggevat word nie. Die gewig

bly steeds dieselfde indien die vorm van die voorwerp verander, en die volume asook die hoeveelheid is steeds dieselfde indien dit in 'n ander houer gegooi word.

Opsommend meen Specht & Grace (1982:143) dat die middelkinderjare die tydperk is om ingerig te raak en te bou op patrone wat reeds gevorm is. Dit is 'n tydperk waar nuwe vaardighede aangeleer word en waar vaardighede wat reeds aangeleer is, verfyn word. Kinders fokus daarop om hulself te toets, om hulle eie uitdagings te ontmoet asook uitdagings wat deur die omgewing gestel word.

Kinders wat hierin suksesvol is, sal moontlik groei tot meer bevoegde en selfversekerde persone. Kinders wat hierin onsuksesvol is sal gevoelens van minderwaardigheid ontwikkel.

2.3.3 Morele ontwikkeling

Die ontwikkeling van moraliteit by die kind is 'n komplekse proses en vind saam met ander aspekte van ontwikkeling plaas by die kind. Papalia & Olds (1992:251) is van mening dat die mees invloedryke verduideliking van morele ontwikkeling die is dat morele waardes in 'n rasonale proses tesame met kognitiewe groei ontwikkel. Tabel 1 dui die proses van morele ontwikkeling by die kind aan:

Tabel 1 Fases van rol aaneem (Papalia & Olds,1992:251)

Fase	Ouderdom	Ontwikkeling
0	4-6	Kind dink dat eie opinie die enigste is wat moontlik is.
1	6-8	Kind kom agter dat ander se interpretasie anders is van eie.
2	6-10	Kind erken dat ander se sienswyses verskil en dat ander bewus is daarvan dat hy/sy 'n sekere sienswyse het. Kind verstaan die belangrikheid daarvan om ander te laat verstaan dat hulle vereistes nie geignoreer om vergeet is nie.
3	10-12	Kind kan 'n derde persoon se perspektief indink, kan verskeie perspektiewe indink.
4	Adolesensie	Persoon kom agter dat kommunikasie nie altyd konflik herstel nie.

Volgens Irwin & Simons (1994:211) het Piaget (1932) twee fases van morele ontwikkeling voorgestel, naamlik die moraliteit van beperking en die moraliteit van samewerking. Die moraliteit van beperking is 'n rigiede moraliteit waar gedrag geoordeel word as totaal reg of totaal verkeerd. Reëls word gesien as heilig en onbreekbaar en oortredings as dat dit gestraf moet word.

Gedurende skoolgaande jare beweeg kinders weg van rigiede morele konsepte af na die tweede, meer buigbare fase naamlik die moraliteit van samewerking. Kinders oordeel gedrag in terme van intensies eerder as op grond van die gevolge van die gedrag (Irwin & Simons, 1994:211).

Gilligan het voorgestel dat seuns geneig is om sosiale verhoudings te organiseer in hierargiese orde en dat hulle gebruik maak van die moraliteit van regte. Dogters plaas meer klem op interpersoonlike verbintenisse deur middel van versorging, sensitiwiteit en verantwoordelikheid (Irwin & Simons, 1994:214).

Uit die bespreking rondom die ontwikkeling van moraliteit by die kind is dit dus duidelik dat die kind in die middelkinderjare bewus raak daarvan dat ander mense ook 'n opinie het en dat sy opinie nie die enigste is nie.

2.3.4 Persoonlikheidsontwikkeling

Freud (1905) het kinders in die middelkinderjare in die latente fase van psigoseksuele persoonlikheidsontwikkeling geplaas. Volgens Freud is die id tydelik onderdruk wat tot gevolg het dat daar 'n vermindering is in seksuele en aggressiewe konflikte. Volgens Irwin & Simons (1994:229) kan kinders nou konsentreer op kognitiewe ontwikkeling en die bou van verhoudings met ander.

Volgens Erikson (1963) is kinders in die middelkinderjare in die vierde psigososiale fase, naamlik bekwaamheid versus minderwaardigheid. Volgens Erikson is dit krities dat kinders in hierdie tydperk 'n gevoel van sukses moet ervaar. Kinders ontwikkel 'n gevoel van bekwaamheid deur hulle te vergelyk met ander (Bee, 1992: 337).

Gordon (1980) het 'n ouerlike-effektiwiteitsprogram ontwikkel wat gebaseer is op die aannames van Rogers en die humanistiese sielkundiges. Hiervolgens word aanvaar dat ouers menslik is en dat sommige foute deur hulle gemaak sal word. Kinders sal egter beter vorder indien ouers die meeste gedrag van die kind aanvaar. Sommige doelgerigte verkeerde gedrag is onaanvaarbaar en moet geëlimineer word. Ouers moet egter konstant en realisties wees in hulle verwagtings van hulle kinders (Irwin & Simons, 1994:230).

Dit is duidelik dat persoonlikheidsontwikkeling van die kind in die middelkinderjare afhanklik is van kognitiewe, fisiese, morele en emosionele ontwikkeling van die kind aangesien die kind begin om homself te vergelyk met ander en ook vergelyk op grond van prestasies. Ouerlike ondersteuning en aanvaarding speel egter ook 'n rol in die persoonlikheidsontwikkeling van die kind.

2.3.5 Emosionele ontwikkeling

Kinders gedurende die skoolgaande jare raak meer bewus van hulle eie emosies en ook die van ander en kan hulle hulle gevoelens beter uitdruk. Ander se emosies kan beter beoordeel word en meer toepaslike emosies kan in sosiale opset gewys word. Meer empatie met ander en toepaslike reaksies hierop bestaan (Irwin & Simons, 1994:230).

Uit die bogenoemde is dit duidelik dat die kind in die middelkinderjare fisiese, kognitiewe-, morele-, persoonlikheids- en emosionele take het om te verrig. Die normale groei en ontwikkeling van die kind, tesame met die gesin en omgewing van die kind, kan voldoende geleentheid bied tot die bereik van hierdie take. Indien 'n kind egter 'n Bipolêre versteuring of Serebraalgestremdheid het, kan daar aanvaar word dat die ontwikkeling van die kind beïnvloed word soos wat vervolgens duidelik gemaak sal word.

2.4 BIPOLÊRE VERSTEURING

“It is worse to be sick in soul than in body, for those afflicted in body only suffer, but those afflicted in soul both suffer and do ill”

(Plutarch, Moralia: Affection in Soul and body, sec 501.E. About 95 C.E)

Bipolêre versteuring is 'n gemoedsversteuring. Dit beteken onder andere dat daar ernstige veranderinge in die gemoedstoestand plaasvind (<http://www.klis.com/chandler>). Persone met Bipolêre versteuring ervaar gemoedsveranderinge wat wissel vanaf episodes van hoogtes (manie) tot ernstige episodes van laagtes (depressie). Volwassenes beleef hierdie intense simptome vir weke of selfs maande lank terwyl kinders dit beleef as vinnig veranderende

gemoedstoestand wat oor die algemeen gereeld sy siklus verander (<http://www.nami.org>).

2.4.1 Definiëring van Bipolêre versteuring by die kind

Bipolêre versteuring word volgens die DSM-IV beskryf as 'n toestand wat gekenmerk word deur diskrete episodes van buitengewone euforiese gemoed, gevolg deur periodes van uitermatige depressie (Berman, 1999:177).

Hierdie toestand is ernstig maar behandelbaar. Dit is 'n wanfunksionering van die brein wat gekenmerk word deur buitengewone veranderinge in gemoed, energie en gedrag. Simptome kan teenwoordig wees vanaf babajare of vroë kinderjare, of kan skielik voorkom tydens adolessensie of volwassenheid. Tot onlangs toe is 'n diagnose van Bipolêre versteuring nie tydens die kinderjare gemaak nie. Medici kan egter nou hierdie toestand erken en dit vroegtydig behandel (<http://www.bpkids.org>).

Uit die bogenoemde is dit duidelik dat Bipolêre versteuring 'n komplekse, affektiewe versteuring is wat gemoedsveranderinge omvat. Bipolêre versteuring by kinders omvat sowel episodes van manie as episodes van depressie net soos by volwassenes. Dit verskil in die opsig dat die siklus daarvan vinnig is, die episodes daarvan korter is, en dat manie en depressie dikwels saam voorkom.

2.4.2 Tipes Bipolêre versteuring

Bipolêre versteuring verskil egter in die voorkoms en die ernstigheid daarvan. Verskillende klassifikasies daarvoor bestaan dus. By kinders kan Bipolêre versteuring enige van die volgende klassieke volwasse voorstellings inneem (<http://www.bpkids.org>).

- **Bipolêre I versteuring**

Die individu moet ten minste een episode van ernstige, maniese simptome ervaar. Manie bestaan uit ten minste een week van abnormaal euforiese, geïrriteerde gemoed (Nietzel, Speltz, McCauley & Bernstein, 1998:296).

Simptome van manie sluit die volgende in:

- Uitgebreide geïrriteerde gemoed
- Verminderde behoefte aan slaap
- Versnellende spraak en druk om aan te hou praat
- Grandiose psigoses
- Uitermatige betrokkenheid in plesierige maar gevaarlike aktiwiteite
- Toenemende fisiese en verstandelike aktiwiteite
- Swak oordeel
- In ernstige gevalle, hallusinasies (<http://www.bpkids.org>).

Hieruit is dit dus duidelik dat manie 'n toestand is van abnormale aktiwiteit wat steurend inwerk op sowel die individu as die sisteem. Depressie wat hierop volg, laat die siklus van vernietigende gedrag steeds voortgaan.

Simptome van depressie kan die volgende insluit:

- Aanhoudende hartseer en huilende episodes
- Slaap te veel of onvermoë om te slaap
- Agitasie en geïrriteerdheid
- Onttrekking van aktiwiteite wat voorheen geniet is
- Onvermoë om te konsentreer
- Gedagtes van dood en selfmoord
- Min energie
- Beduidende verandering in apyt.

(<http://www.bpkids.org>).

Periodes van relatiewe of algehele gesondheid kom voor tydens episodes van manie en depressie. Hieruit is dit dus duidelik dat Bipolêre I versteuring afwisselende episodes van manie en depressie of gemengde episodes daarvan omvat. 'n Diagnose van Bipolêre I versteuring word gemaak indien een episode van ernstige manie ervaar word en gepaardgaan met een of meer episodes van major depressie.

- **Bipolêre II versteuring**

Verskeidenheid episodes van depressie en ten minste een episode van hipomanie word ervaar. Met hierdie vorm van Bipolêre versteuring ervaar kinders episodes van hipomanie tussen herhaalde episodes van depressie. Hipomanie is 'n kenmerkende geïrriteerde gemoed wat gepaardgaan met toenemende fisiese en verstandelike energie (<http://www.bpkids.org>).

Nietzel, Speltz, McCauley & Bernstein (1998:296) is van mening dat maniese simptome wat hiertydens ervaar word matig is, en nie ernstig genoeg is om in te meng met die persoon se sosiale funksionering nie. Hospitalisasie sal moontlik nie benodig word nie.

Dit is dus duidelik dat Bipolêre II versteuring gekenmerk word deur Hipomanie waarvan die simptome sodanig is dat hospitalisasie nie noodwendig benodig sal word nie.

- **Cyclothymia**

Kinders met hierdie tipe Bipolêre versteuring ervaar periodes van minder ernstige, maar definitief kenmerkende gemoedsversteurings (<http://www.bpkids.org>). Dit omvat herhaalde periodes van hipomanie afwisselend met matige depressie.

Hieruit is dit duidelik dat Cyclothymia 'n toestand is waar depressie en manie minder ernstig beleef word.

- **Bipolêre versteuring NOS (Not otherwise specified)**

Medici maak hierdie diagnose indien dit nie duidelik is watter tipe Bipolêre versteuring na vore kom nie (<http://www.bpkid.org>).

Uit die bogenoemde is dit duidelik dat Bipolêre versteuring 'n komplekse toestand is met 'n wisselende voorkoms. By kinders is hierdie toestand meer verwarrend aangesien gevoelens en ervarings nie maklik verbaliseer word nie. Die gedrag word ook dikwels verwar met ander vorme van afwykende gedrag by kinders soos wat

vervolgens gesien sal word deur die bespreking van die diagnose van Bipolêre versteuring by kinders.

2.4.3 Diagnose van Bipolêre versteuring by kinders

Volgens Cogan (1996:53) is soortgelyke kriteria vanaf 1980 gebruik vir die diagnose van Bipolêre versteuring in volwassenes as by kinders met sommige aanpassings vir ouderdom. Volgens Chandler (<http://www.klis.com>) is Pediatrisiese Bipolêre versteuring een van die mees ernstige toestande in pediatrie. Dit is dus duidelik dat sowel die diagnose as die behandeling van Bipolêre versteuring by kinders 'n komplekse taak is.

Nietzel, Speltz, McCauly & Bernstein (1998:296) is van mening dat daar variasies bestaan van hoe Bipolêre versteuring manifesteer. Baie Bipolêre pasiënte ervaar afsonderlike episodes van beide depressie en manie, en ander het gemengde episodes van depressie en manie in dieselfde dag.

Schraufnagel, Brumback, Harper & Weinberg (2001:554-556) het 'n volledige uiteensetting van alle moontlike simptome uiteengesit vir die diagnose van Bipolêre versteuring by kinders (sien Tabel 2). Vergelyk ook Cogan (1996:53) vir soortgelyke kriteria.

Die volgende kriteria word gebruik om 'n kind met Bipolêre versteuring te diagnoseer:

Tabel 2 Simptome van affektiewe versteuring (Schraufnagel, Davies, Brumback, Roger, Harper, Weinberg, 2001:554)

<u>Simptome van affektiewe versteuring</u>	
<u>Hipomanies/maniese simptome</u>	
Hipomanies	Hiperaktiwiteit: verstandelik, motories, en/of seksueel
	Uitgebreide ontoepaslike opgewektheid, kinderagtigheid, steurend, hinderend, plaerigheid
	Afleibaarheid, onvermoë om te konsentreer, spraakdruk, gee nie aandag, vlietende gedagtes
	Verminderde behoefte aan slaap, opdringende seksuele aanmerkings of gedrag
	Impulsiewe of beplande ontoepaslike gevaarlike aktiwiteite
Manies	Koue gedagtes, woede, uitbarstings – kan fataal wees
	Euphorie: ontoepaslike gevoelens van welsyn, ontkenning van probleme
<u>Depressiewe simptome</u>	
	Disphoriese gevoelens en gemoed: hartseer, alleenheid, ongelukkigheid, hopeloosheid, pessimisme, frustrasie, moeilik om gelukkig te hou
	Lae selfbeeld: waardeloos, nutteloos, dom, simpel, lelik, skuldig, selfblaam of projeksie van blaam
	Doodswense, selfmoordgedagtes/pogings
	Agitasie: rusteloos, geirriteerd, disrespekvol, redenerend
	Slaaploosheid: initiële, interval, terminaal, moegheid met wakkerword
	Verlaagde prestasie op skool: verminderde belangstelling of pogings, besware, straf
	Verminderde sosialisering: minder vriendelik, sosiale ontrekking, verminderde sosiale belangstelling, verander na onaanvaarbare vriendekring
	Verandering in bywoning van skool: afwesighede en weier om skool by te woon
	Somatiese besware sonder mediese verklaring
	Verandering in aptyt en gewig

Uit die bespreking van die diagnose van Bipolêre versteuring by kinders is dit duidelik dat dit nodig is om aanpassings te maak tot kriteria van diagnose by diè van volwassenes. Die DSM-IV word gebruik om 'n diagnose van Bipolêre versteuring by kinders te maak en aanvullend hiertoe word simptome van hipomanie/manie en depressie by kinders gebruik. Die diagnose van Bipolêre versteuring by kinders word egter bemoelijk deur verskeie struikelblokke.

2.4.4 Struikelblokke tot diagnose van Bipolêre versteuring by kinders

Die toestand van Bipolêre versteuring by die kind is 'n toestand wat sensitief deur die medici hanteer word aangesien die maak van 'n diagnose 'n komplekse taak is.

Kafantaris (1995:732) is van mening dat relatiewe verwerping van behandeling van Bipolêre versteuring by kinders heers as gevolg van die probleme verbonde aan die diagnose van manie. Cogan (1996:53) sluit die volgende struikelblokke tot diagnose van Bipolêre versteuring by kinders in:

- Die lae voorkomssyfer van Bipolêre versteuring by kinders
- Die diversiteit in die kliniese voorkoms gedurende en tussendeur episodes
- Die simptomatiese oorvleueling van manie met ander versteurings wat algemeen by kinders gevind word soos byvoorbeeld Aandag-gebrek-sindroom
- Die stremminge wat geplaas word op die kind om simptome uit te druk as gevolg van die ontwikkelingsvlak van die kind.

Aanvullend hiertoe meen Biederman, Mick, Faraone, Spencer, Wilens & Wozniak (2000:458) dat die siening dat pediatriese manie slegs in uitsonderlike gevalle voorkom, uitgedaag word deur gevallestudies en ook sistematiese navorsing. Hierdie navorsing dui daarop dat pediatriese manie nie skaars is nie, maar slegs moeilik is om te diagnoseer. Ook die volgende aspekte kompliseer die diagnose van pediatriese manie:

- Die patroon van oorvleueling kan uniek wees volgens standarde by volwassenes, spesifiek wat die oorvleueling met aandaggebrek, hiperaktiwiteit, aggressie en gedragsversteuring aanbetref
- Die oorvleueling met afhanklikheids-gebrek-sindroom
- Die assosiasie met trauma
- Die reaksie op behandeling is atipies volgens standarde by volwassenes.

Biederman (1997:8) is van mening dat geïrriteerdheid en aggressie die diagnose kompliseer aangesien dit ook simptome van depressie of gedragsversteuring kan wees. By Bipolêre versteuring is die geïrriteerdheid egter baie ernstig en lei dit dikwels tot geweld.

Biederman, Mick, Faraone, Wilens & Wozniak (2000:458) is ook van mening dat dit moeilik is om episodes van manie of depressie by kinders te identifiseer en te diagnoseer. Die kliniese voorkoms van Bipolêre versteuring is nie staties nie maar sluit die volgende in: toenemende afbrekende gedrag, buierigheid, geïrriteerdheid, probleme met slaap, impulsiwiteit, hiperaktiwiteit en verminderde konsentrasie. Tydens sekere episodes kan ook aandaggebrek ervaar word, lae frustrasie toleransie, uitbarsting met skuldgevoelens daarna, depressie en verminderde akademiese prestasie.

Schraufnagel, Brumback & Weinberg (2001:554) bevestig hierdie stelling en is van mening dat die erkenning van Bipolêre versteuring by kinders agter is by die van volwassenes. Vir baie jare was psigoanaliste van mening dat depressie of manie nie by kinders kan voorkom nie, as gevolg van die feit dat ego-ontwikkeling nog nie volkome by die kind plaasgevind het nie.

Ten spyte van aanhoudende debat en kontroversie rondom die geldigheid van diagnose van Bipolêre versteuring by kinders, is daar groeiende konsensus dat ernstig versteurde kinders wat aangetas is met affektiewe disregulasie en hoë vlakke van agitatie, aggressie en diskontrole duidelik toon op Bipolêre versteuring (Biederman, Mick, Faraone, Spencer, Wilens, Wozniak, 2000:459).

Dit is dus duidelik dat die mite dat depressie en manie nie by kinders kan voorkom nie verwerp kan word. Tans, volgens die DSM-IV, mag kinders diagnoses van depressie en Bipolêre versteuring ontvang, met 'n paar wysigings tot die volwasse kriteria.

2.4.5 Oorsake van Bipolêre versteuring by kinders

Volgens Cogan (1996:54) word die profiel van 'n kind wat die risiko tot Bipolêre versteuring het beskryf as 'n kind wat emosies (positief of negatief), passievol en intens beleef en wie se gemoed en gedrag gedisreguleer en ongeinhibeerd is.

Die volgende moontlike oorsake tot Bipolêre versteuring word voorgestel:

- **Geneties**

Bipolêre versteuring is 'n sterk genetiese toestand. Indien beide ouers gemoedsversteuring het, bestaan daar 'n groot moontlikheid dat die kind ook 'n vorm van Bipolêre versteuring sal ontwikkel. Indien een ouer 'n gemoedsversteuring het, is daar ongeveer 25% kans tot die ontwikkeling van 'n gemoedsversteuring by die kind (<http://www.klis.com>).

Ingersoll & Goldstein (1995:93) bevestig bogenoemde en maak die stelling dat 'n geskiedenis van depressie in die familie van die kind met depressie in meeste

gevalle opgespoor sal kan word. Dit is dus duidelik dat die meeste kinders met gemoedsversteurings 'n familiegeskiedenis daarvan het.

Daar is egter omgewingstoestande wat sal bepaal of die siekte by 'n spesifieke kind sal voorkom al dan nie. Bipolêre versteuring kan generasies mis en verskillende vorme aanneem. Die klein groep van studies wat gedoen is, wissel in die risiko tot 'n gegewe individu:

- Vir die algemene populasie is 'n konserwatiewe skatting van 'n individue se risiko om Bipolêre versteuring op te doen ongeveer 1%
- Indien een ouer Bipolêre versteuring het, is die risiko vir elke kind 15-30%
- Indien beide ouers Bipolêre versteuring het verhoog die risiko tot 50-75%
- Die risiko in sibbes en manlike tweelinge is 15-25%
- Die risiko by identiese tweelinge is 70% (<http://www.bkids.org>).

Uit die bogenoemde word daar tot die gevolgtrekking gekom dat 'n geskiedenis van affektiewe versteuring by die familie 'n definitiewe rol speel in die toestand van affektiewe versteuring by die kind.

- **Fisiese faktore**

Fisiese of liggaamlike gebreke kan lei tot die ontwikkeling van affektiewe versteurings by die kind. Volgens Vooyo (1999:22) is 'n persoon geneig om depressief te raak indien 'n langdurige gesondheidsprobleem ervaar word. Volgens Trad (1987:268) blameer kinders hulself vir siektetoestande aangesien hulle nie begrip het van die oorsake van siekte nie. *“Children with handicaps of all types are known to be at risk for development of psychiatric disorders”* (Chantwell & Baker, 1983:51). Die rede hiervoor is dat kinders met gesondheidsprobleme hulself dikwels moet weerhou van vele aktiwiteite, wat aanleiding kan gee tot affektiewe wangedrag. Die navorser is ook van mening dat die ouers van die kind met 'n gestremdheid 'n bydraende faktor is tot die ontwikkeling van affektiewe gedrag deur die wyse van hantering daarvan.

Hieruit word daar tot die gevolgtrekking gekom dat gestremdheid, die gevolge van gestremdheid en die hantering daarvan, in sommige gevalle in verband gebring kan word met affektiewe gedragsversteurings by kinders.

- **Omgewingsfaktore**

Ouerlike psigopatologie speel 'n groot rol in die ontwikkeling van affektiewe versteurings by die kind aangesien die ouer die primêre bron van versorging, liefde, leiding en sekuriteit van die kind is. Trad (1987:43) is van mening dat aangeleerde hulpeloosheid 'n toestand is waar die kind die gevoel beleef dat gebeure onkontroleerbaar is en dat probleme nie deur eie optrede opgelos kan word nie. Die navorser is van mening dat hierdie gevoel dikwels by kinders met gestremdhede bestaan aangesien ouers moontlik die kinders kondisioneer tot gevoelens van hulpeloosheid en onbekwaamheid. Vooy's (1999:24) meen dat ongunstige omstandighede dikwels nie deur hierdie toestand hanteer kan word nie en dat dit kan lei tot affektiewe versteuring by die kind.

Die opvoedingstyl van die ouers het 'n belangrike invloed op die gesonde fisiese, emosionele en psigiese ontwikkeling van die kind. Oorbeskerming, te veel kritiek en die stel van te hoë eise lei tot onvermoë by die kind wat affektiewe probleme tot gevolg kan hê (Vooy's, 1999:24). Die navorser is van mening dat in gevalle waar 'n kind 'n gestremdheid het, ouers dikwels nie weet wat van hierdie kind verwag kan word nie. Dit kan tot gevolg hê dat ouers die kind se vermoëns eerder onderskat as om te veel te verwag. Dit lei dan tot aangeleerde hulpeloosheid by die kind.

Dit is dus duidelik dat die toestand van serebraalgestremdheid en die ouers se hantering van die kind sowel as die toestand, moontlik 'n bydraende faktor tot affektiewe versteuring by die kind kan wees.

- **Psigiese faktore**

'n Kind se vermoë tot die verwesenliking van ideale bepaal dikwels gevoelens van bekwaamheid en bevoegheid. Dit het 'n invloed op die affektiewe gemoedstoestand van die kind (Barrett, 1983:28). Die navorser is van mening dat kinders met gestremdhede dikwels gevoelens van onvermoë ervaar. Hierdie gevoelens word versterk deur die gesin wat nie ruimte maak vir selfaktualisering by die kind nie.

Gebrekkige motivering is 'n duidelike simptome van kinders wat depressie ervaar. Hierdie kinders toon 'n duidelike vermindering van verwagtinge (Vooy's, 1999:26).

Weereens is dit hieruit duidelik dat kinders met gestremdhede moontlik 'n predisposisie het tot affektiewe versteurings.

Die volgende alternatiewe oorsake tot Bipolêre versteuring bestaan ook:

- Dwelms: Verskeie dwelms kan 'n persoon manies maak of manies laat voorkom. Opkickers is die mees algemene dwelm van die aard. Straatdwelms kan ook manie veroorsaak. Die mees algemene dwelm is egter antidepressante medikasie.
- Infeksies: In ongewone gevalle kan infeksies van die brein, VIGS en enkele ander skaars siektes manie veroorsaak. Dit is egter nie baie algemeen nie.
- Hormone: Te veel tiroïd hormoon kan tot manie lei. Dit is egter ook baie skaars.

Uit die bespreking tot die oorsake van Bipolêre versteuring by kinders is dit duidelik dat genetiese faktore en mediese faktore kan bydra tot Bipolêre versteuring by kinders. Dit is egter ook duidelik dat faktore soos gestremdheid, ouerskapstyle, gevoelens van bevoegdheid en verwesenliking van ideale 'n rol speel in die ontwikkeling van affektiewe versteurings by kinders.

Vervolgens word die toestand van Serebraalgestremdheid by die kind bespreek.

2.5 SEREBRAALGESTREMDHEID

Serebraalgestremdheid is een van die mees algemene vorme van neurale gestremdheid en kom by tussen een en drie per duisend geboortes voor (Edkins, 1997:30). Hierdie toestand is een van die omvangrykste mediese toestande wat bestaan, en daarom sal nie twee persone wat 'n Serebraalgestremdheid het, identiese profiele hê nie. Die graad daarvan kan so lig wees dat dit byna onherkenbaar is. Verder kan dit matig wees, of so ernstig dat die persoon nie in staat is om te beweeg nie. Die brêe omvang van Serebraalgestremdheid en die wisselende geaardheid daarvan bemoeilik dus die diagnose en behandeling, asook die prognose van die toestand. Die navorser is van mening dat al hierdie

faktore en talle ander faktore 'n duidelike invloed op sowel die gesin as die kind wat Serebraalgestremd is, het.

Die navorser is verder van mening dat spanning binne die gesin onvoorkombaar is en dat dit 'n intrinsieke faktor is dat gesinne met 'n kind met 'n gestremdheid die hoeveelheid spanning binne die gesin beïnvloed. Die geboorte van enige kind bring verandering binne die gesin teweeg wat rol en roetine aanbetref. Die kind wat egter met 'n gestremdheid gebore word, verander die gesinspatroon op 'n spesifiek spanningsvolle wyse. Dit lei daartoe dat sekere patrone binne die gesin van die kind met die gestremdheid die kind beperk as gevolg van die feit dat daar nie geleentheid tot optimale funksionering gebied word nie.

Dit is ook nodig dat die gesin aan die kind emosionele sterkte bied om weerstand te bied teen die lae verwagtings wat mense dikwels van persone met gestremdhede het.

Die aard, klassifikasie, oorsake en geassosieerde probleme rondom Serebraalgestremdheid sal vervolgens ondersoek word.

2.5.1 Die aard van Serebraalgestremdheid

Die begrip Serebraalgestremdheid is omvangryk aangesien die graad waartoe 'n kind hierdie toestand opdoen, varieer. Volgens McDonald (1987:2) is daar ekstreme toestande van Serebraalgestremdheid waar niemand dieselfde lyk, dieselfde optree of dieselfde praat nie. Sommige persone met Serebraalgestremdheid sal so ernstig geaffekteer wees dat hulle vir alle funksies afhanklik is van 'n ander, en ander sal so lig geraak wees dat hulle Serebraalgestremdheid slegs deur 'n professionele kenner opgemerk sal kan word. Tussen al die gevalle sal kenmerkende ooreenkomste in simptome egter opgemerk kan word. 'n Volledige ondersoek sal een algemene element onderskei naamlik motoriese disfunksie as gevolg van 'n sekere tipe breindisfunksie.

Serebraalgestremdheid verwys na 'n groep gestremdhede wat ontstaan indien 'n baba of jong kind se brein skade opdoen. Beweging en postuur word beïnvloed en in baie gevalle is daar 'n sekere vlak van verstandelike inperking.

Serebraalgestremdheid kan nie genees word nie, maar sal nie versleg indien dit ontwikkel is nie (Mckesson Health Solutions, 2001:357).

Batshaw & Perret (1981:191) gee die volgende beskrywing van Serebraalgestremdheid, naamlik: *“The term cerebral palsy refers to any disorder of movement and posture that results from a nonprogressive abnormality of the immature brain.”*

Germishuys (1991:29) bied die volgende beskrywing van Serebraalgestremdheid, naamlik: *“Cerebral palsy is a term applied to the neuromotor components resulting from various types of brain damage and characterized by paralysis, weakness, incoordination or ataxia. Convulsions, mental retardation, visual defects and emotional disturbances may also be present.”*

Finnie (1997:8) meen Serebraalgestremdheid is ‘n gestremdheid van beweging en houding. Sommige persone met Serebraalgestremdheid kan nie groot bewegings in die geheel soos loop, hardloop en spring uitoeven nie of kan dit nie so goed uitoeven nie. Ook fyn, manipulerende bewegings van die hande en vingers kan aangetas wees. Houding, die manier waarop gestaan, gesit of beweeg word, kan ook abnormaal wees.

Schindehette & Kelly (2001:70) meen dat Serebraalgestremdheid ‘n ongeneesbare, motoriese gestremdheid is as gevolg van ‘n breinbesering wat ontstaan het voor geboorte, gedurende geboorte of in die vroeë kinderjare. ‘n Verlies aan spierbeheer wat kan lei tot spraakprobleme, leergestremdhede, spasmas en epilepsie, word veroorsaak.

Die navorser kom uit sowel die bogenoemde as ander literatuur (Germishuys, 1991:29; en Mackie, Jenson & Jarvis, 1998:474) tot die afleiding dat Serebraalgestremdheid ‘n omvattende term is wat kan verwys na verskeie afwykings, naamlik onder meer verlamming, inkoördinasie, ataksie en verswakking. Ander gevolge hiervan is konvulsies, verstandelike inperking, sensoriese inperkings en emosionele versteurings. Hierdie toestand ontstaan as gevolg van onvoldoende funksionering van die brein as gevolg van enige oorsaak wat die onontwikkelde brein beskadig. Dit kan plaasvind gedurende die vroeë maande van swangerskap,

gedurende die geboorteproses of vroeë geboorte, indien 'n klein babatjie ernstig siek word of indien 'n skoolgaande kind 'n ernstige breinbesering opdoen. (Vergelyk Germishuys, 1991: 29; en Mackie, Jenson & Jarvis, 1998:474.)

Soos reeds gemeld, is die omvang en toestand van Serebraalgestremdheid uiteenlopend en daar bestaan verskeie vorme daarvan. Dit word saam gegroepeer volgens ooreenstemmende probleme en kliniese voorkoms. Vervolgens gaan die groepering (klassifikasie) van Serebraalgestremdheid bespreek word.

2.5.2 Klassifikasie van serebraalgestremdheid

'n Oorsig van die literatuur omtrent Serebraalgestremdheid maak dit duidelik dat verskeie klassifikasiesisteme hiervoor bestaan. Drie hoofkategorieë van klassifikasie bestaan, naamlik motoriese eienskappe, topografie en ernstigheid van gestremdheid. Volgens Blair & Stanley (1985:615), McDonald (1987:5), Batshaw, (1992: 567) en Finnie (1998:10) bestaan daar ook subkategorieë.

Vervolgens word die hoofkategorieë van klassifikasie bespreek.

2.5.2.1 Motoriese eienskappe

Volgens McDonald (1987:4) is Serebraalgestremdheid per definisie 'n motoriese disfunksie. Hierdie motoriese simptome kom voor in verskeidenheid van vorme en verskeie klassifikasiesisteme word hiervoor gebruik. Vervolgens word 'n klassifikasiesistelsel volgens die American Academy of Cerebral Palsy (AAP) (Stanton, 1992:5) voorgestel.

- **Spastisiteit**

Spastisiteit ontstaan as gevolg van die beskadiging van die korteks (Stanton, 1992:5). Beskadiging aan hierdie area veroorsaak disharmoniese spieraktiwiteit. Willekeurige spierbeheer is ernstig verswak en bewegings is lomp as gevolg van die spastiese spiere wat 'n hiperaktiewe strekrefleks het. Volgens McDonald (1987:5) is spastisiteit die mees algemene tipe Serebraalgestremdheid en ongeveer die helfte van alle gevalle van Serebraalgestremdheid val in hierdie kategorie.

- **Atetose**

Atetose ontstaan as gevolg van beskadiging van die basale ganglia en die verbindings daarvan. Dit is 'n bewegingsgebrek wat oormatige, onreëlmatige en onwillekeurige bewegings impliseer (Edkins, 1997:31). McDonald (1987:5) lig hier die uitvoer van eenvoudige motoriese bewegings uit wat moeilik of selfs onmoontlik is as gevolg van onwillekeurige bewegings.

- **Rigiditeit**

Volgens McDonald (1987:5) is die onderskeidende faktor van rigiditeit die weerstand teen fleksie wat resulteer vanaf aanhoudende, gelyke kontraksies van die agonistiese en antagonistiese spiergroep. Persone met rigiditeit kan slegs stadige bewegings binne 'n beperkte omvang uitvoer.

- **Ataksie**

Ataksie ontstaan as gevolg van besering van die serebellum. Die kind met ataksie ervaar probleme met balans, liggaamshouding en groot en/of fyn motoriese spierbewegings. Lompheid en die onvermoë om ewewig te handhaaf, veroorsaak dat beweging bemoelijk word (Edkins, 1997: 31).

- **Tremor**

Tremor ontstaan as gevolg van beskadiging van die Basala ganglia en Ingram. Dit is spontane, gereelde, onwillekeurige bewegings. Dit verskil van atetose deurdat die bewegings redelik ritmies is (Edkins, 1997:32).

- **Gemengde tipes**

Hierdie term word gebruik vir Serebraalgestemdheid wat volgens die simptome daarvan nie presies by een van die ander klassifikasies inpas nie. Die kind mag moontlik tekens toon van meer as een soort Serebraalgestemdheid (Stanton, 1992:32). Edkins (1997:32) meen dat ongeveer 30% van individue wat Serebraalgestemdheid het, 'n mengsel van die verskillende tipes het. Volgens

McDonald (1987:6) is die mees algemene kombinasie van Serebraalgestremdheid spastisiteit in die laer ledemate en atetose in die arms en hande.

Die navorser kom uit die bogenoemde uiteensetting van die fisiologiese klassifikasie van Serebraalgestremdheid tot die gevolgtrekking dat hierdie klassifikasie gedoen word op grond van die motoriese eienskappe waarmee die kind presenteer. Dit sluit die volgende in: spastisiteit, rigiditeit, atetose, ataksie en tremor. Daar is ook gemengde tipes waar 'n samestelling van hierdie eienskappe voorkom.

2.5.2.2 Topografiese klassifikasiestelsel

Hierdie klassifikasie vind plaas volgens die deel van die liggaam wat aangetas is. Volgens McDonald (1987:6) verwys dit na die anatomiese area van die liggaam.

Die volgende soorte word onderskei (vergelyk Edkins, 1997:33):

- Monoplegie: een ledemaat (linker-of regterarm of –been) is aangetas. 'n Suiwer monoplegie kom selde voor
- Hemiplegie: een kant van die liggaam (arm, been of gesig) is aangetas
- Triplegie: drie ledemate, gewoonlik albei bene en een arm is aangetas
- Kwadruplegie: al vier ledemate is aangetas
- Diplegie: al vier ledemate, die bene meer as die arms, is aangetas
- Paraplegie: albei onderste ledemate (bene) is aangetas sonder dat die arms aangetas is. In die geval van Serebraalgestremdheid is ware paraplegie baie skaars.

2.5.2.3 Erns van Serebraalgestremdheid

Die AACP definiëer die graad van erns van Serebraalgestremdheid in terme van die funksionele kapasiteit van die persoon.

Klas I	Geen praktiese beperking tot aktiwiteit nie
Klas II	Matige beperking tot aktiwiteit
Klas III	Matige tot baie beperking tot aktiwiteit
Klas IV	Onvermoë om enige waardige fisiese aktiwiteit uit te voer

(Vergelyk McDonald, 1987:7).

2.5.2.4 Geassosieërde probleme

Volgens McDonald (1987:7) is die lys van gestremdhede wat met Serebraalgestremdheid geassosieër word nie eenvoudig nie. Sommige gestremdhede is die resultaat van motoriese disfunksie. Ander gestremdhede soos sosio-emosionele probleme is sekondêr en ontstaan vanaf omgewingsfaktore teenwoordig as gevolg van die Serebraalgestremdheid.

Volgens Mckesson (2001:359) kan die volgende simptome ook die gevolg van Serebraalgestremdheid wees:

- Intellektuele inperking
- Epilepsie
- Visuele beperkings
- Gehoorbeperkings
- Voedingsprobleme
- Gewrigsabnormaliteite
- Gedrag
- Kommunikasieprobleme
- Sosio-emosionele probleme
- Opvoedingsprobleme
- Fisiese gestremdheid.

Serebraalgestremdheid is 'n unieke toestand by elke individu en die prognose daarvan kan nie met duidelikheid gemaak word nie aangesien die omvang moeilik is om te bepaal.

Opsommend blyk dit dus dat Serebraalgestremdheid geklassifiseer word op grond van motoriese eienskappe, topografiese area, die ernstigheid van die gestremdheid asook probleme wat voorkom saam met die Serebraalgestremdheid.

Vervolgens word die oorsake van Serebraalgestremdheid uiteengesit.

2.6 DIE OORSAKE VAN SEREBRAALGESTREMDHEID

Gedurende die Victoriaanse tyd was daar twee hoofteorieë rondom Serebraalgestremdheid. Die eerste was gedeeltelik voorgestel deur die psigoanalisis, Sigmund Freud. Hy was van mening dat daar 'n disorganisasie in die brein plaasvind terwyl die brein besig is om te ontwikkel voordat die kind gebore word. 'n Ander Victoriaan en ortopediese chirurg, William Little, was van mening dat skade aan die brein plaasvind gedurende die geboorteproses. Hierdie idee, naamlik 'n tekort aan suurstof gedurende die geboorteproses as die oorsaak van Serebraalgestremdheid, is die mees populêre die afgelope twintig tot dertig jaar (Finnie, 1997:8).

Daar word tans aanvaar dat babas baie meer bestand is teen 'n tekort aan suurstof gedurende die geboorte as wat eers geglo is. Waar daar wel gevalle is van babas wat skade opgedoen het gedurende die geboorteproses, is dit baie minder algemeen as wat eers geglo is (Finnie, 1997:9). Volgens Batshaw (1992:442) kan daar baie siektes wees wat die ontwikkelende brein affekteer wat kan lei tot Serebraalgestremdheid.

Bevestigend hiertoe meen Mckesson Health Solutions (2001:357) dat Serebraalgestremdheid ontstaan as gevolg van gebeure wat beskadiging aan die brein aanrig voor of gedurende geboorte of binne die eerste vyf jaar. Sommige van die oorsake is steeds onbekend. Sommige wyses waarop 'n kind se brein skade kan opdoen, kan die volgende insluit:

- Die moeder het 'n infeksie, soos Rubella (Duitse Masels), is anemies, of misbruik dwelms of alkohol gedurende swangerskap
- Die baba se brein kry nie genoeg suurstof op 'n sekere vlak/tyd van ontwikkeling of gedurende die geboorteproses nie
- Die baba is prematuur gebore met interne bloeding in die hoof
- Die moeder en baba het verskillende bloedgroepe
- Die moeder het moeilik of traumaties geboorte geskenk
- Die plasenta skei vroeg en daar is skade aan die umbiliese koord
- Die baba se brein het te veel bilirium
- Die membrane rondom die brein kry inflammasie (Meningitis)

- Daar is 'n virus infeksie in die brein.
- Die kind het ernstige konvulsies
- Die kind het 'n ernstige breinbesering.

Die mees algemene oorsake van Serebraalgestremdheid volgens Kurtz (in Batshaw, 1992:442) word in Tabel 3 aangetoon.

Tabel 3 Oorsake van serebraalgestremdheid

		Oorsake
Prenataal	Eerste trimester	Teratogene Genetiese sindrome Chromosoom abnormaliteite Breinmisvorming
	Tweede en derde trimester	Intrauterine infeksies Probleem in fetale/plasenta funksionering
Kraam en geboorte proses		Preeclampsia Komplikasies tydens kraam en geboorte
Perinataal		Sepsis/sentrale sensustelsel infeksie Asphyxia Prematuur
Kinderjare		Meningitis Traumatiese breinbesering Toksiene
Onbekende faktore		

Uit die bogenoemde kom die navorser tot die gevolgtrekking dat Serebraalgestremdheid tydens swangerskap, die geboorteproses en die vroeë kinderjare ontstaan. Die presiese oorsaak van Serebraalgestremdheid by die individu is moeilik om vas te stel en slegs moontlike oorsake daarvan kan gebied word.

2.7 SAMEVATTING

Uit die bespreking van die toestand van Bipolêre versteuring asook Serebraalgestremdheid by die kind in die middelkinderjare word daar tot die volgende gevolgtrekkings gekom:

- 2.7.1 Die kind in die middelkinderjare wat 'n Bipolêre versteuring en 'n Serebraalgestremdheid het, se psigo-sosiale ontwikkeling word beperk in verskeie aspekte.
- 2.7.2 Middelkinderjare is die ouderdom ses tot twaalf jaar. Baie verandering in fisiese en kognitiewe ontwikkeling vind plaas. Sosiale en selfkonsepontwikkeling in hierdie tyd is ook belangrik.
- 2.7.3 Bipolêre versteuring is 'n affektiewe versteuring waar ernstige veranderinge in die gemoed plaasvind wat wissel vanaf ernstige episodes van manie tot episodes van depressie.
- 2.7.4 Om Bipolêre versteuring by kinders te diagnoseer is 'n komplekse taak, aangesien die voorkoms daarvan by kinders laag is en aangesien die simptome daarvan oorvleuel met ander versteurings wat algemeen by kinders voorkom.
- 2.7.5 Die oorsake van Bipolêre versteuring kan nie met sekerheid bepaal word nie maar kan geneties van aard wees. Fisiese faktore soos 'n langdurige gesondheidsprobleem of gestremdheid kan ook daartoe bydra. Omgewingsfaktore soos gesinsomstandighede en opvoedingstyl kan 'n bydraende faktor wees. Psigiese faktore soos die kind se vermoë om ideale en potensiaal te verwesenlik om sodoende bekwaam en bevoeg te voel bepaal ook die ontwikkeling van 'n affektiewe versteuring by die kind.
- 2.7.6 Serebraalgestremdheid is 'n toestand wat voorgeboorte, tydens geboorte of na geboorte plaasvind waar die onontwikkelde brein skade opdoen. Dit word gekenmerk deur verkeie simptome wat onder andere spraakprobleme, leergestremdhede, spasmas en epilepsies insluit.
- 2.7.7 Serebraalgestremdheid word geklassifiseer op grond van motoriese eienskappe, topografiese area van aantasting, die ernstigheid van die gestremdheid asook probleme wat voorkom saam met die Serebraalgestremdheid.

2.7.8 Die oorsake van Serebraalgestremdheid is moeilik om vas te stel en slegs moontlike oorsake van skade tot die onontwikkelde brein kan voorgelê word.

HOOFSTUK 3

GESINSFUNKSIONERING EN DIE KIND IN DIE MIDDELKINDERJARE MET BIPOLÊRE VERSTEURING ASOOK SEREBRAALGESTREMDHEID

3.1 INLEIDING

“Development, it has been argued, can only be understood if it is seen as a joint enterprise involving parent as well as child; the role of both needs to be specified”

(White & Woollett, 1992:1)

Die ontwikkeling/optimale ontwikkeling van ‘n kind met ‘n Bipolêre versteuring asook Serebraalgestremdheid het kan nie volledig begryp word sonder die kritiese ontleding van die gesin en die kind se ontwikkelingstake nie. Pogings om slegs die kind se ontwikkeling onafhanklik van die van die gesin te ondersoek sal ‘n verbuigde voorstelling wees van die proses van ontwikkeling.

In hierdie hoofstuk word ‘n poging aangewend om temas binne die gesin te ontdek wat die kind toelaat/beperk tot optimale funksionering. Hierdie sal in verband gebring word met die kind wat sowel ‘n Bipolêre versteuring as ‘n Serebraalgestremdheid het.

Teoretiese benaderings wat gebruik is om die gesin te bestudeer, word bespreek. Middleton en Roelofse (1985:33-45) het ses dimensies van gesonde funksionering van die gesin identifiseer. Daar word tydens die empiriese ondersoek van hierdie ses dimensies gebruik gemaak sowel as temas wat na vore gekom het tydens die literatuurondersoek.

Vervolgens word daar gekyk na ‘n definisies van die gesin soos dit van toepassing is tydens hierdie ondersoek.

3.2 DEFINISIE VAN GESIN

Daar is al lank probeer om ‘n universele definisie te bied van die gesin. Vir die doeleindes van hierdie ondersoek is ‘n gesin beskou as ‘n eenheid wat leef in ‘n

tegnologies ontwikkelde gemeenskap – ‘n gemeenskap waarin ‘n algemene taal, kultuur, regsisteem en die media ‘n gelykmakende effek het op die veskille gebasseer op etniese en kulturele oorsprong (Geismar & Camasso, 1994:29). Die gesin is die kind se inleiding tot die gemeenskap en het dus die verantwoordelikheid tot sosialisering van die kind (Berns, 2001:57).

Gesinne word op verskillende wyses georganiseer oor die wêreld. ‘n Gesin bestaande uit ‘n man, vrou en hulle kinders is ‘n kern gesin. Dit word die gesin van herkoms genoem (Berns, 2001:57).

Tydens hierdie ondersoek is die kerngesin as gesin ondersoek. Vervolgens word aandag gegee aan konseptuele benaderings waarvan daar gebruik gemaak is tydens hierdie ondersoek.

3.3 KONSEPTUELE BENADERINGS TOT ONDERSOEK VAN DIE GESIN

Die universele erkenning van die belangrikheid van die gesin as een van die basiese menslike instellings genereer aanhoudende vereistes om die funksionering van die gesin te ondersoek (Geismar & Camasso, 1993:1). Hierdie outeurs gee die volgende beskrywing van wat gesinsfunksionering is:

“Family functioning represents family members’ performance of socially expected roles and tasks for the purpose of maintaining or enhancing the well-being of the individual members, as well as the family as a whole.”

‘n Spesifieke konseptuele raamwerk word benodig om ondersoek in te stel rondom die funksionering van die gesin om sodoende patrone te identifiseer wat die kind met ‘n gestremdheid tot optimale funksionering beperk.

Vervolgens word daar gekyk na die benaderings waarvan daar tydens hierdie ondersoek gebruikgemaak is.

3.3.1 Die Gesinslewensiklusteorie

Een van die teorieë waarvolgens hierdie ondersoek gerig word, is die gesinslewensiklusteorie. Vanuit hierdie teorie is dit duidelik dat verskillende lewensfases verskillende ontwikkelingstake na vore bring vir beide die individu en die gesin. Dus, gesinsfunksies en prioriteite mag verander soos wat die gesin deur die lewensiklus beweeg (Carter & McGoldrick, 1999:8).

Volgens Shu-Li (2000:202) is dit nodig dat gesinsverantwoordelikhede en take verander om te reageer op 'n kind se veranderende behoeftes (byvoorbeeld mediese toestand). As gevolg hiervan sal gesinshantering en aanpassing verskil indien die kind en die gesin in verskillende fases van die lewensiklus is.

Volgens Batshaw (1992:564) is die ontwikkelingsfases van die individu afhanklik van die ontwikkeling wat die gesin ervaar soos wat die gesin deur die lewe vorder. Mabunda (1991:10) bevestig hierdie stelling deurdat sy van mening is dat gesinne, soos individue, deur verskeie fases beweeg en dat daar verskeie interaktiewe faktore is wat tot die gesin se reaksies tot sekere gebeure bydra.

Batshaw (1992:564) benut die ses-fase-lewensiklus-teorie wat in tradisionele kerngesinne gevind word om die impak van gestremdheid op die gesin te kan beskryf.

- Tydens fase een skei 'n onafhanklike jong volwassene van sy/haar oorspronklike gesin, beweeg uit die huis uit, en betree 'n beroep. Verhoudings met die ouers verander van volwassene-kind na volwassene-volwassene.
- Tydens fase twee ontwikkel die individu 'n intieme verhouding met 'n ander onafhanklike persoon, hulle trou en verbind hulself aan hulle nuwe kerngesin.
- Tydens die derde fase het die egpaar kinders, hulle verhouding pas aan om ruimte te maak – beide fisies en emosioneel – vir nuwe lede tot die gesin. Die verhoudings binne die gesin van herkoms pas aan by die nuwe rol as die van grootouers.

- Tydens die vierde fase word die egpaar se kinders adolessente en raak meer onafhanklik. Die verhouding tussen ouer en kind verander om sodoende die kind toe te laat om horisonne te verbreed en die wêreld te betree.
- Tydens die vyfde fase beweeg die volgende generasie van kinders uit die huis uit en die egpaar moet weereens aanpas om alleen te wees. Dit kan tydens hierdie fase gebeur dat ouers siekte of die afhanklikheid van grootouers moet hanteer, wat sodoende die volwassene-kind rol omdraai.
- Tydens die finale fase neem die ouers hulle lewens in oënskou en word suksesse en mislukkings geïntegreer.

Batshaw (1992:564) is van mening dat die aanpassings wat elke gesinslid moet maak gedurende die onderskeie fases spanningsvol is en dat hierdie spanning vermenigvuldig word binne 'n gesin waar daar 'n kind met 'n gestremtheid is. Die lewensiklus van die gesin bly onvolledig spesifiek waar daar 'n kind is wat vir die res van sy/haar lewe afhanklik gaan bly. Die lewensiklusverandering vind nooit plaas nie en juis hierdeur word die verskil tussen 'n gesin met 'n gestremtheid en een daarsonder duidelik uitgewys.

Die navorser is van mening dat hierdie aspek een van die bydraende patrone in 'n gesin is wat 'n invloed uitoefen op die kind met 'n gestremtheid. Die aanpassings wat gemaak word tydens elke fase word moontlik gedoen sonder om die optimale funksionering van die kind met die gestremtheid toe te laat.

Uit hierdie benadering is dit duidelik dat 'n gesin met 'n kind in die middelkinderjare in die derde fase van die lewensiklus is waar daar ruimte gemaak moet word tot nuwe toevoegings tot die gesin.

3.3.2 Die Struktureel-funksionele benadering

Hierdie benadering is gebaseer op die aanname dat twee konsepte die gesin as sosiale struktuur beskryf. Die gesin is 'n sosiale sisteem met funksionele vereistes/voorwaardes tot oorlewing. Funksionele vereistes kan onder andere insluit

Hoofstuk 3 **GESINSFUNKSIONERING EN DIE KIND IN MIDDELKINDERJARE MET BIPOLÊRE VERSTEURING ASOOK SEREBRAALGESTREMDHEID**

reproduksie, biologiese handhawing, sosialisering, statusplasing en seksuele kontrole (Geismar & Camasso, 1993:30).

Roldifferensiasie, solidariteit, ekonomiese plasing, politiese plasing en integrasie kan beskou word as strukturele voorvereistes eerder as funksionele voorvereistes aangesien dit substrukture is wat hierdie take uitvoer. Funksionele voorvereistes word beskou as kernfunksies van die gesin terwyl ander funksies beskou word as byprodukte van die kernfunksies (Geismar & Camasso, 1993:30).

3.3.3 Die Gesinsisteembenadering

Die gesinsisteemraamwerk het voortgevloei vanuit die algemene sisteemteorie. Die elemente in 'n sisteem is interafhanklik, en die sisteem as 'n geheel ervaar insette en uitsette en reageer tot terugvoer en kontrole regulasie (Duval & Miller, 1985). Volgens Carstens (1988:64) maak die volgende konsepte deel uit die van gesinsisteembenadering:

- Die gesin vorm 'n eenheid: Die gesin bestaan uit verskillende funksionele dele wat subsisteme genoem word. In die gesin is 'n egpaar-, 'n ouerlike- en kindersubsteme. Al hierdie subsisteme saam vorm die totale gesinsisteem.
- Die gesinsisteem is groter as die som van sy lede: 'n sisteem is 'n geïntegreerde entiteit wat meer is as die samestelling van onafhanklike elemente. Gesinsisteme het unieke kwaliteite wat gesinslede vorm en wat aan die geheel 'n lewe van sy eie bied.
- Subsisteme is interafhanklik: Gesinne ontwikkel interafhanklike verhoudings wat gemeenskaplike verhoudings is. Hierdie verhoudings kan intern wees (tussen gesinslede) of ekstern (tussen die gesin as 'n eenheid, en ander instellings soos die skool, ander gesinne, die kerk en werkplek).
- Die gesin is 'n oop sisteem: Die gesin het die vermoë om inligting wat van ander eksterne bronne af inkom, te prosesseer. Die gesinsisteem word in stand gehou

deur interaksie met ander sisteme. Die gesin is dus afhanklik van interaksie met 'n gemeenskap om te groei en te ontwikkel.

- Die gesinssisteem raak toenemend gekompliseerd en georganiseerd: Die gesinssisteem is aanhoudend aan die verander deur toenemende inligting en addisionele lede. Die gesin moet hierdie vereiste tot verandering hanteer en daarby aanpas.

Daar word tot die gevolgtrekking gekom dat die gesin 'n sisteem is wat uit subsisteme bestaan. Almal is interafhanklik van mekaar en moet voldoen aan die vereistes wat gestel word deur sowel die individuele gesinslede as deur die gemeenskap.

3.3.4 Die teoretiese benadering gebruik tydens hierdie ondersoek

Tydens hierdie ondersoek is daar gebruik gemaak van 'n psigo-sosiale teoretiese basis om die gesin met 'n kind in die middelkinderjare te ondersoek. Die bogenoemde benaderings is egter nie uitgesluit nie. Al drie die bogenoemde benaderings wat ondersoek is naamlik die Gesinslewenssiklusteorie, die Gesinssisteembenadering en die Struktureel-funksionele benadering het bygedra tot 'n unieke en nuttige analise van die ontwikkeling, verhoudings en interaksies van die gesin met kinders in die middelkinderjare wat 'n Bipolêre versteuring asook Serebraalgestremdheid het.

Middleton & Roelofse (1985:33) is van mening dat die gesin oor die algemeen beskou word as die hoof matriks van persoonlikheidsontwikkeling wat die fondasie lê vir geestesgesondheid gedurende die kinderjare. Modelle is ontwikkel wat die gesondheid van die gesin as sisteem konseptualiseer. Hierdie modelle word gedefinieer in terme van psigososiale eienskappe van die gesin wat beskou word as noodsaaklik tot die gesondheid van die gesin sowel as die individuele lede. Hierdie outeurs het navorsing gedoen omtrent die gesinssisteemmodelle en het ses basiese dimensies identifiseer wat bydrae tot gesonde psigososiale funksionering. Hierdie dimensies word vervolgens uiteengesit.

- **Struktuur:** Struktuur is die gesin se organisatoriese struktuur met duidelike grense rondom individuele lede en 'n kohese ouerlike subsisteem. Dit sluit die volgende aspekte in: leierskap, koaliesies/ouerlike band, rolle, eksterne grense, interne grense, moeder-kind verhouding en vader-kind verhouding.
- **Affek:** Affek sluit 'n wye verskeidenheid van affektiewe uitdrukkings in. Die volgende aspekte is hier van belang: empatie, vertroue, die deel van gevoelens, emosionele sekuriteit, erkenning en gesinsgemoed.
- **Kommunikasie:** Gesonde kommunikasie in die gesin omvat duidelike en direkte kommunikasie. Dit beteken die volgende: kommunikasie is duidelik en reguit, luistervaardighede kom voor, positiewe terugvoer word ontvang en onderhandeling, probleemoplossing, en besluitneming vind plaas.
- **Gedragkontrolle:** Gesonde gesinsfunksioneering omvat 'n demokratiese patroon van gedragkontrolle. Dit beteken dat dissipline en balans in dissipline voorkom wat demokraties van aard is. Die gesin is 'n beskermingsbron en aggressie word binne die gesin beheer.
- **Waarde oordrag:** Waarde oordrag beteken die oordrag van sosiale waardes en etiese standaarde vanaf ouers na hulle kinders.
- **Eksterne sisteme:** Duidelike eksterne grense bestaan vanaf die gesin in sy verhoudings met sisteme buite die gesinsisteem. Eksterne sisteme kan ontspanning- en sportaktiwiteite, vriende, kulturele aktiwiteite en gemeenskapsaktiwiteite insluit.

Vervolgens word die ontwikkelingstake van die gesin met 'n kind in die middelkinderjare ondersoek.

3.4 ONTWIKKELINGSTAKE VAN DIE GESIN MET 'N KIND IN DIE MIDDELIKINDERJARE

3.4.1 Take van die ouers

“The central tasks of parents, then, is not simply to keep their infants alive or to provide appropriate discipline but to create the conditions in which children can develop to their fullest capacity both inside and outside the family” (Damon, 1998:5)

Die behoeftes van kinders in die middelkinderjare word beskou as binne die gesin, maar vriende en aktiwiteite buite die huis speel ook 'n belangrike rol in die bevrediging van behoeftes by die kind in die middelkinderjare (Barland, Laybourn, Hill & Brown, 1998:37).

Tabel 4 toon die take wat ouers het ten opsigte van die kind in die middelkinderjare aan (Borland, Laybourn, Hill & Brown, 1998:37).

Tabel 4 Take en verantwoordelike van ouers ten opsigte van behoeftes van kind in die middelkinderjare

Behoefte	Taak/Verantwoordelikheid
Emosioneel	Luister, gee versekering, ondersteuning, bevorder selfbeeld, aanmoediging, voorsien stabiliteit en sekuriteit, gee liefde en aandag.
Moreel/Sosiaal	Leer reg en verkeerd, leer respek vir self, ander mense en materiële besittings. Leer om oor die weg te kom met ander mense, leer van mense met verskillende agtergronde. Dissipline, stel duidelike grense. Oplos van dispute tussen sibbe.
Fisies	Kosmaak, monitor dieet, hou skoon, versorg indien siek. Monitor gesondheid en kry mediese aandag indien nodig. Hou kinders veilig.
Opvoedkundig	Hou goeie kontak met die skool, help om algemene kennis uit te brei, help met tuiswerk
Ontspanning	Moedig aktiwiteite aan, vervoer en begelei kind na aktiwiteite. Moedig gesamentlike aktiwiteite aan.

Uit die bogenoemde is dit dus duidelik dat ouers spesifieke take en verantwoordelikhede ten opsigte van die kind in die middelkinderjare het. Die

navorsers is van mening dat hierdie take en verantwoordelikhede nie verander indien die kind 'n affektiewe versteuring of gestremdheid het nie.

3.4.2 Take van die gesin

Carter & McGoldrick (1999:2) noem die volgende take van die gesin met 'n kind in die middelkinderjare:

- Huweliksstelsel pas aan om plek te maak vir kinders
- Aanvaar ouerskapsrolle
- Hervestiging van verhoudings met uitgebreide gesin om ouer en grootouerrolle in te sluit.

Olkin (1999:106) meen dat kinders met gestremdhede basiese mense-regte het en dat dit fokus op die psigo-sosiale en interpersoonlike aspekte daarvan om te lewe in die wêreld as 'n kind met 'n gestigmatiseerde toestand. Hierdie regte van die kind gaan egter gepaard met take wat die gesin het om hierdie regte te verwesenlik. Tabel 5 gee 'n beskrywing van hierdie regte en take.

Tabel 5 Regte van kinders met gestremdhede en die gepaardgaande gesinstake (Olkin,1999:106)

Regte	Gesinstak
1. Om vertel te word omtrent die waarheid van die gestremdheid en om die gestremdheid te aanvaar	Om verskillende sienings omtrent gestremdheid toe te laat, om doelbewus take aan die kind oor te laat.
2. Om in beheer van eie liggaam te wees.	Om respek te hê vir die kind se grense, om die kind by besluitneming te betrek.
3. Om nie behandel te word as 'n gedeeltelike-objek of 'n spesimen nie.	Om die kind as 'n geheel te beskou, om te onthou dat die fisiese ook die sielkundige insluit.
4. Om positiewe rolmodelle van volwassenes en kinders met gestremdhede te sien.	Om kontak te kweek sonder om dit af te dwing. Om toepaslike modelle te identifiseer.
5. Om 'n positiewe identiteit te hê wat die gestremdheid inkorporeer.	Om aan die gestremdheid te dink as een van baie fasette van die kind. Om die gestremdheid te inkorporeer in die gesin se konsep van die kind.
6. Om nie te laat voel word asof mense soos hulle voorkom moet word nie.	Om te fokus op verbetering van lewenskwaliteit. Om genesing nie te oorbeklemtoon nie.
7. Om toegelaat te word om die volle spektrum van emosies te ervaar.	Om die kind eerstens as 'n kind te beskou en om nie alle fasette van die kind te beskou deur die gestremdheid lens nie.
8. Om realistiese siening te hê van ander se reaksies tot hulle tipe gestremdheid en van die toekoms.	Om dikwels die waarheid wat seermaak te vertel, om oor dinge te praat wat nie maklik oor gepraat word nie. Om vooroordele en

GESINSFUNKSIONERING EN DIE KIND IN MIDDELKINDERJARE MET BIPOLÊRE VERSTEURING ASOOK SEREBRAALGESTREMDHEID

	diskriminasie te erken.
9. Om verwagtings te hê van seksualiteit, romantiese liefde en ouerskap.	Om geloof daarin te hê dat die kind liefde verdien en liefgehê kan word. Om te praat oor liefde en seksualiteit.
10. Om omgang te hê met ander met of sonder gestremdhede.	Om die kind toe te laat om 'n wêreld te hê waarvan die ouers nie noodwendig deel is nie.
11. Om geassesseer te word met toepaslike meetinstrumente, teen toepaslike standaarde.	Om te aanvaar dat ouers die kind die beste ken en om advokaat vir die kind te wees.
12. Om te lewe in 'n "barrier free", akkommoderende fisiese en sosiale omgewing.	Om advokaat vir gestremdheids regte te wees.

Hieruit is dit dus duidelik dat gesinne die verantwoordelikheid het om kinders met gestremdhede toe te laat om 'n eie bevredigende lewe te lei. Ouers moet egter ook realisties wees en 'n realistiese beeld aan hulle kinders oorlaai.

Vervolgens word aandag gegee aan die gesin wat 'n kind het met 'n Bipolêre versteuring.

3.5 DIE GESIN MET 'N KIND MET BIPOLÊRE VERSTEURING

Bipolêre versteuring by kinders as mediese toestand laat nog baie vrae en onopgeloste antwoorde. Die psigososiale implikasies daarvan is net so min ondersoek.

Bipolêre versteuring en die invloed wat hierdie toestand het, kan vergelyk word met gestremdheid aangesien dit die persoon wat dit ervaar in verskeie fasette van leefwyse beperk. Die invloed wat hierdie toestand het, gaan egter bepaal word deur die fase waarin die kind is en die hantering van die toestand binne die gesin.

Die volgende aspekte dui op die invloed van Bipolêre versteuring:

3.5.1 Gestremdheid binne die gesin

Indien 'n kind depressief is of enige vorm van manie het, kan ontwikkelingstake wat vervul moet word tydens die middelkinderjare nie vervul word nie. Die kind sal moontlik nie oor die weg kom met sy gesin nie, vriende sal minder word en skoolwerk

is moeilik om mee by te bly. Indien ander kinders 'n kind sien wat manies/hipomanies is, sal dit nie maklik vergeet word nie. Die kind word uitgesluit en nie maklik terugaanvaar nie. Geïrriteerdheid wat saamhang met Bipolêre versteuring kan vriendskappe uitbrand (<http://www.klis.com>).

Die invloed op die gesin is dramaties. 'n Episode van manie/depressie kan 'n bekende familielid soos 'n vreemdeling laat voel. Die ervaring kan vreesaanjaend wees en die hele gesin omvergooi. In so 'n toestand kan die gesin koud, bang en oorbeskermend raak (<http://www.baltimorepsych.com>).

Geller (2001:22) meen dat die psigo-sosiale funksionering van die kind in 'n groot mate beperk word, selfs in vergelyking met kinders met Aandag-gebrek-sindroom. In 'n ondersoek wat gedoen is met 93 kinders met manie, 81 met Aandaggebrek en 94 kontrole respondente was dit duidelik dat Bipolêre pasiënte substantiële psigo-sosiale inperking beleef het, in vergelyking met die ander twee groepe. Inperking was duidelik in die volgende aspekte:

- Moeder-kind warmte
- Ouer-kind spanning
- Vriende.

Hierdie outeurs is verder van mening dat van hoë ladings van affektiewe versteurings binne 'n gesin moontlik 'n genetiese basis het, en as gevolg van die vroeë manifestasie, dit spesifiek ernstig en vernietigend kan wees.

Dit is dus duidelik dat Bipolêre versteuring binne die gesin 'n traumatiese impak kan hê. Verhoudings binne die gesin word beïnvloed as gevolg van onkunde en vrees wat by gesinslede bestaan.

3.5.2 Selfbeeld en ontwikkeling

Om verskeie episodes van Bipolêre versteuring te ervaar, sal 'n kind se normale ontwikkeling beïnvloed. Die kind kan opeindig as onvolwasse vir sy ouderdom en in

ander opsigte te volwasse as gevolg van die swaarkry wat deurgemaak is (<http://www.klis.com>).

Volgens Ellis & Wilde (1996:123) is dit kenmerkend van die persoon met affektiewe versteurings om negatiewe gedagtes oor die self te hê. Gedagtes van “ek is nutteloos”, “ek kan tog niks doen nie” en “niemand gee vir my om nie” is deel van die selfgesprek wat die kind met affektiewe versteuring voer. Negatiewe selfevaluering word beskou as die mees algemene simptome van depressie by die kind (Stark, 1990:112). Die navorser is van mening dat gevoelens van nutteloosheid en onbekwaamheid verder versterk word by die kind wat ‘n gestremdheid het.

Nottelman & Jensen (1995:705) is van mening dat affektiewe versteurings heel moontlik verreikende gevolge sal hê. Bykomend tot die onmiddelike impak wat dit op alledaagse funksionering het, kan dit bydra tot aanpassingsprobleme deurdat die volgende belangrike ontwikkelingsake nie bemeester word nie:

- Die regulering van emosies
- Die aanleer van vaardighede
- Die vestiging en handhawing van sosiale verhoudings.

Hieruit word die afleiding gemaak dat Bipoleëre versteuring by kinders ‘n definitiewe invloed het op die ontwikkeling en die selfbeeld van die kind. Die kind ervaar baie negatiewe gevoelens oor die self. Verskeie episodes van manie en depressie beïnvloed die normale ontwikkeling van die kind met gevolg dat mylpale nie bereik word nie.

Bipoleëre versteuring se invloed kan steeds verder en meer traumaties raak indien dit lei tot selfmoord.

3.5.3 Selfmoord

Selfmoord is die slegste moontlike uitkoms. Cogan (1996:54) is van mening dat simptome van Bipoleëre versteuring ‘n daaglikse invloed het op die funksionering van die kind en dat die kind ‘n toenemende risiko het tot selfmoord.

Hoofstuk 3 **GESINSFUNKSIONERING EN DIE KIND IN MIDDELKINDERJARE MET BIPOLÊRE VERSTEURING ASOOK SEREBRAALGESTREMDHEID**

Een van die mees algemene tekens van selfmoordgedagtes is woorde soos “dit sal beter wees as ek dood is”, “my ouers sal bly wees as ek dood is” of “niemand gee tog om nie, ek kan net sowel dood wees” (Stark, 1990:17).

3.5.4 Samevattende gedagtes

Uit die voorafgaande bespreking is dit duidelik dat Bipolêre versteuring en die impak daarvan in baie opsigte vergelyk kan word met ‘n gestremdheid by die kind aangesien soortgelyke beperkings geplaas word op die gesonde ontwikkeling van die kind. Beperkings word ook ervaar in die ontwikkeling van mylpale. Vriende en gesinslede word deur die toestand weggestoot en dit beïnvloed die vestiging van stabiele verhoudings.

Die afleiding word gemaak dat Bipolêre versteuring by kinders ‘n dramatiese invloed het op sowel die kind as die gesin. Periodes van manie en depressie, hospitalisasie en medikasie beïnvloed die kind in die middelkinderjare deurdat al die take van die middelkinderjare nie optimaal bereik word nie. Indien hierdie toestand voorkom by ‘n kind wat ‘n gestremdheid het, kan daar aanvaar word dat die implikasies daarvan vermenigvuldig.

Die navorser is van mening dat die gesin ‘n belangrike rol speel in die optimale funksionering van die kind. Die wyse waarop die gesin die toestand van affektiewe versteuring gaan hanteer, sal grootliks die uitkoms tot sukses en optimale funksionering bepaal.

3.6 DIE GESIN MET ‘N KIND MET SEREBRAALGESTREMDHEID

3.6.1 Gesinsreaksies en aanpassings tot ‘n kind met ‘n gestremdheid

Volgens Batshaw (1992:564) wil alle ouers graag hê dat hulle kinders talentvol en suksesvol moet wees en dat dit ‘n groot teleurstelling is indien daar uitgevind word dat hulle kind ‘n gestremdheid het. Hierdie outeur maak gebruik van Kubler-Ross (1969) se fases van rou om die proses van aanpassing en aanvaarding te beskryf aangesien die verlies van die “normale” kind betreur word.

3.6.1.1 Ontkenning

Ouers mag moontlik dink dat die dokter 'n fout maak met die diagnose van hulle kind. Verskillende dokters word besoek om die diagnose te bevestig en dit help om aan die ouers 'n duidelike begrip van hulle kind se gestremdheid te gee.

Mabunda (1991:12) is van mening dat ontkenning 'n verdedigingsmeganisme is wat ouers op die onbewuste vlak benut om uitermatige angs te kan hanteer. Hierdie outeur is van mening dat ontkenning twee teenproduktiewe gevolge kan hê, naamlik aan die een kant kan ouers hulle kind oorbeskerm en die kind uit situasies hou wat sal help om die toestand te normaliseer. Aan die ander kant kan dit daartoe lei dat die ouers uitermatige druk op die kind plaas op vordering wat gaan veroorsaak dat beide die ouer en die kind gefrustreerd gaan raak.

Die navorser kom hieruit tot die gevolgtrekking dat gesinsreaksies tot gestremdheid uiteenlopend is en dat die hantering daarvan nie 'n eenvoudige saak is nie. Hoewel ouers steeds potensiaal in hulle kind moet ontdek, is dit belangrik dat uitermatige druk nie op die kind geplaas word nie.

3.6.1.2 Depressie

Simptome kan insluit moegheid, slaaploosheid, verlies van aptyt, geïrriteerdheid en rusteloosheid. Sosiale isolasie kan die toestand vererger. Grootouers mag moontlik nie die diagnose aanvaar nie en skuld op die ouers plaas en vriende mag moontlik ongemaklik wees in die teenwoordigheid van die kind met die gestremdheid. Die ouers self mag moontlik skaam wees oor hulle kind. Hierdie toestand verbeter egter met verloop van tyd, maar mag ook moontlik met tye terugkeer. In sommige gevalle raak depressie 'n kroniese toestand.

3.6.1.3 Woede en skuldgevoelens

Op 'n sekere stadium mag die ouers moontlik kwaad wees en iemand soek om die skuld op te plaas. Woede word dikwels gerig tot God en die hele wêreld. Dit is egter

deel van die normale aanpassingsproses aangesien ouers nodig het om woede uit te druk om sodoende onderliggende gevoelens te kan hanteer.

Mabunda (1991:11) is van mening dat onderliggende skuldgevoelens verwant kan wees aan realistiese of minder realistiese faktore wat die ouer glo verwant is aan die kind se gestremdheid. Hierdie gevoelens kan dan geprojekteer word teenoor ander. Aangesien dit moeilik is om die oorsaak van die kind se gestremdheid tot 'n spesifieke saak te rig, word dit toegeskryf aan 'n reeks oorsake.

3.6.1.4 Onderhandeling

Sommige ouers keer na onkonvensionele vorme van terapie met die hoop tot genesing van hulle kind. Hierdie fase is dikwels gevul met frustrasie en 'n gevoel van mislukking.

Mabunda (1991:12) noem hierdie fase 'n tipe fantasie deurdat daar gedink word dat die kind beter sal word indien sekere dinge gedoen word.

3.6.1.5 Aanvaarding

Aanpassing in die gesin sal afhang van verskeie faktore. Oor die algemeen vind aanvaarding makliker plaas binne gesinne waar daar sterk sosiale ondersteuning is en waar die huweliksverhouding sterk is. Sterk godsdienstige oortuigings en effektiewe gedragsintervensies word ook geassosieer met vroeë aanvaarding.

Olkin (1999:94) wys vier dimensies van aanvaarding uit:

- Sien *individualiteit* in die persoon: Die persoon met die gestremdheid word beskou as 'n unieke individu met spesifieke eienskappe wat hom onderskei van ander. Die persoonlikheid van die persoon word as positief beskou. 'n Band word gevorm en "normale" motiewe en gevoelens word aan die persoon toegeken.

- Besef dat die persoon *denke* het: Die persoon/persone wat nie gestremd is nie besef dat kommunikasie en denke nie soortgelyk is nie. Hoewel die persoon met die gestremdheid moontlik beperk is in kommunikasie beteken dit nie dat die persoon nie kan dink nie. Die persoon word as meer intelligent beskou as wat die persoon dalk voorkom.
- *Behandel persoon op gelyke wyse*: Meeste bevredigende verhoudings is die verhoudings waar daar gelykheid is. Verhoudings met die persoon met die gestremdheid word ervaar as dat daar geleer word uit die verhouding. In die algemeen word twee voordele uit hierdie verhouding ontvang naamlik kameraadskap en nuwe sosiale verhoudings wat nie andersins sou bestaan het nie.
- Definiëring van 'n *sosiale plek* vir die persoon met die gestremdheid: Die persoon word ingesluit in die definisie van die gesin, het 'n rol in die gesin en is deel van die rituele en roetine van die gesin.

Uit die gesinsreaksies en aanpassings tot die persoon met die gestremdheid is dit dus duidelik dat dit 'n proses is tot by aanvaarding. Voordat aanvaarding binne die gesin nie bereik is nie, sal dit nie moontlik wees om die kind met die gestremdheid toe te laat tot optimale funksionering nie. Die kind met die gestremdheid het egter 'n definitiewe invloed op die gesin en sal vervolgens bespreek word.

3.6.2 DIE INVLOED VAN 'N KIND MET 'N GESTREMDHEID OP DIE GESIN

Verskeie studies is al gedoen rondom die invloed wat 'n kind met 'n gestremdheid op die gesin het. Kritiek wat volgens Luiz (1997:13) teen hierdie navorsing ingebring kan word, is dat die meeste van hierdie navorsing gebruik gemaak het van 'n eendimensionele perspektief wat gebaseer is op 'n eenvoudige stimulus-respons model van stres. Gesinsfunksionering kan egter nie ondersoek word slegs op respons tot 'n kind met 'n gestremdheid nie. Dit is dus meer sinvol om *gesinsaanpassing* as 'n respons tot 'n kind met 'n gestremdheid te ondersoek deur hanteringshulpbronne beskikbaar en die gesin se ekologiese omgewing daarmee saam te ondersoek.

Molteno & Lachman (1996:13) bevestig die bogenoemde deur van mening te wees dat verskeie veranderlikes soos sosiale ondersteuning, hanteringsmeganismes en sosio-ekonomiese status die gesin in staat kan stel om die situasie te hanteer.

Holroyd (1988) het 'n multidimensionele meting van stres en hantering ontwikkel, naamlik die *Questionnaire on resources and stress for families with chronically ill or handicapped members (QRS)*. Navorsing wat op grond hiervan uitgevoer is as 'n meting van stres het gedemonstreer dat gesinne met verskeie stremmingstoestande teenwoordig, verskeie strespatrone sal ervaar (Luiz, 1997:13). Hieruit is dit dus duidelik dat veralgemenings rondom die toestand van gestremdheid binne die gesin nie sonder meer gemaak kan word nie.

Olkin (1999:96) is van mening dat die houding van die publiek 'n bydraende struikelblok is waarvoor die gesin moet kom. Publieke houdings en die media plaas die klem van gestremdheid op onvermoë, abnormaliteit en slagoffer status. Dit is moeilik vir die gesin om nie ten minste sommige van hierdie negatiewe sienings te internaliseer nie. Dit kan daartoe lei dat die gesin nie daarin slaag om aan die kind met die gestremdheid hanteringsvaardighede te leer nie of om aan die kind te leer hoe om die gestremdheid te inkorporeer met die selfbeeld nie.

Daar bestaan dus sekere gesinspatrone binne elke gesin wat stremmend is en wat stres plaas op die gesin. Hierdie faktore is egter afhanklik van faktore soos hanteringsmeganismes en hulpbronne beskikbaar tot die gesin. Die navorser is ook van mening dat enige gesin op 'n stadium aanpassing bereik en die toestand aanvaar en hanteer. Die gesin slaag egter nie altyd daarin om hierdie toestand tot optimale funksionering van die kind met die gestremdheid te hanteer nie. Die fokus is dikwels meer op die gesin, die invloed op die gesin en die aanpassing van die gesin. Daar word vergeet van die kind met die gestremdheid en die behoeftes wat ook hierdie kind tot en selfverwesenliking het.

3.6.2.1 Die invloed op die ouers

Navorsing wat gedoen is deur Luiz (1997:12) het getoon dat ouers van kinders met sowel verstandelike as fisiese gestremdhede meer spanning ervaar as ander ouers.

By hierdie ouers bestaan daar 'n oorsensitiwiteit met betrekking tot die gestremdheid en spanning word ervaar ten opsigte van wat van die kind verwag kan word. Daar bestaan ook sosiale sensitiwiteit oor wat ander moontlik mag dink.

Volgens Luiz (1997:12) moet die ouer van die kind met 'n gestremdheid 'n nuwe identiteit ontwikkel. Ouers word gedwing tot nuwe rolle soos wat hulle in kontak kom met mediese spesialiste, gesondheidsorgwerkers, befondsingsorganisasies of ouers van ander kinders met gestremdhede.

Hierdie outeur is verder van mening dat die veranderinge in die gesinstruktuur en die ouerlike rolle die situasie van die vader pertinent verander. Aangesien meer moeders 'n beroep volg, moet die vader meer verantwoordelikheid aanvaar vir die kind se versorging en ontwikkeling. Die vader-kind verhouding kan egter baie negatief beïnvloed word indien die kind 'n gestremdheid het. Luiz (1997:13) is van mening dat vorige studies aangetoon het dat vaders van kinders wat gestremd is 'n verlies aan selfbeeld het en toenemende depressie het. Hierdie reaksie word toegeskryf aan die tradisionele geslagsrol van vaders.

Volgens navorsing wat gedoen is deur Bristol (1984) is gesinsaanpassing minder verwant tot die ernstigheid van die gestremdheid, maar hang af van die moeder se informele sosiale ondersteuning, haar patroon van hanteringstrategieë en moederlike oortuigings aangaande die kind se gestremdheid (Luiz & Lombard, 1997:13).

Hieruit is dit dus duidelik dat die geboorte van 'n kind met 'n gestremdheid 'n noodwendige faktor tot spanning is by die ouers. Nuwe vaardighede asook hanteringstrategieë moet aangeleer word om hierdie situasie te hanteer.

3.6.2.2 Die versorging van die kind met 'n gestremdheid

Curran, Sharples, White & Knapp (2001:529 – 533) het die tydskoste van versorging van kinders met gestremdhede geëvalueer en dit vergelyk met die versorging van kinders sonder gestremdhede. Daar is gevind dat persoonlike versorging van kinders met gestremdhede baie hoër is as ander. Daar was nie 'n verband gewees tussen ouderdom van die kind en versorging nie en versorging het nie verminder met

Hoofstuk 3 **GESINSFUNKSIONERING EN DIE KIND IN MIDDELKINDERJARE MET BIPOLÊRE VERSTEURING ASOOK SEREBRAALGESTREMDHEID**

die verloop van tyd nie. Daar is ook gevind dat in baie gevalle die moeder en vader nie beide 'n loopbaan kan volg nie as gevolg van die versorgingsbehoefte van die kind. Dit het 'n invloed op die gesinsinkomste tot gevolg.

Olkin (1999:96) is van mening dat die gesin dikwels in die vroeë jare van die kind toegegooi is met fisiese, mediese en skool implikasies van die gestremdheid wat tot gevolg het dat die gestremdheid geforseer word tot 'n prominente posisie wat veroorsaak dat dit moeilik raak om dit in perspektief te beskou en geleentheid te bied vir die kind om hierdie toestand te hanteer en te inkorporeer.

Hieruit is dit duidelik dat 'n kind met 'n gestremdheid noodwendig 'n invloed sal hê op tyd en koste wat aan versorging spandeer word. Hierdie kan beskou word as 'n bydraende faktor wat veroorsaak dat ouers moontlik nie hulle kind met 'n gestremdheid aanskou vanuit 'n unieke perspektief wat ook verwagtings en potensiaal, soos met die ander kinders, omvat nie.

3.6.2.3 Invloed op die ander kinders in die gesin

Sibbe kan gevoelens soos hartseer, skuld en woede ervaar. Saam met dit voel hulle skaam en haat, en wil nie geïdentifiseer word as verwant tot die kind met die gestremdheid nie. Sibbe is bang ander bevraagteken hulle eie normaliteit. Hulle hou ook nie van die hoeveelheid tyd/geld wat spandeer word aan die kind met die gestremdheid nie, en voel dat hulle minder aandag kry (Berns, 2001:103).

Dit is egter ook moontlik dat positiewe uitkomst uit 'n situasie van 'n kind met 'n gestremdheid binne die gesin kan vloei. Volwassenheid, meegevoel, geduld vir verskille, verantwoordelikheid en waardering van eie gesondheid kan moontlik hieruit voortvloei.

3.6.2.4 Invloed op die huwelik

Volgens Luiz (1997:13) is daar verskeie studies wat die invloed van 'n kind met 'n gestremdheid op die huwelik ondersoek het (Waisbren, 1980, Friedrich & Friedrich, 1981; Carr, 1988 en Van Royen & Luiz, 1993 in Luiz, 1997:13). Volgens hierdie

outeur het hierdie ondersoek 'n wye verskeidenheid resultate bekendgemaak en voorgestel dat huweliksreaksies nie uniform is nie en afhanklik kan wees van faktore buiten die teenwoordigheid van die kind met die gestremdheid. Hierdie faktore kan die ernstigheid van die gestremdheid, die ouerdom en die geslag van die kind en die kwaliteit van die huweliksverhouding voor die geboorte van die kind insluit.

Ander aspekte wat volgens Molteno & Lachman (1996:13) beïnvloed word is:

- Finansies: om 'n kind met 'n gestremdheid te hê, kan 'n verlies van inkomste tot gevolg hê indien 'n ouer dalk 'n werk moet opgee. Addisionele kostes van mediese rekeninge en spesiale toerusting en/of klere beïnvloed ook finansies.
- Sosiale funksionering: Navorsing het getoon dat ouers van kinders met 'n gestremdheid hulself isoleer (Bradshaw & Lawton, 1987; Phillip & Duckworth, 1982) en spesifiek ook enkelouers (Quine & Pahl, 1985). Uitputting van versorging van die kind kan die ouers van handhawing van ander verhoudings weerhou (Gough, & Wroblecka, 1993). Vriende en familie mag moontlik gevoelens van isolering aanhelp deur onseker te wees van hoe om te help (Parke, 1981). Die kind se antisosiale gedrag mag ook moontlik die ouers beperk tot sosiale omgang (Meltzer, Smyth & Robus, 1989).

Die navorser is van mening dat die bogenoemde faktore in ag geneem moet word in die hantering van die kind met die gestremdheid binne die gesin. Die wyse waarop die gesin hierop reageer en die ondersteuning wat die gesin het, bepaal tot watter mate die gesin die kind met die gestremdheid tot optimale funksionering sal toelaat.

3.6.2.5 Kommunikasie

Volgens navorsing wat gedoen is deur Pennington & McConachie (2001:83) word kinders met gestremdhede beskryf as passiewe kommunikeerders aangesien hulle nie interaksie inisiëer nie en die ander party geneig is om interaksie te rig en te kontroleer. Hierdie interaksiepatrone kan die volgende tot gevolg hê:

- Motoriese inperking: die teenwoordigheid van 'n algemene motoriese inperking kan gevolge hê ten opsigte van kommunikasieontwikkeling. Die motoriese inperking affekteer die kind se fisiese vermoë om voorwerpe te manipuleer, om onafhanklik te speel en om aktiwiteite te onderneem wat met alledaagse lewe geassosieër word. Aangesien hierdie kinders nie onafhanklik kan funksioneer nie lei dit daartoe dat ouers die kind moet bystaan wat tot gevolg het dat proksimale kommunikasie plaasvind. Patrone van volwasse dominansie in kommunikasie en hoë vlakke van opdragte kan lei tot lae vlakke van onafhanklikheid by die kind wat aksies, besluitneming en kommunikasie aanbetref.
- Verstaanbaarheid van spraak: indien 'n kind nie geleentheid gebied word om onafhanklik en gereeld interaksie te inisieer nie, gaan spraak agteruitgaan en gaan die kind die passiewe kommunikeerder word.
- Vlak van kognitiewe ontwikkeling: aangesien motoriese aksies ingeperk word, raak die ontwikkelingswêreld van die kind beperk. Dit het tot gevolg dat kognitiewe ontwikkeling agteruitstaan.

Hieruit is dit duidelik dat die fisiese beperkings wat die kind beleef verskeie ander beperkings tot gevolg kan hê. Dit is egter belangrik dat die gesin die ontwikkelingswêreld van die kind steeds uitbrei en kommunikasie en onafhanklikheid aanmoedig.

3.6.2.6 Gesinsdinamika

Perosa, Sandra & Perosa (1982:175) het ondersoek of daar enige dinamika is wat gesinne met 'n kind met 'n gestremdheid onderskei van ander gesinne. Sekere temas, probleme, gevoelens en fases het na vore gekom tydens berading met hierdie gesinne. Hipoteses is hieruit saamgestel en die volgende hipoteses is as waar gevind.

Vaders, moeders en kinders in gesinne met 'n kind met 'n gestremdheid het hulle gesinne ervaar as:

- Meer oorbeskermend
- Meer rigied en minder buigsaam
- Minder konflikoplossing, meer konflikvermyding, meer konflikuitdrukking sonder oplossing
- Patrone van driehoekvorming, ouer-kind koalises en ignorering.

Opsommend het Perosa, Sandra & Perosa (1982:184) tot die volgende gevolgtrekking tot gesinsdinamika binne gesinne met 'n kind met 'n gestremdeheid gekom naamlik ontkenning, depressie, woede en skuldgevoelens veroorsaak oorbeskermende gedrag en onderliggende gevoelens van ongemak met interaksie met die kind. Beide ouers beleef verwarring tot verwantskap met die kind. Spanning ontstaan binne die huwelik as subsisteem en verskeie patrone kan hieruit voortvloei. Konflik kan vermy word deur totaal geïnvesteerd te raak in die kind. Kompetisie kan ook by die ouers ontstaan omtrent die kind se aandag en affeksie en sodoende word driehoekvorming veroorsaak. Dit kan ook gebeur dat die egpaar geirriteerd en argumenterend raak. Indien konflik uitbreek, kan die kind beskou word as oorsaak daarvan, of een ouer kan die kant van die kind kies teen die ander ouer. Die kind is dus in die middel.

Mabunda (1991:10) bevestig hierdie mening en is ook van mening dat indien twee of meer gesinslede konflikterende idees het rondom onderskeie rolle sal die gesinsekwiilibrium versteur word. Dit word ervaar in die vorm van spanning, angs, kilheid of selfbewustheid. Individue sal op verskeie wyses hierop reageer.

Stellings van gesinslede reflekteer hierdie prentjie:

“It was a struggle...I ended up taking medication for a nervous stomach...At first I couldn't get through to my husband that Joe did things because of his illness so finally I sat Joe next to me at the dinner table so he did not bother his dad...”

(Perosa, Sandra & Perosa, 1982:184)

Hier is die onderliggende spanning, die breuk tussen die ouers en die ouer-kind koalisie duidelik. 'n Ander ma met 'n kind met 'n spraakprobleem beskryf haar situasie:

“Gretchen has had no positive influence on the family that I can think of. She has caused frustration and guilt for all of us. A communication problem is very hard to deal with. She tries to verbally outmuscle us. She tells us stories (starting in the middle) and is angered when we don’t understand. We have all learned to be with and talk to her as little as possible.”

(Perosa, Sandra & Perosa, 1982:185)

In hierdie geval ervaar die kind verwydering en verwerping.

3.6.2.7 Invloed van gestremdheid op die kind

Volgens Robinson (1999:636) vind die meeste ontwikkeling van ‘n kind plaas deur spel en ontdekking van die omgewing. Die vermoë om te reik na voorwerpe, dit te beweeg, te ontdek en om met ander te kommunikeer, is sentrale aktiwiteite in die kind se groei. Serebraalgestremdheid kan ‘n kind se vermoë om deel te neem aan hierdie aktiwiteite beperk, en sodoende verhoed dat motoriese vaardighede, kennis van die wêreld en sosiale bevoegdheid, ontwikkel.

Voor skoolgaande ouderdom mag die kind met die gestremdheid moontlik nie opmerk dat hy of sy anders is as ander kinders nie. Dit is spesifiek waar indien die kind in ‘n vroeë intervensieprogram was saam met ander kinders met gestremdhede. Teen skoolgaande ouderdom sal die meeste kinders met ‘n gestremdheid bewus wees van vermoëns en beperking en mag hulle moontlik hulp benodig om gevoelens hieromtrent te hanteer (Batshaw, 1992:567).

Die eerste stap volgens die bogenoemde outeur is aanvaarding by die huis. Indien die kind beskou word as menswaardig, sal die selfbeeld van die kind normaal kan ontwikkel. Hierdie aanvaarding sluit in om deel te wees van gesinsaktiwiteite, om toepaslike verantwoordelikhede te aanvaar en om die vermoë te hê om die gestremdheid openlik te bespreek.

Robinson (1999:637) is van mening dat die gesin baie kan doen om beperkings by die kind te oorkom deur die kind se omgewing aan te pas by sy/haar behoeftes.

Hierdie outeur lig die belangrikheid van uitdagings binne bereik van die kind se vermoë uit.

Olkin (1999:93) meen dat die gesin die verantwoordelikheid het om ander aannames te maak omtrent die kind met die gestremdheid. Sy vra die volgende vraag hierrondom: *“If families could view disabled loved ones as members of a legitimate social minority community instead of victims of medical tragedy, would it lead to an easier adjustment and outcome for all?”*

Hierdie outeur is verder van mening dat die predominante fokus op negatiewe houding teenoor die gestremdheid veroorsaak dat daar minder begrip is ten opsigte van positiewe uitkomst.

Hieruit is dit dus duidelik dat die gesin 'n belangrike rol speel in die proses van optimale funksionering van die kind met die gestremdheid. Dit is belangrik dat die kind sy eie toestand aanvaar. Dit sal slegs moontlik wees indien die toestand binne die gesin aanvaar en hanteer word.

3.7 OPTIMALE FUNKSIONERING VAN 'N KIND MET GESTREMDHEID BINNE DIE GESIN

Olkin (1999:90) is van mening dat die grootste gedeelte van navorsing rondom gestremdheid in die gesin gedoen is omtrent die invloed van die kind met die gestremdheid op die gesin. Daarna is dit asof daar stilte is, asof die kind met die gestremdheid nie 'n toekoms het nie.

Volgens Harper (1999:579) is die eerste navorsing omtrent die invloed van die kind met die gestremdheid op die gesin in 1960 gedoen. Hierdie studies het meestal gefokus op individue wat nie kan aanpas nie en navorsing was gekenmerk deur algemene stellings van wanaanpassing asook vergelykings gemaak met individue wat nie gestremdhede het nie.

Olkin (1999:92) maak die volgende stelling in hierdie verband: *“Stop studying the presumably negative effects of a child with a disability on parents and siblings.”*

Hierdie outeur is van mening dat navorsing te eksklusief gefokus het op die begrip van ouers se verlies of las ten opsigte van die kind met die gestremdheid en min navorsing het gefokus op positiewe uitkomst. Meeste van hierdie studies maak die volgende aanames:

- Om 'n kind met 'n gestremdheid te hê en te versorg is 'n las
- Hierdie las sal die gesin se hulpbronne in alle aspekte aanraak
- Daar is nodig om meer te verstaan oor hoe hierdie gesinne hierdie las hanteer.

Een van die stigters van die *American Academy for Cerebral Palsy*, Eric Denhoff, het gevind dat min navorsing gefokus het op positiewe uitkomst. Hy het die belangrikheid daarvan uitgewys dat sekere kinders en gesinne beter aanpas en dat hulle meer suksesvol is in die hantering van die toestand. Die belangrikheid van gesinsinvloed is hier uitgelig (Harper, 1999:579).

Hieruit is dit dus duidelik dat die gesin die toestand van 'n kind met 'n gestremdheid kan hanteer tot voordeel van die kind en dat dit nie nodig is om altyd op die negatiewe te fokus nie, maar dat daar gefokus moet word op positiewe uitkomst.

Vervolgens word aspekte bespreek wat binne die gesin aandag moet geniet om sodoende die kind met die gestremdheid toe te laat tot optimale funksionering.

- Onafhanklikheid: Gesinne moet geleentheid en aanmoediging bied tot onafhanklikheid. Batshaw (1992:563) bevestig dit en is van mening dat die wyse waarop die gesin daaglikse spanning, probleme en behoeftes hanteer, grootliks die suksesvolle ontwikkeling van die kind bepaal. Hieruit is dit dus duidelik dat positiewe uitkomst moontlik is deurdat aanpassing suksesvol bereik word en dat die toestand optimaal hanteer word. Die invloed van die gesin speel egter 'n belangrike rol in die volgende aspekte:

- Verhoudings
- Aanmoediging tot onafhanklikheid
- Onafhanklikheid

- Hantering van spanning, probleme en behoeftes.

Die navorser is van mening dat die fase van die middelkinderjare 'n fase is waar onafhanklikheid van die kind aangemoedig moet word sodat bekwaamheid en bevoegdheid aangeleer kan word. Olkin (1999:96) is van mening dat die kind met die gestremdheid 'n fisiese afhanklikheid het van die gesin en dat dit moontlik mag voortduur. Dit het tot gevolg dat emosionele en sielkundige onafhanklikheid ingeperk word. Waar kinders sonder gestremdhede onafhanklikheid self aanneem en aanvaar, moet onafhanklikheid aan die kind met die gestremdheid doelbewus gegee word.

Die navorser is van mening dat die geboorte van 'n kind met 'n gestremdheid addisionele uitdagings vir die gesin bring. Dit bring veranderinge teweeg wat finansiële uitgawes, minder tyd aan die self, veranderinge in slaappatrone, addisionele huishoudings - en versorgingsverantwoordelikhede, en die moontlikheid van die verlies aan 'n werk en inkomste, insluit. Hierdie aspekte moet deur middel van beplanning en doelbewuste strategië die hoof gebied word sodat die gesin nie hierdeur omvergegooi word en die optimale funksionering van die kind hierdeur beïnvloed word nie.

Volgens Molteno & Lachman (1996:13) is daar veranderlikes soos sosiale ondersteuning wat 'n gesin in staat stel om dit te hanteer. Navorsing het ook al gefokus op die wyses waarop 'n gesin met 'n kind met 'n gestremdheid in staat is om die toestand te hanteer (Beresford, 1994:23). Die vraag het egter by die navorser ontstaan hoe die gesin die toestand so effektief moontlik tot voordeel van die kind met die gestremdheid hanteer, sonder om die kind verder te beperk in reeds beperkende omstandighede.

- Bevoegdheid: In 'n studies wat gedoen is in 1960 is die verhouding tussen ouerskapstyle en die ontwikkeling van bevoegdheid by kinders ondersoek. Daar is gevind dat bevoegdheid by kinders alreeds duidelik word op tien maande en teen twee jaar kan kinders geklassifiseer word as bevoeg of onbevoeg. Dit is dan ook die tydperk as kinders begin praat, loop en ontdek.

Dit is gedurende hierdie tydperk dat ouerskapstyle 'n belangrik rol speel (Berns, 2001:159).

Die moeders van bevoegde kinders het die volgende gedoen:

- 'n Veilige, fisiese ruimte vir kinders om te ontdek en dinge op hulle eie te ondersoek, geskep
- Interessante dinge om te ontdek, geskep
- Het slegs 10% van hulle tyd doelbewus by die kind spandeer maar was altyd daar indien nodig
- Hulle het hulself beskikbaar gemaak om te deel in die kind se ontdekking, vrae te antwoord of om te help
- Hulle geniet die kind, was geduldig, energiek, verdraagsaam teenoor ongelukke en gemors
- Stel grense vir gedrag, was ferm en konstant in dissipline.

Die moeders van onbevoegde kinders was:

- Omvergegooi deur daaglikse take
- Slordig
- Oorbeskermend
- Beperkend in wat die kind kon ontdek
- Het te veel grense gestel tot die fisiese wêreld van die kind (Berns, 2001:159).

Hieruit is dit dus duidelik dat ouers 'n belangrike rol speel in die ontwikkeling van bevoegdheid by die kind. Die ouer van die kind met die gestremdheid moet nie te veel oorbeskermend wees nie, moet nie die kind beperk in fisiese wêreld nie, en moet steeds geleentheid tot ontdekking verskaf.

- Verhoudings: Harper (1999:579) is van mening dat "goeie" gesinne met warm en stabiele verhoudings die ontwikkeling van die kind met die gestremdheid aanmoedig.

Uit hierdie gedeelte rondom die gesin en die kind met 'n kind met Bipolêre versteuring asook Serebraalgestremdheid is dit dus duidelik dat hierdie gesinne nie 'n tragedie verteenwoordig nie. Hoewel die invloed van hierdie kind op die gesin nie ontken kan word nie, moet hierdie kind steeds beskou word as een met unieke potensiaal en eie behoeftes tot onafhanklikheid, bevoegheid, bevredigende verhoudings en optimale funksionering.

3.8 SAMEVATTING

Uit die ondersoek rondom die gesinsfunksionering en die kind in die middelkinderjare met 'n Bipolêre versteuring asook Serebraalgestremdheid kan die navorser die volgende samevatting bied:

- 3.8.1 Tydens hierdie ondersoek is daar gebruik gemaak van verskillende konseptuele benaderings tot die gesin. Die Gesinslewensiklusbenadering fokus op take wat die gesin het in die verskillende lewensfases. Die gesin met 'n kind in die middelkinderjare moet ruimte maak vir die kind en moet verhoudings hierby aanpas.
- 3.8.2 Die Struktureel-funksionele benadering is gebaseer op die aanname dat die gesin 'n sosiale sisteem is met funksionele voorwaardes tot oorlewing. Daar is ook strukturele voorwaardes wat beskou word as addisioneel tot die kernfunksies.
- 3.8.3 Die Gesinsisteembenadering fokus op die interafhanklikheid van die gesin op mekaar en ook op ander sisteme.
- 3.8.4 Tydens hierdie ondersoek is van al die bogenoemde benaderings gebruik gemaak deur op temas te identifiseer om gesinsfunksionering te meet. 'n Psigo-sosiale benadering tot gesinsfunksionering is bydraend hiertoe gebruik en fokus op struktuur, affek, kommunikase, gedragskontrole, waarde oordrag en eksterne sisteme. Temas wat uit die literatuur geïdentifiseer is, is addisioneel hiertoe gebruik tydens die ondersoek.

- 3.8.5 Die take van die ouers wat 'n kind in die middelkinderjare het is om emosioneel-, moreel-, fisies-, opvoedkundige- en onspanningsbehoefes van die kind te bevredig.
- 3.8.6 Die gesin se taak is om plek te maak vir kinders, ouerskapsrolle te aanvaar, en verhoudings te hervestig met grootouers. Die regte van die kind met 'n gestremdheid moet ook binne die gesin aangespreek en verwesenlik word.
- 3.8.7 Bipolêre versteuring binne die gesin kan vergelyk word met 'n gestremdheid aangesien sekere inperkings tot gevolg het dat die ontwikkelingstake van die kind nie bereik word nie. Die selfbeeld en die ontwikkeling van die kind word ook negatief geraak deurdat die regulering van emosies, die aanleer van vaardighede en die vestiging en handhawing van sosiale verhoudings skadelik is. Bipolêre versteuring veroorsaak dat verhoudings binne die gesin lank onder spanning.
- 3.8.8 Serebraalgestremdheid het verskeie gesinsreaksies tot gevolg. Aanpassing moet egter bereik word sodat die kind aanvaar kan word en aangemoedig word tot optimale funksionering.
- 3.8.9 Serebraalgestremdheid se invloed op die kind is spesifiek negatief indien daar slegs gefokus word op negatiewe uitkomst en die kind nie beskou word as dat daar 'n toekoms is nie. Die fokus van gestremdheid moet skuif vanaf 'n negatiewe perspektief na positiewe uitkomst en verwagtings.
- 3.8.10 Die invloed wat die gestremdheid op die gesin kan egter nie ontken word nie en beïnvloed verskeie aspekte soos kommunikasie, gesinsdinamika, die huwelik en ander kinders in die gesin. Hierdie aspekte moet egter binne perspektief beskou word en nie die kind met die gestremdheid beperk tot optimale funksionering nie.
- 3.8.11 Optimale funksionering van die kind met 'n gestremdheid kan bereik word indien aandag verleen word aan verhoudings met die kind, onafhanklikheid en bevoegdheid.

HOOFSTUK 4**EMPIRIESE ONDERSOEK****4.1 INLEIDING**

In die vorige hoofstukke is 'n literatuurondersoek gedoen rondom gesinsfunksionering en die kind in die middelkinderjare wat 'n Bipolêre versteuring asook Serebraalgestremdheid het. Tydens hierdie hoofstuk gaan die resultate van die empiriese ondersoek bespreek word. 'n Opsomming van die ondersoek en gevolgtrekkings sal in die volgende hoofstuk weergegee word.

In die eerste gedeelte van hierdie hoofstuk sal beskrywende inligting gegee word rondom die gesin waarop hierdie in-diepte ondersoek gebaseer is. Die resultate verkry vanaf die gekombineerde benadering sal soos volg voorgestel word. Eerstens sal die resultate van die "Hudson Skaal: Indeks van Ouerlike Houding" voorgestel word, met ander woorde die kwantitatiewe resultate. Resultate wat verkry is deur die ongestruktureerde vraelys en ongestruktureerde waarneming sal gekombineerd voorgestel word deur middel van temas wat rondom gesinspatrone geïdentifiseer is. Onderhoude wat gevoer is met die psigiater, pediater, sielkundige, fisioterapeut en onderwysers sal telkens hiermee gekombineer word.

Vervolgens word 'n kortlikse opsomming van die navorsingsproses wat tydens die ondersoek gevolg is, verskaf.

4.2 NAVORSINGSPROSES

Die navorsingsprosedure waarvan daar gebruik gemaak is, is die "*One shot case study*". Hierdie prosedure is gebruik om die betrokke gesin deeglik te ondersoek en te beskryf binne die verkennende ontwerp (De Vos, 1998:124).

'n Kombinasie van die kwantitatiewe - en die kwalitatiewe navorsingsbenadering is gebruik. Die kwantitatiewe deel van die navorsing is die minder dominante deel van die navorsing. Daar is gebruik gemaak van die gestandaardiseerde "Hudson skaal: Indeks van Ouerlike Houding". Die inligting wat hier verkry is, is aanvullend tot die kwalitatiewe navorsing gebruik wat die meer dominante deel van die navorsing is.

Die kwalitatiewe inligting is verkry van ongestruktureerde onderhoude wat gevoer is met die gesin en die multi-dissiplinêre span wat betrokke is by die gesin. Daar is ook gebruik gemaak van ongestruktureerde waarneming wat oor 'n tydperk plaasgevind het. Die navorser het vir 'n tydperk deel geword van die gesinsaktiwiteite om sodoende op 'n praktiese wyse patrone en dimensies binne die gesin te ontdek wat moontlik die kind met die Bipolêre versteuring asook Serebraalgestremdheid in optimale funksionering beperk. Mediese-, sielkundige-, skool-, arbeidsterapie- en fisioterapieverslae is ook gebruik om agtergrondinligting rondom die toestand te verkry.

Die inligting wat verkry is, is in verband gebring met temas wat geïdentifiseer is tydens die navorsing, asook teorie wat tydens die literatuurondersoek na vore gekom het.

Die navorser wil graag duidelik maak dat daar op geen wyse probeer is om die ernstigheid van die toestand van sowel Bipolêre versteuring asook Serebraalgestremdheid te onderskat of te ondermyn nie. Hierdie aspekte en die invloed daarvan word duidelik erken, maar daar word gehoop dat temas wat geïdentifiseer is tydens die ondersoek moontlik perspektief kan bied ten opsigte van die optimale funksionering van diegene wat binne vermoëns beperk word.

Vervolgens word die identifiserende en kliniese gegewens weergegee rondom die gesin waarop die navorsing gefokus het, soos dit weergegee is deur verslae asook ervarings van die gesin.

4.3 AGTERGRONDINLIGTING

4.3.1 Gesinsamestelling

Tabel 6 Gesinsamestelling

Lid van die gesin	Geboortedatum	Ouderdom
Vader	Julie 1947	55
Moeder	November 1953	49
Suster (A)	Oktober 1970	32
Broer (B)	Oktober 1973	29
Suster (C)	Mei 1978	24
Broer (K)	Junie 1989	13

Uit die bogenoemde inligting is dit duidelik dat K, die kind met die Bipolêre versteuring asook Serebraalgestremdheid, baie jonger is as die ander kinders. Die

ander kinders, behalwe C, het reeds die huis verlaat. A is getroud met twee kinders, B is getroud met een kind, en C is verloof.

4.3.2 Kliniese verloop van die swangerskap, geboorte en diagnose van affektiewe versteuring en gestremdheid

4.3.2.1 Swangerskap

Die swangerskap was onbepland. Ma was 36 jaar oud en wou nie swanger wees nie as gevolg van finansiële redes, ouderdom en sy het gevoel dat dit tyd raak om te rus.

Ma was baie ontsteld toe sy hoor dat sy swanger is en het gedurende die swangerskap baie gehuil. Sy was ook baie bekommerd dat die kind abnormaal sou wees. Pa was bly oor die nuus hoewel hy nie altyd ondersteuning in hierdie verband gebied het nie. Die ander kinders was baie bly en het baie in die huis gehelp.

4.3.2.2 Geboorte (1989)

K is deur middel van 'n keisersnit gebore en was 2,9kg by geboorte. Ma was 'n jaar lank na die geboorte steeds hartseer.

4.3.2.3 Babajare (1990)

K het as baba soos enige normale baba vordering getoon. Op ongeveer 8 maande het K egter die eerste koorsstuipe gekry. Drie maande later het hy weer koorsstuipe gekry. Almal in die gesin was senuweeagtig hieromtrent. K was gereeld siek en dit het gevoel of dinge met hom net "anders" is as met die ander kinders. Hy het al sieker geword en was gereeld in die hospitaal. Op 11 maande het hy weer stuipe gekry, en was 14 dae in die hospitaal. Hy is met die Herpes virus gediagnoseer. Ander siektes soos onder andere boonstelugweginfeksie, maagvirsusse, allergieë, sinus, waterpokkies, ekseem, geelsug, asma en kroep het ook voorgekom.

4.3.2.4 Babajare (1991)

K het moeilik begin word. Met tye was dit asof hy beheer verloor het. Ma het besef sy gedrag is anders as wat die gedrag van die ander kinders was. Ma het K Weskoppies Psigiatriese Hospitaal toe geneem. Daar is gesê dat K niks makeer nie

en dat dit slegs nageboortedeprimie by ma is. Ma het toe tydelik opgehou om hulp te soek. K se gedrag was egter steeds onvoorspelbaar. Hy het altyd gewelddadig gespeel en op so 'n wyse woedend geraak dat dit lyk asof hy iemand sal vermoor. Dit het gewoonlik gebeur as hy nie sy sin kon kry nie. Hy sou alles in sy kamer omgooi en geneig wees om te slaan en te vloek. Hy het ook nie met ander kinders gespeel nie omdat hy te gewelddadig was. Dit was ook duidelik dat hy nie bang was om gevaarlike dinge te doen nie. Volgens ma was hulle steeds baie lief vir hom en sou alles vir hom doen. Hulle wou nie hê dat K dinge doen wat hulle kon verhoed het nie. Hulle het gesukkel dat hy moet luister en om dissipline uit te voer. In hierdie tyd is K ook met epilepsie gediagnoseer.

4.3.2.5 Babajare (1992)

In hierdie tyd het K konvulsies gekry. Hy het epilepsie gekry, hiperaktiewe gedrag getoon en sy frustrasiedrempel was laag. Die volgende dissiplines se menings is ingewin:

- **Arbeidsterapeut:** K het stadige neurologiese rypwording wat die res van sy motoriese ontwikkeling benadeel. Hy is effens hipotonies en sy balans is swak. Uit sy emosionele/sosiale funksies is dit duidelik dat daar probleme is. Hy het 'n lae frustrasiedrempel en woedebuie.
- **Pediater (1):** Allergieë bestaan as gevolg van huisstofmiet, honde- en kothare. Medikasie vir epilepsie is voorgeskryf.
- **Sielkundige (psigometries):** Vind dat ouers baie aandag gee aan stimulasie van kind. Taalvaardigheid, getalbegrip, ruimtelike oriëntasie en koördinasie lyk goed.
- **Pediater (2):** Fisiese ondersoek is binne normale perke. Heelwat gedragsprobleme kom voor en hy is ook baie manipulerend. Koorsontlokte epilepsie is gediagnoseer.
- **Fisioterapeut:** Behandel vir slym.

4.3.2.6 Vroeë kinderjare (1993)

K is gediagnoseer met Serebrale parese en is gering spasties. Die volgende bevindings volgens dissiplines:

- Nuwe Hoop Skool evaluasie: K is 'n spastiese dipleeg – aantasting is links erger as regs. Het dus 'n Serebraalgestremdheid. Intensiewe arbeids-, fisio- en spraakterapie word aanbeveel.
- Fisioterapeut: Motoriese ontwikkeling is binne normale perke. Geringe maar opmerklieke spiertonus verhoging.
- Arbeidsterapeut: K kom lomp voor. Hy het 'n bilaterale tremor is hiperaktief, aandagafleibaar en het 'n lae frustrasiedrempel. K is onafhanklik vir sy ouderdom ten opsigte van eet, toiletgewoontes en aan- en uittrek.
- Ortopediese chirurg: Dipleeg as gevolg van boonste motorneuron-letsel wat of perinataal of tydens ernstige koorssiektes opgedoen is.

Die ouers het 'n oorplasing vanaf Bethal na Pretoria gevra sodat K in Pretoria Skool vir Serebraalgestremdes opgeneem kan word.

Intussen was K se gedrag steeds manipulerend, hiperaktief, aggressief, impulsief met 'n lae frustrasiedrempel asook met erge woedebuie. Volgens die huisdokter funksioneer die hele gesin nie na wense nie en K word beskou as die oorsaak daarvan.

4.3.2.7 Middelkinderjare (1998)

Volgens die pediater is daar gedurende hierdie tyd 'n progressiewe neurologiese agteruitgang. K het erge veelvuldige bloukolle en progressiewe verergerende ataksie. 'n Diagnose van Progressiewe Spino-serebelêre Degenerasie word gemaak. Kognitiewe ontwikkeling sal op die langtermyn gespaar bly, maar as gevolg van die spieraantasting sal neurologiese uitvoer van take soos skryf, spraak en balans progressief swakker raak. Dit is dan ook die rede vir die bloukolle aangesien K homself dikwels teen voorwerpe stamp.

4.3.2.8 Middelkinderjare (2000)

K is by Weskoppies Psigiatriese Hospitaal gediagnoseer met Bipolêre gemoedsversteuring.

4.3.2.9 Middelkinderjare (2002)

Tans kan K se funksionering as stabiel beskryf word. Met die medikasie wat hy ontvang, is sy gemoedstoestand relatief stabiel. Effense gemoedsveranderinge sal plaasvind afhangende van Lithuimvlakke in die bloed. Sy fisiese vaardighede is ingeperk as gevolg van die Serebrale parese. Volgens 'n onderhoud met die sielkundige is dit duidelik gemaak dat medikasie vir Bipolêre versteuring hierdie gedrag kan laat stabiliseer en dat die persoon met 'n normale lewe kan voortgaan.

Uit die bogenoemde die volgende samevatting:

- K is die jongste van vier kinders, gebore toe sy moeder 36 jaar en die vader 42 jaar oud was.
- Die swangerskap het 38 weke geduur en K is deur middel van 'n keisersnit gebore. Die moeder was ongelukkig en gespanne tydens die swangerskap, aangesien dit onbepland was en sy nie 'n vierde kind wou hê nie.
- Daar was geen onmiddellike neonatale probleme nie. K het vanaf 9 maande telkens koorsstuipe gekry en het op ongeveer eenjarige ouderdom 'n episode van erge Herpes virus gehad.
- K is met Serebrale parese gediagnoseer. Op 29 Februarie 2000 is K na Weskoppies Psigiatriese Hospitaal verwys vir opname en diagnosering van afwykende gedrag. Na 'n tydperk van opname is die diagnose van Bipolêre gemoedsversteuring gemaak.
- Tans is K se toestand relatief stabiel. Hy ervaar met tye gemoedsveranderinge, maar is redelik stabiel met die medikasie wat hy ontvang.

Vervolgens word die resultate van die “Hudson Skaal: Indeks van Ouerlike Houding” bekendgemaak.

4.4 Kwantitatiewe data (Indeks van Ouerlike Houding)

Die Indeks van Ouerlike Houding meet ouerlike houding. Hierdie meetinstrument is verkry vanaf Perspektief Opleidingskollege en is ontwerp en gestandaardiseer deur Walter Hudson (1992).

Die meetinstrument word geskaal deur een formule te gebruik om ‘n enkele totale punt te bereken vir die konstruk wat gemeet word. Die formule voorsien ‘n punt wat wissel tussen 0 en 100. Die formule is soos volg:

$$S = \frac{(SX - N)100}{N(K - 1)}$$

S = Finale puntetelling (%)

N = Getal items korrek voltooi

K = Getal responskategorieë

SX = Som van alle korrek voltooide items (nadat tellings omgekeer is)

Die skaal se kliniese afsnypunt is 30 en die standaardafmetingsfout is 5%. Die volgende is dus van toepassing:

0 – 25 = Optimaal geaktiveer

25 – 35 = Onseker area

35 – 100 = Oorgeaktiveer

Uit die vraelys wat beide die moeder en die vader voltooi het, is die volgende resultate verkry:

Vader se finale puntetelling: 40 persent

Moeder se finale puntetelling: 25 persent

Hieruit is dit duidelik dat vader se houding teenoor K negatief geaktiveer is en moeder se houding is onseker. Verdere inligting hieromtrent is ingewin deur onderhoude en observasie soos vervolgens aangebied sal word.

4.5 Kwalitatiewe data (Observasie en onderhoudvoering)

In hierdie gedeelte van die hoofstuk sal die inligting weergegee word wat ingewin is deur middel van onderhoude wat gevoer is. Ongestruktureerde onderhoude is met sowel die gesin as met die pediater, psigiater, sielkundige, fisioterapeut en onderwysers gevoer.

Ongestruktureerde waarneming is ook gebruik. Waarneming het plaasgevind met 'n verloop van tyd waar die navorser tyd saam met die gesin spandeer het, of saam was op uitstappies.

Die inligting van die onderhoude en die waarneming is in verband gebring met die Sisteemteorie, die Gesinslebensiklusbenadering, die Konstruktorelebensiklusbenadering, die dimensies van gesinsfunksionering asook die literatuurondersoek rondom Bipolêre versteuring en Serebraalgestremdheid.

Vervolgens word die inligting deur middel van temas wat geïdentifiseer is, weergegee.

4.5.1 Affeksie (emosie)

Volgens beskrywings van die gesinslede was daar nog altyd spanning in die huishouding aangesien almal die volgende uitbarsting van K gevrees het. Pa was nie baie betrokke hierby nie. Hy het in hierdie tyd ook nie saam met hulle gebly nie aangesien hy tydelik op 'n ander plek gewerk het. Hy het wel kom kuier maar gou gery indien 'n uitbarsting ontstaan het. Al hierdie het 'n werklike invloed op die verhoudings en die atmosfeer in die gesin gehad. Ma is van mening dat hoewel die huweliksverhouding voor die geboorte van K al aan die verbokkel was hierdie toestand dit vererger en dit bespoedig het.

Hieruit wil dit voorkom asof Pa nie binne die derde fase van die Ses-fase-lewensiklusteorie beweeg nie aangesien Pa nie op emosionele wyse ruimte maak vir K en K se behoeftes nie (Carter & McGoldrick, 1999:8). Dit kan moontlik wees as gevolg van die feit dat K soveel jonger is as die ander kinders dat Pa moontlik al in die volgende fase van die lewensiklus beweeg waar kinders die huis verlaat.

Op hierdie stadium word die gevoelens wat die gesinslede teenoor K het, beskryf as nie baie positief nie. Deur die waarneming was dit ook duidelik dat veral Ma gespanne is omtrent die gedrag van K. C tree baie moederlik en beskermend teenoor hom op en B neem 'n vaderlike houding teenoor K in deur hom aan te spreek oor huiswerk of ander take.

Daar is spanning in die huishouding as gevolg van die volgende redes:

- K se gedrag het weer versleg
- Pa en Ma tree nie dieselfde op teenoor K nie. Ma sal “Nee” sê en Pa sal “Ja” sê
- Spanning word ook veroorsaak as K en C baklei. Ma maak asof sy nie hoor nie aangesien sy moeg raak van gevegte. As Ma opkom vir K word daar gesê dat sy hom voortrek. “Partymaal voel dit asof dit beter sal wees as K eerder dood is want dan sal al die probleme weggaan. Ignoreer dus eerder alles.” Pa sal agterna dinge wil hanteer maar dit sal op 'n aggressiewe wyse plaasvind. Pa sal K onbehoorlik slaan
- Pa se onbetrokkenheid
- Klein dingetjies veroorsaak spanning. Byvoorbeeld as K nie wil huiswerk doen of bad nie. Ook om dorp toe te gaan, is 'n inspanning. Ma kry dikwels skaam vir K.

Hieruit is dit dus duidelik dat daar oor die algemeen nie 'n ontspanne, positiewe en aangename atmosfeer in die huis is nie en asof K beskou word as die oorsaak daarvan. Olkin (1999:93) meen egter dat negatiewe houdings veroorsaak dat daar nie begrip is ten opsigte van positiewe uitkomstes nie. Hieruit is dit dus duidelik dat tot tyd en wyl K beskou gaan word as 'n las of 'n oorsaak van probleme, optimale funksionering nie aangemoedig sal word nie.

Uit die gestandaardiseerde vraelys het dit na vore gekom dat beide Pa en Ma voel dat K soms op hulle senuwees werk. Beide Pa en Ma het aangetoon dat hulle K nie haat nie en dat dit nooit voel asof hulle hom nie liefhet nie. Pa het egter aangetoon dat hy dikwels kwaad voel teenoor K. Pa voel ook dat hy meestal voel dat hy nie van K hou nie. Beide Ma en Pa het aangetoon dat hulle soms wens hulle het nie die kind gehad nie. Die navorser is van mening dat hierdie gevoelens regverdig word uit die toestand wat Bipolêre versteuring asook Serebraalgestremdheid meebring. Hierdie

gevoelens sal egter voortduur indien die toestand nie doelbewus tot optimale funksionering hanteer word nie.

'n Aspek wat 'n definitiewe invloed op die optimale funksionering van K het, is ontkenning van die toestand en die feit dat die toestand nie doelbewus hanteer word nie. Daar word nie openlik met K gepraat oor sy gestremdheid nie. Die gesin is in 'n mate bang en weet nie hoe om op die regte manier met hom daarvoor te gesels nie. K weet dat hy gestremd is, want hy kan nie alles doen wat ander kan doen nie, maar Ma twyfel of hy bewus is van sy Bipolêre versteuring.

Volgens Ma bestaan daar baie vrese rondom K, naamlik onder andere die volgende:

- Wat gaan van hom word as hulle nie meer daar is nie?
- Watter toekoms is daar vir hom – waar gaan hy bly, werk of trou?
- Sy aggressiewe gedrag – wat gaan dit nie alles nog tot gevolg hê nie?
- Hoe gaan Ma hom bly beskerm? Hoe lank sal Ma nog 'n muur kan wees?
- Hoe gaan sy gedrag nog versleg?
- Is van mening dat K beïnvloedbaar is – dit kan veroorsaak dat hy in allerhande moeilikheid kan beland.

Hierdie vrese word nooit openlik in die huis bespreek nie. Daar is nog nooit oor die gestremdheid en die langtermyngevolge daarvan gepraat nie. Hieruit is dit duidelik dat gesinslede nie die vrymoedigheid het om probleme en vrese met mekaar te deel nie of om saam 'n oplossing vir die probleem te kry nie. Dit is duidelik dat die fisiese afhanklikheid van K veroorsaak dat emosionele en sielkundige onafhanklikheid van K ingeperk word (Olkin, 1999:96).

Ma is van mening dat Pa van die begin af dinge omtrent K ontken het en die fout by Ma gesoek het. Toe Ma die eerste keer bewus word van die feit dat daar fout is by K het Pa dit ontken. Hy wou nie 'n oorplasing Pretoria toe aanvaar nie en gesê dat die probleem by Ma is en nie by K nie. Pa is tans meer bewus van die feit dat K 'n gestremdheid het. Die Bipolêre versteuring en die gepaardgaande gedrag word egter moeiliker hanteer. Pa sal nooit saamgaan dokters toe nie, en Ma voel dat as Pa nodig is, is hy nooit daar nie. Dit wil hieruit voorkom asof empatie tussen Pa en Ma nie werklik bestaan nie en asof daar nie wedersydse vertroue is nie. Die feit dat Pa vir K op aggressiewe en onbehoorlike wyse hanteer, kan moontlik die emosionele

sekuriteit van K beïnvloed. Uit gesprekke met Pa en deur waarneming was dit asof Pa nie werklik K se gedrag binne die raamwerk van Bipolêre versteuring wou beskou nie. Pa dink 'n oplossing vir die gedrag is fisiese straf.

Pa is wel betrokke in meer praktiese probleme rondom die toestand van K. Aangesien Ma afhanklik is van vervoer sal Pa haar altyd kom oplaai en na afsprake neem. Hy laai ook altyd vir C op en af na haar werk. Hieruit is dit duidelik volgens die Struktureel-funksionele benadering dat Pa wel funksionele vereistes in die huishouding uitvoer. Sekondêre funksies wat meer emosioneel van aard is, word egter nie uitgevoer nie (Geismar & Camasso, 1993:30).

Wat die uitdrukking van gevoelens aanbetref, wil dit voorkom asof ontoepaslike uitdrukking van gevoelens voorkom in die huisgesin, spesifiek wat Ma en Pa aanbetref. Die situasie word beskryf dat Pa een Kersfees 'n ander vrou huis toe gebring het. Die kinders was baie ontsteld, maar Ma het gelag en gesê dat almal hulle foute het.

Verder is dit ook duidelik dat K moeilik gevoelens uitdruk. Indien K 'n probleem het, sal hy nie maklik daarvoor praat nie. Hy word beskryf as baie geslote. Sy gedrag sal net aggressiewer raak. Ma weet ook nie hoe K oor dinge soos sy gestremdheid en die feit dat hy baie medikasie gebruik, voel nie. K sal soms dinge van die skool vertel. Ma luister graag na hom. K sal ook vir Ma sê indien Pa hom ontoepaslike name noem. Indien 'n rusie dan hieruit ontstaan, sal Pa wegry. K sal ook met suster C oor probleme praat – sy hanteer hom soos wat sy die kinders by die kleuterskool hanteer.

Indien Ma bekommernisse het, word dit met C gedeel. Alles word egter nie gedeel nie aangesien C dit nie alles kan hanteer nie. Hulle sal saam 'n oplossing probeer kry. Probleme en bekommernisse word egter nooit met Pa gedeel nie. Indien K 'n probleem het met huiswerk sal hy laat in die aand vir ma vra om 'n brief vir hom te skryf sodat hy nie gestraf sal word by die skool nie. Ma sal dit dan vir hom doen. Hieruit is dit dus duidelik dat gevoelens binne die huisgesin nie geredelik gedeel word nie en indien 'n probleem opkom, word die vinnigste moontlike oplossing daarvoor gekry sonder om langtermynimplikasies daarvan te oorweeg.

Uit die aard van die huweliksverhouding wat Ma en Pa het en die vermoede dat Pa 'n buite-egtelike verhouding het, kan daar aanvaar word dat die vertroude wat daar in Pa

is grootliks geskend is. Die onbehoorlike hantering van K deur Pa, asook die onbetrokkenheid wat Pa in die huishouding en die huishoudelike probleme het, kan moontlik die wantroue versterk.

Uit die bespreking rondom die dimensie van affeksie bied Tabel 7 'n opsomming wat dit aanbetref:

Tabel 7 Gesinseienskappe van affeksie

Gesinseienskappe van affeksie	Voorkoms
Gesinsatmosfeer	- Nie ontspanne - Nie positief en aangenaam - Spanning heers - Onttrekking
Empatie	- Pa blameer Ma en vertrou nie Ma se oordeel - Pa hanteer K op aggressiewe en onbehoorlike wyse
Vertroue	- Vertroue tussen Ma en Pa asook Pa en kinders is geskend
Deel van gevoelens	- Probleme en bekommernisse word nie gedeel - Ontoepaslike gevoelsuitdrukking - Aggressie
Emosionele sekuriteit	- Pa onttrek hom van K se probleem - Ontoepaslike hantering van K se gedrag

Ouers het sekere emosionele take ten opsigte van die kind in die middelkinderjare. Volgens Barland, Laybourn, Hill & Brown (1998:37) het ouers die verantwoordelikheid om te luister, versekering te gee, ondersteuning te bied, selfbeeld te bevorder, aanmoediging te voorsien, stabiliteit en sekuriteit te verskaf en liefde en aandag te gee. Uit die bogenoemde wil dit voorkom asof Ma wel take verrig ten opsigte van emosionele behoeftes by K. In sekere gevalle word dit egter oordoen en word onafhanklikheid sodoende nie aangemoedig nie. Pa vervul meer 'n afwesige rol wat sodoende emosionele sekuriteit nadelig kan beïnvloed.

4.5.2 Waarde oordrag (Moreel)

Volgens Ma plaas Pa baie negatiewe dinge in K se kop. Ontoepaslike opmerkings omtrent vroue op die televisie word gemaak of ontoepaslike taalgebruik vind plaas. Pa sal ook dinge sê soos: "jou dom idioot", wat moontlik afbrekend en negatief van aard is. Die afleiding hieruit word gemaak dat hierdie negatiewe versterking wat K ontvang die ontwikkeling tot volle potensiaal kan beïnvloed. Die ontwikkeling en groei van etiese waardes word ook nie aangemoedig nie. K word ook nie aangemoedig tot bekwaamheid nie.

Wat die aanleer van godsdienstige waardes aanbetref, het dit na vore gekom dat kerkbywoning baie ongereeld plaasvind. Ma gaan gewoonlik nie saam nie.

Volgens Hetherington & Mavis (1986:491) dien die ouer as 'n model vir die kind om na te volg en sodoende waardes aan te leer. Indien die kind blootgestel word aan afwykende modelle sal kultureel aanvaarbare gedrag moeiliker ontwikkel word. Dit is ook duidelik dat 'n verhouding wat gekenmerk word deur ondersteuning en harmonie daartoe bydra dat kinders sterker en gelukkiger daaruit kom. Uit die aard van die huweliksverhouding van die ouers, die onttrekking van pa, die hantering van konflik en kommunikasie binne die gesin wat by 4.4.1 bespreek is, kan daar gesê word dat daar nie 'n stabiele model van 'n toepaslike sisteem van waardes vir K bestaan nie.

Tabel 8 bied 'n opsomming van die gesinseienskappe rondom waarde oordrag.

Tabel 8 Gesinseienskappe van waarde oordrag

Gesinseienskappe van waarde oordrag	Voorkoms
Potensiaal oriëntering	- Negatiewe versterking van Pa aan K - Bou nie selfvertroue tot bevoegdheid nie
Etiese waardes	- Nie goeie aanmoediging tot morele gedrag nie
Filosofie van lewe	- Nie 'n toepaslike sisteem van waardes
Godsdienstige waardes	- Ongereelde kerkbywoning

Volgens Barland, Laybourn, Hill & Brown (1998:37) is dit ouers se verantwoordelikheid om aan die kind in die middelkinderjare se morele behoeftes te voorsien deur aan die kind reg en verkeerd te leer, respek vir ander, self en materiële dinge te leer en om dissipline en die stel van duidelike grense mee te bring. Uit die empiriese ondersoek wil dit voorkom asof die gesin nie op 'n doelbewuste en direkte wyse in hierdie behoeftes van K voorsien nie.

4.5.3 Gedragskontrole

In die huis bestaan daar nie definitiewe reëls omtrent wat K mag en nie mag doen nie. Al reëls wat bestaan, is dat hy nie mag flieks kyk wat nie geskik is vir sy ouderdom nie en hy mag ook nie met ander kinders se goed by die huis aankom nie. Hierdie reëls vind egter nie altyd in balans plaas nie aangesien Ma en Pa nie konsekwent is ten opsigte van dissiplinering nie. Pa sal toelaat dat K sekere TV programme saam met hom kyk en dan ontoepaslike opmerkings aan Johan hieroor maak. Daar bestaan dus nie duidelike grense van kontrole nie.

Daar word nie verwag dat K werk in die huis doen nie. Op die vraag “Hoekom nie?” antwoord Ma: “Ek weet nie, ek is gewoon ek doen dit self.” Soms sal K iets doen, en ander kere moet ‘n mens hom pleit dat hy dit doen. Daar is ook sekere dinge wat K bloot weier om te doen soos om byvoorbeeld die honde se mis op te tel. K wil sy kamer skoon hê, maar hy sal dit nooit self skoonmaak nie. Hy maak nie sy bed op nie want dit is nooit netjies nie. Daar word ook nie tyd spandeer om hom te help en te leer om dit netjies te doen nie – dit word outomaties dan deur Ma gedoen. Daar is ook sekere dinge wat vir K gedoen word soos om hom aan te trek, sy skoene vas te maak en hom te help bad. Ma is van mening dat hy moontlik hierdie dinge self sal kan doen maar hy vat te lank om dit self te doen of hy is te haastig of net nie gemotiveerd om dit te doen nie en in die proses word dinge halfpad gedoen of word daar vreeslik gemors.

Uit die bogenoemde wil dit voorkom asof taamlike ongeduldigheid bestaan rondom die beperkte vermoëns van K. Dit word bevestig deur die situasie waar daar ‘n rolstoel vir K gekoop is om mee te beweeg indien hulle êrens heen sou stap aangesien K stadig stap en soms val as hy haastig raak. Hierdie kan moontlik veroorsaak dat K in sy eie vermoëns begin twyfel aangesien hy nie aangemoedig word om te bou op dit wat hy nog het nie.

Uit die onderhoud met die fisioterapeut van K is dit deur haar duidelik gemaak dat dit van uiterste belang is dat K dinge vir homself moet doen. Indien hy dinge vir homself doen, sal die ataksie teen ‘n stadiger pas vererger en kan hy ook sodoende onafhanklikheid verkry. Hy kan ook hierdeur leer hoe om saam met sy gestremdheid te lewe.

Uit die waarneming was dit ook duidelik dat K nie eie verantwoordelikheid aanvaar vir huiswerk nie. Aanmoediging van Ma help ook nie met die gevolg dat ma en C hom baie daarmee moet help.

Uit bogenoemde is dit duidelik dat onafhanklikheid van K nie aangemoedig word nie. Sy situasie word eintlik erger gemaak deurdat hy niks vir homself doen nie. Die psigiater het tydens die afspraak van 1 Oktober 2002 bevestig dat K baie agter is met die bereik van mylpale. Baie kan gedoen word om die beperkings wat by K voorkom, te oorkom deur uitdagings binne die bereik van K se vermoë daar te stel (Robinson, 1999:637). Indien alles egter vir K gedoen gaan word, gaan die bereik van mylpale steeds verder agteruit staan.

In die huis gee K ook baie bevel aan Ma en aan C. Ma is van mening dat daar wel dinge is wat K self kan doen wat hulle op hierdie stadium vir hom doen. Sy is ook van mening dat hy te min verantwoordelikheid het. Ma is egter bang dat K homself sal seermaak en sy kry die skuld daarvoor. Hulle is dus nie bereid dat K moet eksperimenteer en sy eie vermoëns ontdek of ontwikkel nie.

Uit die onderhoud met twee van die onderwysers van K het dit na vore gekom dat K in die klaskamer onafhanklik funksioneer en dat hy nie manipulerende gedrag toon nie. Hulle is van mening dat K baie goed binne 'n raamwerk van struktuur en konsekwente dissipline funksioneer.

Ma bevestig die stelling dat K in 'n groot mate oorbeskerm word. Dit vind plaas deur al die lede van die gesin maar Ma dalk die meeste. Alles wat K moontlik kan seermaak, word van hom af weggehou. K word nie toegelaat om enigiets op sy eie te doen nie. Hy mag in die huis speel of buite speel, maar Ma voel tog onrustig hieroor. Dit is dus duidelik dat K se gedrag, wat gepaardgaan met die gestremdheid, daartoe gelei het dat K sekere vaardighede nie op sy eie bemeester het nie. Dit het daartoe gelei dat K nie met gerustheid toegelaat word om dinge op sy eie te doen nie.

Daar word nie oor seksualiteit gepraat nie. Ma en C sal wel vir K van molestering vertel.

'n Baie positiewe aspek wat na vore gekom het, is dat daar vir K 'n rekenaar gekoop is. K is baie lief vir rekenaarspeletjies en sal dit graag op sy eie doen. Hieruit het dit duidelik na vore gekom dat K wel die vermoë het om dinge te bemeester en met aanmoediging en ondersteuning kan hy sy eie potensiaal ontdek.

Uit die aard van die Bipolêre versteuring wat K het, kom daar dikwels aggressiewe gedrag voor. Die medikasie wat hy gebruik, hou hierdie gedrag onder beheer. Om dus 'n afleiding te maak oor die effektiwiteit waarmee die gesin aggressiebeheer toepas, is nie noodwendig gepas nie. Sekere faktore kan egter moontlik aggressiewe gedrag aanmoedig deurdat K gewoonnd daaraan is dat alles vir hom gedoen word en dat hy in 'n mate selfsugtig is. Kry hy dan nie sy sin nie, kan aggressiewe gedrag voorkom.

Tydens 'n besoek wat saam met Ma onderneem is na die pediater het K uitermatige onbehoorlike gedrag in die wagkamer getoon. Hy was kwaad omdat Ma hom uit die skool geneem het en dat hy pouse gaan mis. Hy het voor die mense op Ma begin skree en sy kop teen die toonbank gestamp. Hierdie gedrag het Ma baie senuweeagtig gemaak en die feit dat sy reageer het op die gedrag het dit duidelik laat versterk. Uit die onderhoud met die onderwysers het dit na vore gekom dat K met tye manipulerende gedrag toon in die klaskamer deur byvoorbeeld te maak of hy flou word of in 'n woedebui uit te bars. Die feit dat hulle dan net ferm bly en die gedrag ignoreer, het daartoe gelei dat hy hierdie tipe gedrag in die klaskamer gestaak het.

Hieruit is dit dus duidelik dat Ma nie die vaardigheid het om die gedrag van K te hanteer nie. Vrese wat my Ma bestaan rondom die Bipolêre gedrag van K het tot gevolg gehad dat geen grense meer vir K gestel word nie. Dit het tot gevolg dat negatiewe gedrag moontlik bloot as 'n manipulerende tegniek deur K aangewend word.

Opsommend word Tabel 9 aangebied wat die gesinseienskappe van gedragskontrole identifiseer en die belangrikheid daarvan aantoon.

Tabel 8 Gesinseienskappe van gedragskontrole

Gesinseienskappe van gedragskontrole	Voorkoms
Dissipline	<ul style="list-style-type: none"> - Geen vaste reëls - Nie balans in dissiplinerings - Geen duidelike grense van kontrole
Otonomiteit	<ul style="list-style-type: none"> - Moedig afhanklikheid aan deur alles vir K te doen - Maak nie tyd om dinge te leer of om onafhanklikheid aan te moedig nie - Mylpale nie bereik - K het geen verantwoordelikhede in huishouding nie - Is onrustig as K op sy eie is - Nie bereid om te eksperimenteer om K se vermoëns te ontdek of te ontwikkel nie - Geen take in huishouding word aan K opgedra nie - K gee bevel aan Ma en C
Beskerming	<ul style="list-style-type: none"> - Gesin neem K se gestremdheid in ag, wil hom beskerm teen gevaar en teen mense wat dit nie begryp nie - Moontlik gaan beskerming oor in oorbeskerming
Seksualiteit	<ul style="list-style-type: none"> - Daar word nie met K gepraat oor seksualiteit nie - Word wel ingelig omtrent molestering
Aggressie	<ul style="list-style-type: none"> - As gevolg van Bipolêre gedrag van K is dit nie altyd moontlik om aggressie te beheer nie. Die feit dat K egter altyd sy sin kry en "selfsugtig" raak kan moontlik negatiewe gedrag versterk. Aggressie en manipulasie kom nie by die skool voor nie.

Uit die bogenoemde tabel is dit duidelik dat K oorbeskermend grootgemaak word, dat hy blootgestel word aan dissiplinerings wat nie stabiel is nie, hy het nie grense van kontrole nie en onafhanklikheid word nie aangemoedig nie.

Volgens Louw, Ede & Louw (1998:326) moet die kind tydens die middelkinderjare die volgende ontwikkelingstake bemeester:

- Verdere verfynde motoriese ontwikkeling
- Die vaslegging van geslagsrolidentiteit
- Ontwikkeling van verskeie kognitiewe vaardighede
- Die uitbreiding van kennis
- Uitbreiding van sosiale deelname
- Die ontwikkeling van groter selfkennis
- Die verdere ontwikkeling van morele oordeel en gedrag.

As gevolg van die Serebraalgestremdheid van K is dit voor die hand liggend dat veral motoriese ontwikkeling ingeperk sal wees en moontlik ook kognitiewe vaardighede. Bekwaamheid moet egter steeds aangemoedig word deurdat die kind suksesse moet beleef. Die feit dat onafhanklikheid en outonomieit van die kind nie aangemoedig word nie kan moontlik optimale ontwikkeling beïnvloed.

4.5.4 Eksterne sisteme (sosiaal)

In die huis word daar soms saam video's gekyk. Pa en K sal saam televisiespeletjies speel maar Pa word kwaad as K te veel wen. Ma, C en K sal ook soms ander bordspeletjies speel. Hy speel ook krieket buite of "*swingball*". K hou egter glad nie daarvan om met modder of grond of nat mengsels te speel nie. Vanuit 'n gestaltterapeutiese benadering (Oaklander, 1988:110) kan dit daarop dui dat K nie in kontak is met sy sensoriese kontakfunksies nie, moontlik omdat hy verwydering ervaar van homself en van sy liggaam. Sy gestremdheid moedig dit moontlik aan. Hierdie aspek sal egter eers ondersoek moet word om die afleiding te kan maak. Ma en C doen dinge om K se ontdekkingswêreld uit te brei. Hy het kinderensiklopedieë waaroor hulle sal gesels of hulle sal saam deur die tuin loop of hulle sal praat oor dinge wat op die televisie gebeur. Hieruit is dit dus duidelik dat gesamentlike aktiwiteite wel voorkom in die huis.

Ma is moeg daarvan om te hoor dat K almal ontstel as hulle moontlik by ander familie kuier. Sy en K bly dus by die huis en sy probeer om die huis vir K lekker te maak. Dit is moontlik hoekom sy alles vir hom doen en nie take aan hom oorlaat nie. Ma is van mening dat dit die rede is hoekom K bederf en selfugtig is. Dit is ook duidelik dat

Ma “jammer” voel vir K omdat hy ‘n gestremdheid het. Ma probeer dus om hiervoor te kompenseer.

Die volgende aanhaling van ‘n persoon wat ook ‘n Serebraalgestremdheid het, toon egter die belangrikheid van integrering binne die gemeenskap aan:

“I’m old enough to go back to a time when parents were overprotective and ashamed of children with disabilities. Children with disabilities did not take part in activities. However, my parents had the radical idea that if I was going to exist in a hostile society, I should be integrated into that society as early as possible. My parents treated me like they treated my two able-bodied sisters – as a child who had to learn to become independent and not as one to be pitied or coddled” (Strax, 1995:18).

Hieruit is dit duidelik dat daar nie ‘n persepsie by die huisgesin bestaan rondom die onafhanklikheid van K nie. K word ingeperk as gevolg van vrese wat bestaan en as gevolg van ‘n vernoude perspektief by die gesin. Volgens die Gesinsisteembenadering moet die gesinsisteem in stand gehou word deur interaksie met ander sisteme om sodoende te groei en te ontwikkel (Carstens, 1988:64). K moet dus nie beskou word as ‘n rede om kontak met eksterne sisteme te beperk nie.

Ontspanning in die gesin vind meestal individueel plaas. C en K sal soms saam gaan piekniek hou, dieretuin toe gaan of ‘n winkelsentrum besoek. Soms sal die ander kinders saamgaan. Pa sal egter nooit saamgaan nie en gaan meestal op sy eie na “jolplekke” toe of indien Pa verlof het, sal hy alleen by vriende gaan kuier.

Die kerk word ongereeld besoek. K het een vriend by die skool wat wel op ‘n stadium by hom by die huis kom kuier het. Dit vind egter nie meer plaas nie. K mag ook nie by ander gaan kuier nie as gevolg van die vrese wat ma het dat K se maniese gedrag kan ontstaan.

Hieruit is dit dus duidelik dat die gesin nie noodwendig ‘n geslote sisteem is nie, maar dat die gesin nie baie invloed het van ander sisteme nie. Onafhanklikheid en verantwoordelikheid kan moontlik aangeleer word indien K soms by ander maats gaan kuier.

Hoofstuk 4 EMPIRIESE ONDERSOEK

Die gesin as sisteem het geen eksterne ondersteuningstruktuur nie. Ma het een vriendin. Verder ondersteun die ander kinders haar. Die multi-dissiplinêre span word ook as ondersteuningstruktuur beskou. Pa sal nie oor sy probleme praat nie.

Tabel 10 bied 'n opsomming rondom die gesinseienskappe van eksterne sisteme wat by hierdie gesin teenwoordig is.

Tabel 10 Gesinseienskappe van eksterne sisteme

Gesinseienskappe van eksterne sisteme	Voorkoms
Huisgebonde	<ul style="list-style-type: none"> - Is bang K se gedrag raak manies - Voel meer gemaklik by eie huis – hoof nie te verduidelik - Is al waar K homself kan wees. Maak dit dus lekker vir hom. Dit is moontlik die rede waarom hy selfugtig is.
Ontspanning	<ul style="list-style-type: none"> - Pa sal nooit deel wees nie - Ma en kinders gaan soms piekniek hou of gaan dieretuin toe.
Ander sisteme	<ul style="list-style-type: none"> - Pa se werk - K se skool – neem deel aan karate, rekenaars en atletiek
Vriende	<ul style="list-style-type: none"> - K speel nie by ander vriende nie. Die een vriend wat altyd by hom gespeel het, kom nie meer nie. - Vrese bestaan by Ma omtrent K se maniese gedrag.
Ondersteuning	<ul style="list-style-type: none"> - Ma het een vriendin. Kinders en Ma ondersteun mekaar.

4.5.5 Kommunikasie

Ma maak die stelling dat sy niemand in die huis het om bekommernisse mee te deel nie. Sy mag nie huil nie en moet altyd baklei om sake reg of in orde te kry. Die meeste probleme wat Ma het, sal sy vir haarself hou en sy sal soms met C daaroor praat. Sy praat egter nooit met Pa nie. Niemand praat met Pa oor probleme nie. Soms word daar 'n strategie bespreek, maar dit word nooit tot uitvoer gebring nie. Hieruit is dit dus weereens duidelik dat uitdrukking van gevoelens nie geredelik plaasvind nie en ook dat aktiewe luister in die gesin nie teenwoordig is nie.

Probleme in die huishouding sal, soos reeds genoem, nie saam bespreek word nie. Indien wel, sal dit nie tot uitvoer gebring word nie. Daar bestaan ook nie kongruensie in die gesin rondom K nie. Dit is duidelik dat die probleemoplossingsvaardighede in die gesin nie goed is nie aangesien die gesin probleme nie saam hanteer nie en daar nie deelname is in besluitname nie. Spanning, probleme en behoeftes word dus nie duidelik bekend gemaak en binne die gesin hanteer nie. Batshaw (1992:563) is van mening dat die wyse waarop die gesin hierdie aspekte hanteer, die suksesvolle ontwikkeling van die kind bepaal.

Indien K 'n probleem het, sal hy dit soms aan Ma of C noem. Indien Pa 'n probleem het, sal hy dit op almal rondom hom uithaal. Ma hou meestal haar probleme vir haarself. Kommunikasie is dus nie duidelik en reguit nie.

Indien daar konflik in die huis is, sal daar met tye probeer word om dit op te los deur daaroor te praat – dikwels Ma en C. Meestal word dit geïgnoreer. Pa sê dat hy nie tyd het vir nonsens nie. Dit lei dikwels tot groot rusies met Pa wat dan in sy kar klim en ry. Onderhandelingsvaardighede word nie beoefen nie en gesinslede word nie aangemoedig om saam te werk in die hantering van probleme nie.

Die kommunikasie word beskryf as nie soos in “normale” huise nie.

Erkenning word deur Ma aan K gegee op verskeie wyses. Sy sal sê dat sy trots is op hom as hy iets goeds of mooi gedoen het, en dat hy soet was in die hospitaal. As hy mooi aangetrek is, sal sy vir hom sê dat hy mooi lyk. Die groter kinders sal erkenning aan hom gee deur hom byvoorbeeld R5,00 te gee as hy goed gedoen het in 'n toets. Pa gee nie so dikwels erkenning nie. Positiewe terugvoer vind dus wel in die gesin plaas en daar word erkenning gegee vir pogings en suksesse van K. Ma is van mening dat dit moeilik is om K aan te moedig. K is lui met sy huiswerk en dit is glad nie vir hom lekker nie. K hou ook nie daarvan om in en om die huis te help nie. Hy moet gesoebat of beloon word. K wil ook geen verantwoordelikheid aanvaar nie. Hy moet altyd aangepor word om dinge te doen. Ma raak moeg om altyd te smee en doen dinge dan eerder maar self. Die gedrag van K maak aanmoediging dus moeilik.

In die gesin word daar glad nie rondom die gestremdheid van K gekommunikeer nie. Volgens Olkin (1999:106) het die kind met 'n gestremdheid die reg om die waarheid rondom die gestremdheid vertel te word en is dit die taak van die gesin om doelbewus take aan die kind oor te laat om optimale funksionering aan te moedig en om die kind by besluitneming te betrek. Sodoende kan die kind die gestremdheid doelbewus by sy selfbeeld inkorporeer. Indien dit nie plaasvind nie, sal die kind nie eienaarskap vir eie liggaam aanvaar nie.

Tabel 11 bied 'n opsomming van die eienskappe van kommunikasie wat in die gesin teenwoordig is.

Tabel 11 Gesinseienskappe van Kommunikasie

Gesinseienskappe van Kommunikasie	Voorkoms
Duidelike en reguit kommunikasie	- Boodskappe word nie duidelik gemaak - Maak probleme op negatiewe wyse duidelik
Handhawing	- Nie vrye uitdrukking van gevoelens - Neem nie ander se gevoelens in ag met kommunikasie en gedrag nie
Luistervaardighede	- Aktiewe luister word nie aangemoedig - Nie vrymoedigheid om gevoelens te deel. Steek gevoelens weg.
Positiewe terugvoer	- Erkenning word aan K gegee vir pogings en suksesse - Gedrag van K bemoeilik egter aanmoediging
Onderhandeling	- Samewerking word nie aangemoedig - Elkeen kry nie geleentheid om standpunt te stel
Probleemoplossing	- Probleme word nie saam hanteer nie - Verskille word nie goed hanteer nie
Besluitneming	- Besluite wat geneem is, kom nie tot uitvoer nie

4.5.6 Selfbeeld

Soos in Hoofstuk 3 genoem, is dit kenmerkend van die persoon met affektiewe verstourings om negatiewe gedagtes oor die self te hê en negatiewe selfevaluering toe te pas (Ellis & Wilde, 1996:123). Sekere ontwikkelingstake van die kind sal ook noodwendig beïnvloed word. Die Serebraalgestremdheid en die gepaardgaande fisieke agterstand beïnvloed die kind steeds verder. Die gesin speel dus 'n belangrike rol ten opsigte van die doelbewuste en direkte hantering van hierdie simptome om te verseker dat die kind steeds optimale funksionering binne beperkte vermoëns kan bereik.

Batshaw (1992:567) is van mening dat, indien die kind in die huisgesin beskou word as menswaardig, die selfbeeld van die kind normaal sal ontwikkel. Dit vind egter slegs plaas deur aanvaarding binne die gesin en aanvaarding sluit in om deel te wees van gesinsaktiwiteite, om toepaslike verantwoordelikhede te aanvaar en om die vermoë te hê om die gestremdheid openlik te bespreek. Uit voorafgaande besprekings rondom affeksie, gedragskontrole, kommunikasie en gesinsaanpassing is dit duidelik dat sekere aspekte hierrondom, wat noodsaaklik is vir die ontwikkeling van 'n positiewe selfbeeld by K, steeds ontbreek.

4.5.7 Gesinsreaksies en aanpassing tot gestremdheid

Om die toestand van 'n kind met 'n Bipolêre verstouring en Serebraalgestremdheid optimaal te hanteer, is dit nodig dat die gesin aanpassing by hierdie toestand bereik om dit sodoende binne perspektief te kan hanteer.

Deur die waarneming en onderhoude was dit duidelik dat veral Pa die toestand van Bipolêre versteuring ontken. Soms dink hy steeds dit is Ma se skuld omdat sy nie genoeg dissiplineer nie en dink hy dat die gedrag sal verbeter indien K meer geslaan word.

Ma ervaar weer toestande van depressie waar sosiale isolasie die toestand vererger. Die vrese wat by Ma bestaan rondom die gedrag van K word as rede gegee vir die feit dat K in die proses geïsoleer word.

In die gestandaardiseerde vraelys het beide Pa en Ma gesê dat hulle soms skaam is vir K. Dit maak dit duidelik dat die toestand van K nog nie aanvaar is en tot optimale funksionering van K hanteer word nie. Indien aanvaarding bereik sou wees, sou die gesin K en sy gedrag en persoonlikheid as positief beskou het. K sal dan beskou word as een met unieke potensiaal en die gesin sou strategieë implimenteer het om hierdie potensiaal te ontwikkel (Olkin, 1999:94).

Die feit dat die huweliksverhouding van Pa en Ma nie baie sterk is nie en die feit dat daar nie baie sosiale ondersteuning vir die gesin is nie, bemoeilik die proses tot aanvaarding en aanmoediging tot optimale funksionering van K. Mabunda (1991:12) is ook van mening dat sterk godsdienstige oortuigings en gedragsintervensies vroeë aanvaarding aanmoedig. Godsdienstige oortuigings is onderliggend teenwoordig, maar word nie doelbewus tot voordeel benut nie.

4.5.8 Struktuur

Ma neem gewoonlik die leiding met besluitneming. Nie omdat sy die gesag in die huis het nie, maar omdat Pa nie altyd die belangrikheid daarvan insien om aandag aan dinge te gee nie. Ma is die een wat alles maar altyd doen. Pa is onbetrokke. Ma en C sal soms saam besluite neem en uitvoer. Soms sal die gesin saam sit en oor dinge praat, maar gewoonlik is dit dan nie wat tot uitvoer kom nie. Die onbetrokkenheid van Pa is nie 'n gesonde model van volwasse outoriteit nie. Dit dui ook daarop dat rolverdeling en aanvaarding van verantwoordelikhede nie bevredigend is nie. Hetherington & Mavis (1986:499) meen dat dit belangrik vir kinders se ontwikkeling is dat ouers 'n verhouding met mekaar sowel as met hulle kinders moet hê. Dit dien as gesamentlike bronne van emosionele en fisiese ondersteuning en gemak. Uit die onderhoud met die onderwysers van K is hierdie

punt bevestig en is daar sterk aanbeveel dat Pa meer betrokke moet raak en Ma meer moet ondersteun.

Duidelike huweliksverbrokkeling is duidelik hier aangesien Ma van mening is dat Pa omgee vir 'n ander vrou se "ellende" maar nie die van sy gesin nie. Pa het op 'n stadium 'n buite-egtelike verhouding gehad. Ma is van mening dat hy tans weer een het. Ma en Pa slaap ook nie in dieselfde kamer nie. Dus bestaan daar nie 'n goeie model van die huweliksverhouding nie en die ouerlike band/koalisievorming van die ouers is nie sterk nie.

K is dikwels wanneer hy van die skool af kom nie lus om oor die skool te gesels nie – Ma sal hom dan alleen los en toelaat dat hy sy eie ding doen. Later sal hy op sy eie dinge van die skool begin vertel. K het ook die ruimte om in sy kamer op die rekenaar te speel of homself in die huis besig hou. Interne grense in die huishouding bevredig dus die behoefte wat by K kan bestaan vir privaatheid. Die feit dat K nie aangemoedig word tot outonomieit nie, bring nie 'n toenemende onafhanklikheid vanaf die gesin teweeg nie. Eksterne grense word dus nie uitgebrei nie.

Die verhoudings tussen die onderskeie gesinslede word soos volg beskryf:

- Ma en Pa bly slegs ter wille van K bymekaar. Ma en K het geen ander heenkome en K moet 'n mediese fonds hê. Die verhoudings word as liefdeloos beskryf. Ma is soms jammer vir Pa, maar is gewoonlik gevoelloos teenoor hom.
- Ma en kinders is ontsettend lief vir mekaar. Ma sal alles vir hulle doen. Ma beskryf egter die ander kinders apart vanaf K. Daar word gesê: "Ek is ontsettend lief vir my kinders, self vir K ook." "Die kinders is alles vir my. Dieselfde met K." Die ander kinders is van mening dat Ma liewer is vir K en baie meer oorbeskermend teenoor K optree. Dit wil voorkom asof koalisies met kinders gevorm word teen pa. (Vergelyk Perosa, Sandra & Perosa, 1982:189.)
- Pa en kinders – Pa is baie lief vir die oudste dogter. Ma is egter van mening dat dinge wat gebeur het veroorsaak het dat die kinders hulle respek vir Pa

verloor het. Pa het byvoorbeeld nie na B se troue toe gegaan nie. Die kinders is verbitterd teenoor Pa.

Die verwantskap wat die onderskeie lede van die uitgebreide gesin tot K het, is afwisselend. C is baie lief vir hom. Sy neem 'n moederlike rol teenoor hom in en speel met hom asof hy een van haar kleuters in die skool is. Dit bring spanning mee met haar verhouding met haar verloofde, en die se verhouding met K aangesien hy jaloers is op die tyd wat sy met K spandeer. Die ander kinders is ook baie lief vir hom en sal geld gee dat hy lekkergoed kan koop.

Die verwantskap wat K met Pa beleef, word beskryf as dat K lief is vir sy Pa. Hy is nie bang vir sy Pa nie, hoewel Pa dikwels aggressief teenoor hom is. Sy Pa is vir hom 'n "lekker" Pa aangesien sy Pa dinge doen net sodat K nie ongelukkig moet raak en hy dit moet konfronteer nie. Ontoepaslike taalgebruik en beskrywing van situasies word egter deur Pa voor K gebruik. Ontoepaslike name word ook aan K gegee. Pa kan K se gedrag nie hanteer nie, sal aggressief raak, ontoepaslike taal gebruik en dinge sê soos "...dat ek jou onder 'n kar kan inry...". Dit is dus duidelik dat die vader-kind verhouding nie ruimte maak en aanvaarding het vir individualiteit nie.

Die onderskeidelike betrokkenheid van die gesinslede by mekaar is ook afwisselend. C en Ma is baie betrokke. Die groter kinders stel soms belang en sal soms uitvra. Pa stel nie belang om betrokke te raak nie. Ma verkies dit so aangesien sy van mening is dat Pa haar slegs voor ander mense sal verneder.

Tabel 12 bied 'n opsomming van die eienskappe van struktuur wat in die gesin teenwoordig is.

Tabel 12 Eienskappe van Struktuur

Eienskappe van struktuur	Invloed
Leierskap	- Pa onbetrokke in besluitneming, dinge is nie belangrik genoeg nie - Volwasse outoriteit bevestig
Koaliesies/ouerlike band	- Model van 'n goeie huwelik is afwesig - Moeder vorm koaliesies met kinders teen Pa
Interne grense	- Privaatheid bestaan wel
Eksterne grense	- Geen toenemende onafhanklikheid van gesin nie
Moeder-kind verhouding	- Baie sterk verhouding
Vader-kind verhouding	- Pa neem nie verantwoordelikheid - Nie plek vir individualiteit
Rolle	- Nie almal in die gesin help met take in die huis nie

4.6 SAMEVATTING

- 4.6.1 Uit die waarneming en onderhoude het sekere patrone wat optimale funksionering van die kind in die middelkinderjare met 'n Bipolêre versteuring en Serebraalgestremdheid beïnvloed na vore gekom.
- 4.6.2 Uit die gesinsamestelling is dit duidelik dat K, die kind met die Bipolêre versteuring en Serebraalgestremdheid, baie jonger is as die ander kinders en dat die swangerskap ongewens was.
- 4.6.3 Die kliniese verloop van die swangerskap en die geboorte en diagnosering van Bipolere versteuring en Serebraalgestremdheid, dui daarop dat dit 'n onbeplande swangerskap was en dat Ma vir 'n lang tydperk daarna depressief was. Pa se ondersteuning hierin was nie baie prominent nie.
- 4.6.4 Die "Hudson Skaal: Indeks van Ouerlike Houding" het gedui daarop dat Pa se houding teenoor K negatief geaktiveer is, terwyl Ma se houding neutraal is.
- 4.6.5 Van die kwalitatiewe resultate wat verkry is, is dit duidelik dat daar sekere aspekte rondom affeksie in die huisgesin is wat 'n negatiewe invloed kan hê op die optimale ontwikkeling en funksionering van K.
- 4.6.6 Die spanning wat in die huishouding heers rondom die gedrag van K, beïnvloed die wyse waarop dissiplinering van K toegepas word. Geen grense van kontrole bestaan vir K nie en dit het tot gevolg dat K nie 'n inherente sisteem van waardes en respek opbou nie.
- 4.6.7 Pa se onttrekking van die huishouding en van K kan tot gevolg hê dat K nie toepaslike rolidentifisering toegelaat word nie. Ma kan nie vir K met gesag hanteer nie met die gevolg dat K geen gesagsfiguur het nie. By Pa is daar ook geen doelbewuste hantering van K om sodoende K te kan lei tot optimale funksionering nie.
- 4.6.8 Geen strategieë is binne die huishouding ontwerp om hierdie toestand tot optimale funksionering te hanteer nie. Geen korttermyn doelwitte of selfs langtermynbeplanning bestaan in die gesin rondom die toestand van K nie. Die afwesigheid van konkrete hanteringstrategieë het tot gevolg dat daar nie

gefokus word op die ontwikkeling van potensiaal nie, maar slegs die hantering van dag-tot-dag probleme.

4.6.9 Daar is nie 'n stabiele dissiplineringsstelsel in die huis wat die gedrag van K kontroleer nie. Reg en verkeerd word dus nie doelbewus aan K geleer en uitgewys nie. Uit die aard van die gedrag van K is hy met tye manipulerend en is dit moeilik om hom te dissiplineer. Pa neem geen leiding in hierdie verband nie en Ma staan weereens alleen. Daar is ook geen konsekwentheid in die dissiplinering van K nie. Konsekwente dissiplinering kan die patroon van manipulering en onmiddellike behoeftebevrediging breek.

4.6.10 Ma en Pa se huwelik verskaf nie 'n goeie model van waardes nie.

4.6.11 Godsdienstige opvoeding vind nie doelbewus plaas nie en die kerk word baie ongereeld besoek.

4.6.12 Tydens die middelkinderjare is dit belangrik dat 'n kind 'n gevoel van bekwaamheid ontwikkel en dit geskied deur die suksesvolle uitvoer van take. Hoewel K beperk is in die uitvoer van sekere take wat fyn motoriese vaardighede aanbetref, is dit steeds belangrik dat K 'n gevoel van bekwaamheid ontwikkel. Alles in die huis word vir K gedoen en dit kan tot gevolg hê dat K nie wegkom van die vorige lewensfase wat nog afhanklikheid kenmerk nie. Die pediater, sielkundige en onderwyser bevestig dat K nie die emosionele volwassenheid het van 'n dertienjarige nie. Hy aanvaar geen verantwoordelikheid nie. In die huis word hierdie gedrag versterk deur alles vir hom te doen. Sekere take in die huis kan aan K opgedra word om sodoende K se fisiese vermoëns in stand te hou, om K te leer om onafhanklik te raak, en om K te leer om besit te neem van sy gestremdheid en binne sy beperkte vermoëns homself te kan help. Dit is deur die fisioterapeut bevestig.

4.6.13 Min kontak met eksterne sisteme bestaan vir K. Vriende sal nie kom kuier nie en hy sal ook nie by vriende gaan kuier nie. Hoewel die maniese gedrag van K soms voorkom, is K tans relatief stabiel en sal sosiale kontak moontlik goeie gedrag versterk. Tans word die aanleer van sosiale vaardighede en toepaslike gedrag ingeperk as gevolg van die isolasie wat Ma beleef.

- 4.6.14 Kommunikasievaardighede in die huishouding is duidelik versteur. Dit is moontlik as gevolg van die verhouding tussen Pa en Ma. Dit het tot gevolg dat probleme in die huishouding nie gesamentlik hanteer word nie en dat vrese en bekommernisse nie gedeel word nie.
- 4.6.15 Hanteringstrategieë rondom K word nie met mekaar bespreek nie en alles kom neer op M om dit te hanteer. Daar is dus nie oop kommunikasiesisteme in die huis nie. Dit is dus nie moontlik om die toestand van K effektiewelik te hanteer nie, aangesien beplanning en implimentering hierrondom nie plaasvind nie.
- 4.6.16 'n Groot probleem wat die kommunikasie aanbetref, is die feit dat geen korttermyn- of langtermynbeplanning rondom K gedoen word nie. Effektiewe hanteringstrategieë rondom K kan nie geimplimenteer word nie aangesien kommunikasie in die huis nie duidelik en reguit is nie.
- 4.6.17 Die navorser is van mening dat aanpassing by die toestand van K wel bereik is. Dit wil egter voorkom asof die huishouding en veral Ma alles rondom K laat probeer aanpas. Dit het tot gevolg dat K se negatiewe gedrag versterk word en dat K nie onafhanklikheid bereik nie. K word oorbeskerm en word nie toegelaat tot die ontdekking van vermoëns nie. K word nie beskou as 'n unieke persoon met unieke potensiaal en verwagtings nie.
- 4.6.18 Pa het gesag in die huis, maar dit is gewoonlik Ma wat leiding neem in die besluitneming aangesien Pa nie die belangrikheid van dinge insien nie. Dit het tot gevolg dat geen besluite in die huis werklik outoriteit bevat nie wat daartoe kan lei dat die negatiewe gedrag van K nie aan bande gelê kan word nie wat die patroon van inperking verder versterk.
- 4.6.19 Die huweliksverhouding van Pa en Ma beeld duidelik uit dat geen ouerlike koalisievorming bestaan nie. Daar is dus nie 'n volwasse model van betrokkenheid en outoriteit teenwoordig nie. Dit kan tot gevolg hê dat K se gedrag nie met gesag gekontroleer en hanteer word nie.
- 4.6.20 Al die bogenoemde dimensies wat bespreek is, toon duidelik aan dat die gedrag van K nie binne die huishouding effektiewelik hanteer word nie. Wat die gestremheid aanbetref, is dit ook duidelik dat onafhanklikheid an

outonomieit nie aangemoedig word nie. Al hierdie faktore veroorsaak dat K tot optimale funksionering beperk word.

HOOFSTUK 5

SAMEVATTING, GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

5.1 INLEIDING

Persone met gestremdhede beleef dikwels isolasie en beperkings wat deur die omgewing op hulle geplaas word. Ook die lae verwagtings wat die samelewing dikwels het van persone met gestremdhede het tot gevolg dat negatiewe persepsies rondom persone met gestremdhede bestaan. Die houding van die publiek word deur die gesin geïnternaliseer en die kind met 'n gestremdheid word verder beperk in reeds beperkende omstandighede. Patrone binne die gesin het tot gevolg dat daar nie geleentheid gebied word aan die kind met 'n gestremdheid om selfaktualisering te bereik nie.

'n Gebrek aan Suid-Afrikaanse literatuur rondom die optimale funksionering van persone met gestremdhede het onkunde tot gevolg. Hierdie onkunde is nie slegs onkunde binne die gesin nie, maar ook by professionele persone wat leiding en rigting aan hierdie gesinne moet verskaf.

Die doel van hierdie studie was om gesinspatrone te identifiseer wat die kind in die middelkinderjare wat 'n Bipolêre versteuring asook Serebraalgestremdheid het tot optimale funksionering beperk. Die ondersoek het sekere insigte na vore gebring wat kan dien as kennisbasis tot verdere navorsing en die ontwikkeling van programme om aan gesinne leiding te verskaf ten opsigte van die effektiewe hantering van die kind met 'n affektiewe versteuring en/of 'n gestremdheid.

Die toestand van Bipolêre versteuring asook Serebraalgestremdheid by die kind in die middelkinderjare en die toestand hiervan binne die gesin is ondersoek. Die empiriese ondersoek het gefokus op die identifisering van temas wat dui op gesinspatrone wat beperkend is ten opsigte van die kind wat 'n Bipolêre versteuring asook Serebraalgestremdheid het. In hierdie hoofstuk word elke hoofstuk in die navorsingsverslag saamgevat en toepaslike gevolgtrekkings en aanbevelings word gemaak.

5.2 HOOFSTUK 1: ALGEMENE INLEIDING**5.2.1 Samevatting**

In hierdie hoofstuk is 'n uiteensetting gebied van sowel die navorsingsmetodiek waarvan gebruik gemaak is tydens die ondersoek as die verloop van die navorsing. Die volgende aspekte is bespreek, naamlik:

- Inleiding waarin 'n algemene oorsig van die toestand van gestremdheid binne die gesin gegee is
- Motivering vir die keuse van die onderwerp
- Probleemformulering
- Doelstelling en doelwitte van die studie
- Die navorsingsvraag
- Die navorsingsbenadering
- Die soort navorsing, die navorsingsontwerp en die navorsingsprosedure
- Die voorondersoek wat spesifiek die literatuurstudie, die konsultasie met kundiges, die uitvoerbaarheid van die ondersoek, die toetsing van die vraelys en die omskrywing van die universum omvat
- Etiese kwessies tydens die ondersoek
- Begripsomskrywing
- Leemtes tydens die ondersoek
- Die indeling van die navorsingsverslag.

5.2.2 Gevolgtrekkings

- Tydens hierdie ondersoek is daar gebruik gemaak van die “*One shot case study*” om die gesin as eenheid deeglik te ondersoek en te beskryf. Die gebruik van 'n enkele in-diepte gevallestudie het 'n deeglike ondersoek moontlik gemaak.
- 'n Kombinasie van die kwantitatiewe- en kwalitatiewe navorsingsbenadering is gebruik. Die kwantitatiewe deel van die navorsing was die minder dominante deel van die navorsing en die “Hudson Skaal: Indeks van Ouerlike Houding” is gebruik. Die kwalitatiewe deel van die navorsing het bestaan uit

ongestruktureerde onderhoude wat gevoer is met sowel die gesin as die multi-dissiplinêre span wat tans by die gesin betrokke is. Waarneming en die gebruik van mediese-, sielkundige-, fisioterapeut-, pediater- en skoolverslae het ook deel uitgemaak van die kwalitatiewe navorsing.

- Die inligting wat verkry is, is in verband gebring met temas wat tydens die navorsing geïdentifiseer is.
- Die toestand van 'n kind met 'n gestremdheid binne die gesin word dikwels as 'n stresfaktor beleef en word ook as sodanig hanteer. Dit het tot gevolg dat daar nie perspektief by die gesin bestaan rondom die behoeftes wat hierdie kind tot selfaktualisering het nie.
- Bipolêre versteuring by die kind is 'n toestand wat met onkunde en vrees binne die gesin tegemoetgegaan word. As gevolg van die Bipolêre gedrag en die implikasies daarvan word die kind se normale ontwikkeling nadelig beïnvloed. Indien hierdie toestand gepaardgaan met 'n gestremdheid is die invloed wedersyds steeds groter.
- Gesinne het die taak en verantwoordelikheid om potensiaal by die kind met 'n gestremdheid te ontdek en te ontwikkel deur te fokus op positiewe hanteringstrategieë soos byvoorbeeld korttermyn doelwitte, funksionele aanpassing en aanpassingsvaardighede om sodoende die kind tot optimale funksionering te laat ontwikkel.
- Beperkte navorsing is rondom hierdie kwessie gedoen. Dit het tot gevolg dat bewustheid nie by sowel die gesin as die multi-dissiplinêre span hierrondom bestaan nie.

5.2.3 Aanbevelings

- 'n Suid-Afrikaanse kennisbasis rondom die effektiewe hantering van kinders met affektiewe versteurings en/of gestremdhede moet daargestel word vir spesifiek die multi-dissiplinêre span sodat gesinne leiding in hierdie verband kan ontvang. Hierdie kennisbasis moet spesifiek fokus op die optimale funksionering van kinders met affektiewe versteurings en/of gestremdhede.

- Literatuur rondom spelterapeutiese toetrede word dringend benodig. Dit is deur spel terapie waar die kind met die affektiewe versteuring of gestremdheid gevoelens bekendmaak en leer om hierdie aspekte deel te maak van die selfbeeld. Terapeute moet bewus gemaak word van aspekte wat tydens hierdie studie ondersoek is.
- Studies moet gedoen word rondom langtermynuitkomst van persone met gestremdhede wat spesifiek dui op positiewe uitkomst. Faktore wat hierdie persone bo hulle beperkte omstandighede laat uitstyg het, kan identifiseer word en dit kan goeie agtergrond bied op die ontwikkeling van oerleidingprogramme.
- Die “*One Shot Case study*” is ‘n navorsingsprosedure wat nuttig is vir ‘n in-diepte ondersoek van ‘n eenheid. Die inligting wat tydens hierdie ondersoek verkry is, is verkennend van aard en dui daarop dat verdere navorsing in hierdie verband gedoen moet word. Daar word aanbeveel dat ondersoeke wat hierop volg van ‘n groter steekproef gebruik maak om optimale funksionering te toets.
- Ondersoek moet ook gedoen word rondom die hantering van persone met affektiewe versteurings en/of gestremdhede in ander kulture.

5.3 HOOFSTUK 2: DIE KIND IN DIE MIDDELKINDERJARE MET ‘N BIPOLÊRE VERSTEURING ASOOK SEREBRAALGESTREMDHEID

5.3.1 Samevatting

In hoofstuk 2 is ‘n algemene oorsig gegee van die kind in die middelkinderjare wat ‘n Bipolêre versteuring asook Serebraalgestremdheid het. Aspekte wat aandag geniet het, is die volgende:

- Beskrywing van die middelkinderjare wat die definisie en ontwikkelingstake aanbetref.

- Bipolêre versteuring en die voorkoms daarvan by die kind wat betref die tipes, die diagnose, die stuikelblokke tot diagnose en die oorsake daarvan.
- Serebraalgestremdheid en die aard daarvan is omskryf. Die klassifikasie en die oorsake van Serebraalgestremdheid is beskryf.

5.3.2 Gevolgtrekkings

- Die tydperk tussen ongeveer die sesde en twaalfde lewensjaar word beskou as die middelkinderjare.
- Daar is sekere ontwikkelingstake wat die kind in die middelkinderjare moet bemeester ten einde hierdie fase suksesvol te voltooi. Kortliks omvat dit die verdere verfyning van motoriese ontwikkeling, die vaslegging van geslagsrolidentiteit, die ontwikkeling van kognitiewe vaardighede, die uitbreiding van kennis, die uitbreiding van sosiale deelname, die ontwikkeling van selfkennis en die ontwikkeling van morele oordeel en gedrag.
- Bipolêre versteuring is 'n affektiewe versteuring waar ernstige verandering in die gemoed plaasvind wat wissel vanaf ernstige episodes van manie tot ernstige episodes van depressie.
- Die diagnose van Bipolêre versteuring by die kind is 'n komplekse taak aangesien die simptome daarvan oorvleuel met ander versteurings wat algemeen by kinders voorkom en aangesien die voorkoms daarvan by kinders nie so hoog is nie.
- Die oorsake van Bipolêre versteuring kan nie met sekerheid bepaal word nie maar kan moontlik geneties van aard wees. Ander faktore soos 'n langdurige gesondheidsprobleem of gestremdheid kan ook daartoe bydra. Omgewingsfaktore soos gesinsomstandighede en die opvoedingstyl van die ouers kan ook 'n bydraende faktor wees. Psigiese faktore soos die kind se vermoë om ideale en potensiaal te verwesenlik om sodoende bekwaam en bevoeg te voel, bepaal ook die ontwikkeling van 'n affektiewe versteuring by die kind.

- Serebraalgestremdheid is 'n toestand wat voor geboorte, tydens geboorte of na geboorte plaasvind waar die onontwikkelde brein skade opdoen. Dit word gekenmerk deur verskeie simptome wat onder andere spraakprobleme, leergestremdhede, spasmas en epilepsie insluit.
- Klassifikasie van Serebraalgestremdheid word gedoen op grond van motoriese eienskappe, topografiese area van aantasting, die ernstigheid van die gestremdheid asook probleme wat saam met die Serebraalgestremdheid voorkom. Oorsake hiervoor is moeilik om vas te stel en slegs moontlike oorsake kan voorgelê word.
- Daar kan aanvaar word dat die kind in die middelkinderjare wat 'n Bipolêre versteuring asook Serebraalgestremdheid het ernstig beïnvloed word in die bereik van mylpale.

5.3.3 Aanbevelings

- Die fase van die middelkinderjare wat afgebaken word tussen die ouderdomsgroep ses tot twaalf jaar kan beslis nie in gevalle van gestremdheid as 'n spesifieke ouderdomsgrens afgebaken word nie aangesien baie ontwikkelingstake nie suksesvol bemeester word nie. Dit is dus nodig dat enige ondersoek wat gedoen word hierdie aspek duidelik in gedagte sal neem.
- Die ontwikkeling van verfynde motoriese ontwikkeling en die ontwikkeling van kognitiewe vaardighede word gesien as twee van die ontwikkelingstake van die kind in die middelkinderjare. Hierdie take is dikwels egter juis dit wat nie suksesvol bemeester kan word deur persone met Serebraalgestremdheid nie. Daar word aanbeveel dat daar nie gefokus word op dit wat nie gedoen kan word nie, maar dat intervensie sal fokus op positiewe uitkomstes en dit wat die kind wel by magte is om uit te voer.
- Bipolêre versteuring by die kind as mediese toestand is 'n veld wat tans meer aandag geniet, maar wat steeds gepaardgaan met onkunde en onsekerhede. Waar medici onkunde in hierdie verband het, het gesinne dit nog meer. Daar word aanbeveel dat ouers wat die diagnoses van Bipolêre versteuring van 'n

kind ontvang, opleiding kry oor die aard van hierdie toestand sodat beter begrip en hanteringstrategieë binne die gesin ontwikkel kan word.

- Aangesien die ontwikkeling van Bipolêre versteuring 'n sterk genetiese oorsprong het, is dit van uiterste belang dat ouers waarby hierdie toestand teenwoordig is, genetiese berading ontvang rondom die moontlikheid van teenwoordigheid van hierdie toestand by die kind. Op so 'n wyse kan bewustheid by die ouers bestaan rondom die moontlike voorkoms daarvan by die kind en kan strategieë vroegtydig implimenter word om dit effektiewelik te hanteer indien dit sou voorkom.
- Die moontlike verband wat daar bestaan tussen gestremdheid en die ontwikkeling van affektiewe versteuring moet dringend ondersoek word. Sodoende kan strategieë implimenter word wat die ontwikkeling van hierdie gedrag by persone met gestremdhede kan bekamp. Weereens is ouerskapstyle in hierdie verband van belang. Ouers wat kinders met gestremdhede het, moet leiding ontvang in die hantering van die kind sodat bekwaamheid en onafhanklikheid steeds aangemoedig kan word om sodoende die ontwikkeling van affektiewe versteuring te voorkom.

5.4 HOOFSTUK 3: GESINSFUNKSIONERING EN DIE KIND IN DIE MIDDELKINDERJARE MET 'N BIPOLÊRE VERSTEURING ASOOK SEREBRAALGESTREMDHEID

5.4.1 Samevatting

In hoofstuk 3 word gesinsfunksionering ondersoek en die invloed wat dit op die optimale ontwikkeling van die kind met 'n Bipolêre versteuring en Serebraalgestremdheid het. Die volgende aspekte word bespreek, naamlik:

- Die definisie van 'n gesin soos wat dit van toepassing is op die navorsing word uiteengesit. Die konseptuele benadering wat as basis vir die ondersoek gedien het, word aangeraak wat die Gesinslewensiklusbenadering, die Struktureel-funksionele benadering, die Gesinsisteembenadering en die dimensies van gesonde gesinsfunksionering aanbetref.

- Dimensies van gesonde gesinsfunksionering wat bespreek is, is struktuur, affek, kommunikasie, gedragkontrolle, waarde oordrag en eksterne sisteme. Binne hierdie dimensies is daar temas identifiseer tydens die empiriese ondersoek wat op negatiewe gesinspatrone dui.
- Ontwikkelingstake van die gesin met 'n kind in die middelkinderjare is ondersoek. Dit het sowel die take wat die ouers het as die take wat die gesin het, omvat.
- Die toestand van Bipolêre versteuring binne die gesin is ondersoek soos wat dit van toepassing is op gestremdheid, die selfbeeld van die kind, die invloed op die gesin en die moontlike verloop tot selfmoord.
- Die toestand van Serebraalgestremdheid binne die gesin is ondersoek wat aspekte van gesinsreaksies tot die gestremdheid, die invloed wat die gestremdheid op die gesin het en die invloed wat die gestremdheid op die kind self het, aanbetref.
- Optimale funksionering van 'n kind met 'n Bipolêre versteuring asook Serebraalgestremdheid is laastens bespreek.

5.4.2 Gevolgtrekkings

- Die take van die ouers wat 'n kind in die middelkinderjare het, is om emosioneel, moreel, fisies, opvoedkundig en ontspannend aan die behoeftes van die kind te voldoen.
- Die taak van die gesin wat kinders in die middelkinderjare het, is om plek te maak vir kinders, ouerskapsrolle te aanvaar en verhoudings met grootouers te hervestig. Die regte van die kind met 'n gestremdheid moet ook doelbewus aangespreek word.
- Bipolêre versteuring binne die gesin kan vergelyk word met 'n gestremdheid aangesien sekere inperkings tot gevolg het dat die ontwikkelingstake van die kind nie bemeester word nie. Die selfbeeld en die ontwikkeling van die kind word ook negatief geraak deurdat die regulering van emosies, die aanleer

Hoofstuk 5 SAMEVATTING, GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

van vaardighede en die vestiging en handhawing van sosiale verhoudings skade ly. Bipolêre versteuring veroorsaak ook dat verhoudings binne die gesin onder spanning ly.

- Indien daar slegs gefokus word op negatiewe uitkomste van Serebraalgestremdheid sal die invloed daarvan op die kind spesifiek negatief wees. Die fokus van gestremdheid moet skuif vanaf 'n negatiewe perspektief na positiewe uitkomste en verwagtings.
- Optimale funksionering van die kind met 'n gestremdheid kan bereik word indien doelbewuste aandag verleen word aan verhoudings met die kind, onafhanklikheid en bevoegdheid.

5.4.3 Aanbevelings

- Die behoefte bestaan dat 'n kritiese ontleding gemaak word rondom die take wat die gesin het ten opsigte van die ontwikkeling van die kind met 'n gestremdheid. Hieruit kan konkrete riglyne opgestel word vir gesinne rondom die effektiewe hantering van die kind met 'n gestremdheid.
- Die toestand van affektiewe versteuring en gestremdheid binne ander kulture moet ondersoek word. Hierdie gesinne het dikwels beter ondersteuningstelsels teenwoordig in die uitgebreide gesin en versorging van die kind vind deur meer as slegs een versorger plaas. Dit is nodig om te bepaal hoe die uitkomste in hierdie gesinne lyk. Konseptuele benaderings kan dan beter van toepassing gemaak word op alle kultuurgroepe. Positiewe hanteringstrategieë kan ook hieruit geïdentifiseer word.
- Dikwels is ouers van kinders met gestremdhede nie bewus van die regte wat hierdie kind het tot 'n bevredigende lewe nie. Dit is nodig dat bewusmaking sal geskied wat hierdie perspektief sal laat ontwikkel.
- Beperkte maatskaplikewerkintervensieprogramme bestaan tot die hantering van Bipolêre gedrag binne gesinne. Bipolêre versteuring by kinders is 'n toestand waar baie onkunde nog heers. Daar word aanbeveel dat

Hoofstuk 5 **SAMEVATTING, GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS**

maatskaplike werkers opleiding ontvang om sodoende effektiewe leiding aan gesinne te kan gee in hierdie verband.

- Speltherapeutiese intervensie moet spesifiek fokus op die selfbeeld van die kind wat Bipolêre versteuring het. Aangesien Bipolêre versteuring tot gevolg het dat sekere vaardighede soos die regulering van emosies, die aanleer van vaardighede en die vestiging en handhawing van verhoudings skade ly is dit nodig dat hierdie aspekte aandag geniet met speltherapeutiese intervensie.
- Speltherapeutiese intervensie moet ook fokus op vaardighede van ouers aangesien Bipolêre versteuring spesifiek moeder-kind warmte beïnvloed. Ouers moet vaardighede geleer word om die Bipolêre gedrag so te hanteer dat verhoudings in die huishouding nie skade ly nie.
- Bipolêre versteuring het verreikende gevolge vir die gesin. Dit is nodig dat effektiewe ondersteuningstelsels van ander gesinne wat geraak is deur Bipolêre versteuring op die been gebring word. Sodoende kan praktiese hanteringstrategieë van ander wat deur dieselfde aspekte geraak word, aangeleer word.

5.5 HOOFSTUK 4: EMPIRIESE ONDERSOEK

5.5.1 Samevatting

In hierdie hoofstuk is die empiriese bevindinge aangebied soos wat dit betrekking het op die in-diepte ondersoek rondom gesinspatrone wat die kind met 'n Bipolêre versteuring asook Serebraalgestremdheid tot optimale funksionering beperk.

Die in-diepte ondersoek het sekere temas binne die dimensies van gesinsfunksionering na vore laat kom. In hierdie hoofstuk is die volgende aspekte omvat, naamlik:

- 'n Samevatting van die navorsingsproses.
- Agtergrondinligting rondom die gesinsamestelling en die kliniese verloop van die swangerskap, geboorte en diagnose van affektiewe versteuring en gestremdheid.

- Die kwantitatiewe data-insamelingsproses.
- Die kwalitatiewe data-insamelingsproses.

5.5.2 Gevolgtrekkings

- K, die kind met die Bipolêre versteuring en Serebraalgestremdheid, is baie jonger as die ander kinders. Dit is dus duidelik dat die gesin nie werklik meer slegs in die derde fase van die gesinslewensiklus beweeg nie, maar ook in die volgende fase, waar kinders besig is om die huis te verlaat.
- K is in 1993 gediagnoseer as 'n spastiese dipleeg en in 2000 met Bipolêre versteuring. Tans is K se gedrag relatief stabiel.
- Die "Hudson Skaal: Indeks van Ouerlike Houdings" het aangetoon dat Pa se houding teenoor K negatief geaktiveer is en Ma se houding is onseker.
- Die spanning in die huishouding rondom die gedrag van K, beïnvloed die dissiplinerings van K. Geen grense van kontrole bestaan vir K nie. Dit het tot gevolg dat K nie 'n inherente sisteem van waardes en respek opbou nie.
- Pa se onttrekking van die huishouding en van K kan tot gevolg hê dat K nie toepaslike roldidentifisering toegelaat word nie. Geen gesagsfiguur bestaan waaraan K gehoorsaam kan wees nie. By Pa is daar ook geen doelbewuste hantering van K om sodoende K te kan lei tot optimale funksionering nie.
- Die toestand van K word nie doelbewus hanteer deur die implimentering van strategieë binne die huishouding nie. Korttermyn doelwitte of langtermynbeplanning bestaan nie in die gesin rondom die toestand van K nie. Ook die afwesigheid van konkrete hanteringstrategieë het tot gevolg dat daar nie gefokus word op die ontwikkeling van potensiaal nie, maar slegs die hantering van dag-tot-dag probleme.
- Geen stabiele dissiplineringsisteem bestaan in die huis wat die gedrag van K kontroleer nie. Dissiplinerings in die huis is moeilik uit die aard van K se gedrag aangesien K met tye manipulerend is. Pa neem geen leiding in

hierdie verband nie en Ma staan weereens alleen. Konsekwente dissiplinering kan moontlik die patroon van manipulering en onmiddellike behoeftebevrediging breek.

- Godsdienstige opvoeding vind nie doelbewus plaas nie en die kerk word baie ongereeld besoek.
- Bekwaamheid moet ontwikkel word tydens die middelkinderjare en dit geskied deur die suksesvolle uitvoer van take. Hoewel K beperk is in die uitvoer van sekere take wat fyn motoriese vaardighede aanbetref, is dit steeds belangrik dat K 'n gevoel van bekwaamheid ontwikkel. Alles in die huis word vir K gedoen en dit kan tot gevolg hê dat K nie wegkom van die vorige lewensfase wat nog deur afhanklikheid gekenmerk word nie. K aanvaar geen verantwoordelikheid nie. Hierdie gedrag word versterk deurdat alles vir K gedoen word. Sekere take in die huis kan aan K opgedra word om sodoende K se fisiese vermoëns in stand te hou, om K te leer om onafhanklik te raak, en om K te leer om besit te neem van sy gestremdheid en binne sy beperkte vermoëns homself te kan help. Dit is deur die fisioterapeut bevestig.
- Eksterne grense is baie nou. Vriende sal nie kom kuier nie en hy sal ook nie by vriende gaan kuier nie. Die maniese gedrag van K word as rede hiervoor voorgelê. K is tans egter relatief stabiel en sosiale kontak sal moontlik goeie gedrag versterk. Dit is deur die onderwysers bevestig. Tans word die aanleer van sosiale vaardighede en toepaslike gedrag van K ingeperk as gevolg van die isolasie wat Ma beleef.
- Kommunikasievaardighede in die huishouding is onderontwikkel moontlik as gevolg van die verhouding wat tussen Pa en Ma heers. Dit het tot gevolg dat probleme in die huishouding nie gesamentlik hanteer word nie en dat vrese en bekommernisse nie gedeel word nie.
- Hanteringstrategieë rondom K word nie met mekaar bespreek nie en alles kom neer op Ma om dit te hanteer. Daar is dus nie oop kommunikasiesisteme in die huis nie. Dit bemoeilik dus die hantering van die toestand van K aangesien beplanning en implimentering hierrondom nie plaasvind nie. 'n Groot probleem wat die kommunikasie aanbetref, is die feit

dat nie korttermyn- of langtermynbeplanning rondom K gedoen word nie. Effektiewe hanteringstrategieë rondom K kan nie geïmplimenter word nie aangesien kommunikasie in die huis nie duidelik en reguit is nie.

- Pa het gesag in die huis, maar dit is gewoonlik Ma wat leiding neem in besluitneming aangesien pa nie die belangrikheid van dinge insien nie. Dit het tot gevolg dat geen besluite in die huis werklik outoriteit bevat nie wat daartoe kan lei dat die negatiewe gedrag van K nie aan bande gelê kan word nie wat verder die patroon van inperking versterk.
- Die huweliksverhouding van Pa en Ma beeld duidelik uit dat geen ouerlike koaliesievorming bestaan nie. Daar is dus nie 'n volwasse model van betrokkenheid en outoriteit teenwoordig nie. Dit kan tot gevolg hê dat K se gedrag nie met gesag gekontroleer en hanteer word nie.
- Al die bogenoemde dimensies wat bespreek is, toon duidelik aan dat die gedrag van K nie binne die huishouding effektiewelik hanteer word nie. Wat die gestremdheid aanbetref, is dit ook duidelik dat onafhanklikheid en outonomie nie aangemoedig word nie. Al hierdie veroorsaak dat K beperk word tot optimale funksionering.

5.5.3 Aanbevelings

- Verdere navorsing word benodig omtrent die toestand van 'n affektiewe versteuring en gestremdheid wat tesame voorkom by 'n persoon en hoe hierdie toestande mekaar versterk en beïnvloed. Hierdie toestand/e binne die gesin moet ook ondersoek word om sodoende te kan vasstel wat die gesin kan doen om veral Bipolêre gedrag te reguleer en te hanteer.
- Buite-pasiënte by Weskoppies Psigiatrisie Hospitaal beleef frustrasies rondom opvolgondersoeke aangesien dit nooit dieselfde psigiater is wat die konsultasie hanteer nie. Dit het tot gevolg dat die mediese agtergrond telkens herhaal moet word en dat die psigiater nie 'n holistiese beeld het van die kind en sy omstandighede nie. Daar word aanbeveel dat hierdie aspek aandag sal geniet by Weskoppies Psigiatrisie Hospitaal sodat meer effektiewe en sinvolle diens gelewer kan word.

- Bipolêre versteuring by die kind en die psigo-sosiale aspekte daarrondom is 'n aspek wat nog nie wye aandag en ondersoek geniet het nie. Dit is nodig dat ondersoek in hierdie verband gedoen moet word sodat ouers in hierdie verband bemagtig kan word.
- Navorsing is nodig rondom die opitmale funksionering van diegene wat binne vermoëns beperk word. Dit is nodig om te bepaal wat as optimale funksionering beskou kan word van diegene wat op verskillende vlakke funksioneer. Sodoende kan ouers en gesinne gelei word tot die identifisering van potensiaal en kan ouers se verwagtings hierrondom duidelik gemaak word.
- Persepsies wat by gesinne bestaan rondom hulle kinders met gestremdhede moet ondersoek word. Sodoende kan vasgestel word hoe hierdie persepsies die optimale funksionering van die kind met die gestremdheid beperk.
- Dit is nodig dat gesinne wat 'n kind met 'n gestremdheid of 'n affektiewe versteuring het, opgevoed word rondom die aspek van optimale funksionering van hierdie kind. Gesinne moet die vaardighede geleer word om doelbewuste hanteringstrategieë te implimenteer om hierdie toestand tot optimale funksionering van die kind te hanteer. Daar moet nie gefokus word op dit wat die kind nie kan doen nie, maar dit wat hy/sy wel kan doen.
- Voldoende voorbereiding kan daartoe lei dat die toestand van 'n kind met 'n affektiewe versteuring en/of gestremdheid nie negatief ervaar word nie. Die aanbeveling word gemaak dat gesinne voorberei moet word op grond van hierdie toestand. Sinvolle voorbereiding kan alleen geskied indien voldoende ondersoek in hierdie verband gedoen is.
- Die multi-dissiplinêre span kan 'n onmisbare rol in die effektiewe hantering van kinders met affektiewe versteurings en/of gestremdheid speel. Indien daar vasgestel word wat die vermoëns van die kind met die gestremdheid is, kan doelbewuste strategieë vir die ouers voorgestel word om rondom die opvoeding van die kind te implimenteer.

- Die persepsie van optimale funksionering van persone wat beperk word in vermoëns moet uitgedra word na skole, die gemeenskap en die werkplek. Dit is nodig dat 'n meer positiewe beeld van persone met gestremdhede na vore kom. Dit is egter nodig dat hierdie beeld al in die huishouding ontstaan sodat die kind hierdie beeld van homself kan hê om aan ander te kan voorhou.
- Die Speltherapeutiese beroep moet meer klem lê op gestruktureerde intervensieprogramme wat spesifiek fokus op die kind met Bipolêre gedrag. Hierdie gedrag kan alleenlik sinvol hanteer word indien die aard daarvan deeglik verstaan word en indien doelbewuste hanteringstrategieë implimenteer word.
- Die toestand van gestremdheid moet nie voorgehou word as negatief nie en die verwagting moet nie geskep word dat alle gesinne krisisse ervaar in hierdie verband nie. Hierdie aspek moet deur toepaslike navorsingsresultate gesteun word.
- Longitudinale ondersoek moet gedoen word om die uitkomst van persone met gestremdhede wat op 'n positiewe en doelgerigte wyse opgevoed is, te bepaal. Hierdie toepaslike navorsingsresultate kan die persepsie van positiewe hantering steun.
- Die toestand van optimale funksionering van diegene wat beperk word binne vermoëns het talle fasette wat ondersoek moet word. Hierdie ondersoek baan slegs die weg tot verdere navorsing.

5.6 TOETSING VAN DOELWIT EN DOELSTELLING

5.6.1 Doelstelling

Om ondersoek in te stel na gesinspatrone wat die kind met 'n Bipolêre versteuring asook Serebraalgestremdheid in optimale funksionering beperk.

Hierdie doelstelling is bereik deurdat daar 'n volledige literatuurstudie gedoen is rondom Bipolêre versteuring asook Serebraalgestremdheid. 'n In-diepte ondersoek

Hoofstuk 5 **SAMEVATTING, GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS**

rondom gesinsfunksionering het beduidende gesinspatrone getoon wat optimale funksionering van hierdie kind beperk.

5.6.3 Doelwitte

Die volgende doelwitte is ter aanvang van die ondersoek gestel:

Doelwit 1
Om ondersoek in te stel na Bipolêre versteuring en Serebraalgestremdheid

'n Volledige literatuurstudie is gedoen rondom Bipolêre versteuring en Serebraalgestremdheid. Die aard, diagnosering, oorsake en voorkoms daarvan binne die gesin het 'n gepaste kennisbasis tot aanvul van die empiriese ondersoek gebied.

Doelwit 2
Om ondersoek in te stel na die funksionering van 'n gesin met 'n kind in die middelkinderjare met 'n Bipolêre versteuring asook Serebraalgestremdheid.

Sowel die literatuurstudie as die empiriese ondersoek het 'n duidelike beeld na vore laat kom van die invloed wat 'n affektiewe versteuring en/of 'n gestremdheid het op die gesin, die persoon self en hoe dit optimale funksionering beïnvloed.

Doelwit 3
Om moontlike gesinspatrone van beperking tot optimale funksionering te identifiseer deur middel van empiriese ondersoek.

Die empiriese ondersoek het 'n in-diepte ondersoek behels met een gesin wat deur die bogenoemde toestand geraak is. Die resultate het beduidende gesinspatrone na vore laat kom wat hierdie kind in die middelkinderjare wat 'n Bipolêre versteuring asook Serebraalgestremdheid het, beperk tot optimale funksionering. Duidelik temas binne die dimensies van gesinsfunksionering het in hierdie verband na vore gekom.

Doelwit 4

Om gevolgtrekkings en aanbevelings te maak met die oog op die latere ontwikkeling van 'n ouerleidingprogram aan gesinne met 'n kind met 'n affektiewe versteuring en gestremdheid

Gevolgtrekkings is gemaak rondom die ondersoek wat plaasgevind het . Hierdie gevolgtrekkings het konkrete aanbevelings tot gevolg gehad.

5.7 TOETSING VAN NAVORSINGSVRAAG

Navorsingsvraag

Bestaan daar moontlik gesinspatrone wat 'n kind met Bipolêre versteuring asook Serebraalgestremdheid tot optimale funksionering beperk?

Die ondersoek het duidelike patrone van beperking na vore laat kom. Die Bipolêre versteuring en die gepaardgaande gedrag het sekere vrese tot gevolg wat dissipline en gedragskontrole van die kind beïnvloed. Die gestremdheid bring verdere beperkings teweeg wat oorbeskerming en afhanklikheid aanbetref. Beduidende temas van beperking is binne die dimensies van gesinsfunksionering geïdentifiseer.

5.8 SLOTOPMERKING

Die toestand van Bipolêre versteuring by 'n kind in die gesin gaan gepaard met onkunde, verwarring en onsekerhede rondom die opvoeding van hierdie kind. Indien hierdie toestand gepaardgaan met 'n Serebraalgestremdheid kan daar aanvaar word dat die implikasie wat dit op optimale funksionering het steeds groter is. Gesinne het die taak en verantwoordelikheid om doelbewuste strategieë tot hantering van hierdie toestand te implimenteer wat verdere beperkings van hierdie kind kan verhoed. 'n Nuwe perspektief van optimale ontwikkeling en funksionering van ook diegene wat beperk word deur eie vermoëns, moet ontwikkel word.

BRONNELYS

Arkava, M.L. & Lane, T.A. 1983. **Beginning Social Work Research**. Massachusetts: Allyn and Beacon, Inc.

Barland, T. Laybourn, S. Hill, W. & Brown, A. 1998. Families and children. **American Journal of Family studies**. 1998. Vol. 8. No. 2. pp. 32-39.

Barret, R. 1983. **Depressiwiteit – hoe om dit te oorwin**. Kaapstad: Lux Verbi.

Batshaw, M.C. 1992. **Children with Cerebral Palsy – a medical primer**. Baltimore: Brooks.

Batshaw, M.L., & Perret, Y.M. 1981. **Children with handicaps: a medical primer**. Baltimore: P.H. Brooks Publishing Company.

Bee, H. 1992. **The developing child**. New York: Harper Collins College.

Benokraitis, N.V. 1999. **Marraiges and families – changes, choices, constraints**. New Jersey: Prentice Hall.

Beresford, B. 1994. **Positively Parents: caring for a severely disabled child**. London: HMSO.

Berman, J. 1999. Diagnostic Criteria for Bipolar Affective Disorder in children. **The Lancet**. 1999. Vol. 353. No. 9166. Pp. 1771.

Berns, R. 2001. **Child, Family, Community**. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Biederman, M.D. 1997. Is there a childhood form of Bipolar Disorder. **Harvard Mental Health Letter**. 1997. Vol. 13. No. 9. Pp. 8-9.

Biederman, J., Mick, E., Faraone, S., Spencer, T., Wilen, T. & Wozniak, S. 2000. **Influence of gender on ADHD in children**. Journal of Psychiatry. Vol. 159. No. 1. pp 456 – 460.

Blair, E. & Stanley, F. 1985. Interobserver Agreement of the classification of cerebral palsy. **Development Medicine and child Neurology**. 1985. Vol. 27. Pp. 615-622.

Bless, C. & Higson-Smith, C. 1995. **Fundamentals of Social Research Methods. An African Perspective**. Kenwyn: Juta & Co, Ltd.

Brits, N. 2002. Onderhoud gevoer met Fisioterapeut.

Carter & McGoldrick. 1999. **The family life cycle: a framework for family therapy**. New York: Gardner.

Carstens, E.H. 1988. **'n Ondersoek na die gesinsbeleving van adolessente met depressiewe simptome**. Ongepubliseerde MA. Universiteit van Oranje Vrystaat.

Chantwell, D.P. & Baker, L. 1983. Depression in children with speech, language and learning disorders. In Petti, T, A. **Childhood Depression**. New York. Harworth Press.

Clover, W. 1990. **Understanding and managing stress**. California: University Associations Inc.

Cogan, M.B. 1996. Diagnoses and treatment of Bipolar Disorder in children and adolescents. **Psychiatric Times**. 1996. Vol. 8. No. 5.

Cresswell, J.W. 1998. **Qualitative inquiry and research design. Choosing among five traditions**. London: SAGE Publications.

Curran, A.L., Sharples, P.M., White, C. & Knapp, M. 2001. Time costs of caring for children with severe disabilities comparing with caring for children without disabilities. 2001. Vol. 43. pp. 529 – 533.

Damon, W. 1998. **Handbook of child psychology**. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Dane, F.C. 1990. **Research Methods**. California: Brooks/Coles.

De Vos, A.S. 1998. **Research at grass roots. A primer for caring professions.** Pretoria: J.L. Van Schaik Publishers.

Drenth, A. 1991. **Die psigo-sosiale impak van die hoofbeseerde op die gesin.** Ongepubliseerde M.A verhandeling. Pretoria: Universiteit van Pretoria.

Duval, E.M. & Miller, B.C.1985. **Marriage and Family Development.** New York: Harper and Row.

Ellis, T. & Wilde, S.1996. **Pediatric and clinical child psychology.** New York: Kluwer Academics.

Edkins, K.1997. **Die gevoelsbeleving van sibbe van 'n Serebraalgestremde kind: 'n Spelterapeutiese benadering.** Ongepubliseerde MA: Universiteit van Pretoria.

Erasmus, P. Onderhoud gevoer met Pediater.

Finnie, N.R.1997. **Handling the young child with cerebral palsy at home.** Oxford: Butterworth-Heinemann.

Garbers, J.G. 1996. **Doeltreffende Geesteswetenskaplike Navorsing.** Pretoria: J.L. van Shcaik Uitgewers.

Geller, D. 2001. Early-onset Bipolar Disorder looks like severe adult form. **Clinical psychiatry.** 2001. Vol29. No. 10. Pp. 22.

Geismar,L. & Camasso, M. 1993. **The family functioning scale.** New York: Springer Publishing company.

Germishuys, J.M. 1991. **Riglyne vir maatskaplikwerk-hulpverlening aan die gesin met 'n serebraalgestremde kind.** Ongepubliseerde D.Phil-proefskrif. Pretoria:Universiteit van Pretoria.

Hammes, H. 2000. **Clinical challenges in practice.** Referaat gelewer.

Harper, C.D. 1999. Who does well – Why? **Development Medicine & Child Neurology.** 1999. Vol. 41. Pp. 579.

Hetherington, E.M. & Mavis, R.D. 1986. **Child psychology – a contemporary viewpoint**. USA: McGraw-Hill, Inc.

Hudson, W.W. 1990. **Hudson Skaal: Indeks van Ouerlike Houding**. Perspektief Opleidingskollege.

Ingersoll, B.D. & Goldstein, S.1995. **Sad and angry: a parent's guide to depression in children and adolescents**. New York: Doubleday.

Irwin, D & Simons, J. 1994. **Lifespan Developmental psychology**. Madison: Brown & Benchmark.

Kafantaris, V. 1995. Treatment of Bipolar disorder in children. **Journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry**. 1995. Vol. 34. No. 6. Pp. 732 – 738.

Lefrancois, G.R. 1995. **The Lifespan**. California: Woodsworth Publishing Company.

Luiz, M. 1997. **Stress paterns in families with mentally handicapped, physically handicapped or chronically ill child**. Pretoria: HSRC.

Luiz, M. & Lombard, M.C. 1997. Stress and coping in families with a mentally or physically handicappes child. **Southern African Journal of Child and adolescent Mental Health**. 1997. Vol. 9. No. 1

Louw, D.A., Ede. D.M. & Louw, A.E. 1998. **Menslike ontwikkeling**. Pretoria: Kagiso Uitgewers.

Mabunda, M.D. 1991. The dilemma of parenting a mentally handicappes or learning disabled child. **Educamus**. 1991. Vol. 37. No. 2.

Mackie,D.C., Jensin, E.C. & Jarvis, L. 1998. The lifestyle assessment questionnaire: an instrument to measure the impact of disability on the lives of children with cerebral palsy and their families. **Child Care and Development**. 1998. Vol. 24. No. 6. pp. 473-486.

McDonald, E.T.1987. **Treating Cerebral Palsy – for clinicians by clinicians**. USA: Library of congress.

McKesson Health Solutions, 2001. **Clinical reference Systems**. Annual. 2001. pp 357 – 360.

Mediese woordeboek: Vertalend en verklarend. 1993. Kaapstad: Oxford University Press Southern Africa.

Molteno, C & Lachman, P. 1996. Stress in mothers of handicapped children. **Southern African Journal of child and adolescent Mental Health**. 1996. Vol. 8. No. 1.

Middleton, M.R. & Roelofse, R.1985. The family functioning in adolescence questionnaire: a measure of psychosocial family health during adolescence. **Journal of adolescence**. 1985. Vol. 8. Pp. 33-45.

Neuman, L.W. 1997. **Social Research Methods. Qualitative and Quantitative Approaches**. Needham Heights: Allyn & Bacon.

Nietzel, M., Speltz, M., McCauly, D.& Bernstein, S. 1998. Neuropsychological characteristics of boys with early onset conduct problems. **Journal of abnormal psychology**. 1998. Vol. 108. No. 2. pp. 294 – 299.

Nottelman, E.D., & Jensen, P.S. 1995. Bipolar affective disorder in children and adolescents. **Journal of the American Academy of Child and adolescent psychiatry**. 1995. Vol 34. No. 6. Pp. 705-709.

Oaklander, V. 1988. **Windows to our children**. USA: Gestalt Journal Press.

Olkin, R. 1999. **What psychotherapists should know about disability**. New York: The Guilford Press.

Papalia, D. & Olds, S. 1992. **Human Development**. New York: McGraw – Hill.

Pennington, L. & McConachie, H. 2001. Predicting patterns of interaction between children with Cerebral Palsy and their mothers. **Developmental Medicine and Child Neurology**. 2001. Vol. 43. pp. 83 – 90.

Perosa , L. M. Sandra, & Perosa, 1982. Structural Interaction patterns in families with a learnig disabled child. **Family Therapy**. 1982. Vol. 4. No. 2. pp. 175 – 187.

Robinson, R. 1999. Cerebral Palsy. **Gale Encyclopedia of medicine**. Edition 1. pp. 631.

Schaefer, R.T. 1986. **Sociology**. New York: McGraw Hill Book Company.

Schindehette, S. & Kelly, W. 2001. In their shoes. **People**. 2001. Vol. 56. No. 21. pp. 70 – 73.

Schraufnagel, C.D.,Brumback, R.A., Harper, C.R., Weinberg, W.A.2001. Affective illness in children and adolescents: Patterns of Presentation. **Journal of Child Neurology**. 2001. Vol 16. No.8.pp.553-564.

Shu-Li, L.2000. Coping and adoption in families of children with Cerebral palsy. **Exceptional children**. 2000. Vol. 66. No. 2. pp. 201-223.

Specht, R. & Crace, G.J. 1982.**Human Development: a Social Work Perspective**. Englewood Cliff: Prentice Hall Inc.

Stanton, M.1992. **Cerebral Palsy – a practical guide**. London: Optima.

Stark, K. 1990. **Childhood Depression. School based intervention**. New York: the Guilford Press.

Steenkamp, E. 2002. Onderhoud gevoer met sielkundige.

Strax. T. 1995. Learning to stand. **The exceptional parent**. 1995. Vol. 25. No. 5. pp. 18-20.

Trad, P.V. 1987. **Infant and childhood depression. Developmental factors**. New York. Johna Wiley and sons.

Turner, J & Helms D. 1995. **Lifespan Development**. London: Harcourt Brace College Publisher.

Visser, M. 2002. Onderhoud gevoer met onderwyser.

Vooy's, H.M.1999. **Negatiewe selfkonsep by die kind in die middelkinderjare met depressie: 'n verkennende ondersoek**. Ongepubliseerde MA verhandeling:Universiteit van Pretoria.

White, D. & Woollet, A. 1992. **Families: a context for development**. London: The Falmer Press.

www.nami.com

<http://www.klis.com/chandler>

<http://www.bpkids.org>

<http://www.baltimorepsych.com>

<http://www.health.iafrica.com>