

HOOFSTUK 3

DIE GESIN VAN 'N DOWE KIND

3.1 INLEIDING

Sullivan (1953) was van die eerste psigoterapeute wat die klem verskuif het van die intrapsigiese mensbeskouing na 'n meer interpersoonlike mensbeskouing. Hy beklemtoon die primêre rol van interpersoonlike problematiek in psigiese versteurings en is van mening dat die individu die beste verstaan kan word in sy verhouding met andere en met sy omgewing. Die verdere ontwikkeling van Sullivan (1953) se idees het eers in die vyftiger en sestiger jare plaasgevind deur persone soos Bateson, Jackson, Haley en Weakland (1956) en Watzlawick, Beavin en Jackson (1967). Die aanname gepostuleer deur Sullivan, dat effektiewe kommunikasie belangrik is vir emosionele gesondheid, word deur hierdie skrywers nagevors en bevestig.

Minuchin (1974) onderskryf ook die beginsel dat die individu nie in isolasie nie, maar in sy sosiale konteks bestudeer moet word. Die mens se ervaring word dus bepaal deur sy voortdurende interaksie met die verskillende sosiale sisteme waarin hy hom bevind. Die verskillende sosiale sisteme beïnvloed mekaar ook wedersyds en vorm saam 'n komplekse omgewing wat die individu se ontwikkeling beïnvloed. Van Kessel (1978) sluit by hierdie standpunt aan en is van mening dat die individu se sosiaal-menslike konteks van essensiële belang is om die individu se gedrag te verstaan.

Die kerngesin vorm egter die primêre en belangrikste sosiale sisteem waarbinne die individu hom bevind en is gevolglik die belangrikste sosiale konteks wat nagegaan moet word om 'n individu se gedrag te begryp.

Bolton (1976), Freeman *et al.* (1975), Hersch *et al.* (1973), Liben (1978), Meadows (1980) en Shapiro *et al.* (1976) is onder andere van die skrywers wat die belangrike

rol wat die gesin in die dowe kind se ontwikkeling speel, beklemtoon. Hersch (1973, p. 34) beklemtoon ook dat die dowe kind in sy konteks gesien moet word:

"Much energy has been expended with focus on the deaf person. Equally important, however, is the family and social constellation into which he is born."

Die geboorte van 'n dowe kind, soos die geboorte van enige ander kind, het 'n effek op die reeds bestaande gesinsinteraksies. Hierdie effek word dikwels soortgelyk deur sulke gesinne ervaar. Alhoewel sekere ervarings vergelykbaar is, is daar nie 'n kousale verband tussen doofheid en 'n spesifieke gesinstipe nie (Bolton, 1976).

Om die realistiese implikasies wat 'n dowe kind op die gesinsinteraksies het noukeurig na te gaan, moet die gesinne eers duidelik omskryf word. Die een enkele veranderlike wat die gesinne meer spesifiek omskryf, is die ouers se gehoorstatus. Die aard van die implikasies wat 'n dowe gesinslid het, verskil drasties in gesinne waar die ouers self doof is en in gesinne waar beide ouers horende is.

Die kombinasie van 'n dowe kind en dowe ouers is baie seldsaam. Rainer *et al.* (1969) bepaal in hul navorsing dat 90% dowe kinders horende ouers het. Verder bevind Altshuler (1974), Liben (1978) en Meadow (1980), dat 'n dowe kind meestal gebore word in 'n gesin wat tot en met die geboorte van die kind, geen kontak met, of kennis van dowe persone gehad het nie.

Die gehoorstatus van die ouers van 'n dowe kind het verreikende implikasies vir die kind se algehele ontwikkeling. Die interaksionele verskille tussen horende ouers met 'n dowe kind, en dowe ouers met 'n dowe kind, kan in verskeie aspekte waargeneem word. 'n Aantal aspekte is onder andere die ouers

se reaksie op die diagnose van doofheid, hul wyse van kommunikasie met hul dowe kind en hul vertolking van volwasse identifikasie-rolle.

Samevattend uit die literatuur, is die skrywers dit eens dat die omgewingsfaktore wat deur die dowe ouers (in teenstelling met die horende ouers) geskep word, gunstiger is vir 'n dowe kind se ontwikkeling. Beide Altshuler (1974) en Meadow (1980) toon aan dat dowe kinders van dowe ouers gewoonlik intellektueel, sosiaal en kommunikatief beter funksioneer as hulle dowe portuur met horende ouers. Die redes hiervoor is onder andere dat dowe ouers meer gemaklik die diagnose van doofheid aanvaar, dat hulle spontaan met hul dowe kind van kleins af kommunikeer en dat hulle ook hul dowe kind meer onafhanklik opvoed.

In hierdie studie word hoofsaaklik die interaksies van die horende gesin met 'n dowe kind nagegaan en bespreek. Daar word ook gefokus op gesinne met 'n kind wat vanaf geboorte doof is.

3.2 TEORETIESE UITGANGSPUNT : DIE STRUKTURELE BENADERING

Die konseptuele raamwerk wat in hierdie studie gebruik word om die gesin van 'n dowe kind te beskryf, is hoofsaaklik die strukturele benadering van Salvador Minuchin (1974).

Die gesin word deur Minuchin (1974) beskryf as 'n sisteem wat binne 'n spesifieke sosiale konteks funksioneer, met drie kenmerkende eienskappe. Eerstens is 'n gesin 'n oop sosio-kulturele sisteem in transformasie. Tweedens ontwikkel 'n gesin deur 'n aantal universele fases wat herstrukturering vereis. Laastens pas die gesin deurentyd aan by veranderde omstandighede om kontinuïteit te behou en om die psigososiale groei van elke gesinslid te verseker.

1260927
1260836

3.2.1 Gesinstruktuur

Minuchin (1974, p. 51) definieer die gesinstruktuur soos volg:

"Family structure is the invisible set of functional demands that organize the ways in which family members interact. A family is a system that operates through transactional patterns. Repeated transactions establish patterns of how, when and to whom to relate, and these patterns underpin the system."

Hy beskryf voorts hoe elke gesinsisteem sekere voorkeur transaksionele patrone het. Die verkose transaksionele patrone van 'n gesin word ook na verwys as die homeostase van 'n gesin. Gesinne poog om hul homeostase so lank as moontlik in stand te hou en hulle bied weerstand teen enige disekwilibrium wat mag ontstaan.

Die gesin differensieer en voer sy funksies uit deur verskeie subsysteme. Die verskeie subsysteme is egter in interaksie met mekaar en beïnvloed mekaar se funksionering onderling. Elke gesinslid vorm 'n sub sisteem op sy eie. Verdere subsysteme wat bestaan uit twee of meer gesinslede kan gevorm word as gevolg van ouderdom, geslag, belangstelling of funksie. Voorbeelde hiervan is 'n moeder-kindsubsisteem, die jonger kindersubsisteem. Die drie belangrikste subsysteme is egter die huweliks subsisteem, die ouer-kind-subsisteem en die kindersubsisteem. Een gesinslid behoort dus aan verskeie subsysteme binne sy/haar gesin. Die effektiewe funksionering van 'n sub sisteem hang af van die mate wat die sub sisteem onafhanklik, sonder inmenging van ander subsysteme, kan funksioneer. Volgens Minuchin (1974) is duidelike grense tussen subsysteme 'n voorvereiste dat die gesinsisteem as geheel kan funksioneer. Die bespreking van die gesin met 'n dowe kind word beperk tot die huweliks-subsisteem, die ouer-kindsubsisteem en die kindersubsisteem.

Volgens Minuchin (1974) word 'n huweliks subsisteem gevorm wanneer twee volwassenes van die teenoorgestelde geslag bymekaarkom met die eksplisiete behoefte om 'n gesin te vorm. Die hoof take van hierdie sub sisteem is komplementariteit en wedersydse akkomodasie. Die sub sisteem se grense moet sy psigososiale gebied beskerm sodat die man en vrou mekaar wedersydse emosioneel kan ondersteun.

Die ouer-kindsstelsel, in 'n doeltreffende funksionerende gesin, beskryf Minuchin as ouers wat daarin slaag om hul kind/kinders te sosialiseer, sonder die verlies van wedersydse ondersteuning wat die huweliksstelsel kenmerk. Doeltreffende grense word dus so getrek dat hul kind/kinders toegang het tot elke ouer, maar dat hul kind/kinders uitgesluit word van die huweliksstelsel. Om ouers te wees is 'n moeilike taak en verg deurentyd aanpassing soos hul kind/kinders ontwikkel. Die sosialiseringsopdrag van die ouers kan hoofsaaklik in twee hoofdele opgedeel word. Eensyds om ondersteuning en versorging vir hul kind/kinders te bied en andersyds om leiding en beheer oor hul kind/kinders te neem.

Laastens word die kindersstelsel deur Minuchin (1974) omskryf as die eerste sosiale laboratorium waarin portuur verhoudings geëksplorieer word. Die respektering van dié stelsel se grense deur ouers is ook essensieel vir die kinders se ontwikkeling en doeltreffende gesinsfunksionering.

Deur bogenoemde drie stelsels voer die gesin sy belangrikste funksies uit. Dit is belangrik om in gedagte te hou dat die stelsels onderling saamsmelt tot 'n groter geheel, naamlik die gesinstelsel. Die wyse waarop elke stelsel sy funksies uitvoer, beïnvloed die ander stelsels direk of indirek. Byvoorbeeld as 'n moeder op die periferie is en sy nie haar ouerlike funksies vervul nie, kan dit veroorsaak dat een van die kinders die funksies begin oorneem. Gevolglik lei swak funksionering van die ouer-kindsstelsel daartoe dat die kindersstelsel ook uit balans raak.

3.2.2 Gesinsaanpassing

Minuchin (1974, p. 60) beskryf 'n gesin se aanpassing by voortdurende veranderende omstandighede soos volg:

"A family is subject to inner pressure coming from developmental changes in its own members and subsystems and to outer pressure coming from demands to accommodate to the significant social institutions

that have an impact on family members. Responding to these demands from both within and without requires a constant transformation of the position of family members in relation to one another, so they can grow. While the family system maintains continuity."

Deur 'n gesin te definieer as 'n sosiale sisteem in verandering, word die deurlopende verandering van die gesinsproses beklemtoon. Minuchin (1974) is van mening dat baie gesinne wat gesinsterapie ontvang volgens laasgenoemde uitgangspunt, gemiddelde gesinne is wat slegs die aanpassing tot hulle nuwe omstandighede pynlik beleef. Hy omskryf slegs die gesinne wat onder spanningsvolle omstandighede meer rigied vashou aan hul transaksionele patrone en weerstand bied teen die eksplorering van alternatiewe as patologiese gesinne.

Minuchin (1974) dui vier bronne van spanning aan waarby gesinne moet aanpas.

- a) Spanningsvolle kontak van 'n gesinslid met omgewingsfaktore (byvoorbeeld 'n man wat werkloos is).
- b) Spanningsvolle kontak van die hele gesin met omgewingsfaktore (byvoorbeeld 'n gesin in 'n ekonomiese depressie).
- c) Spanning as gevolg van 'n ontwikkelingsfase van die gesin (byvoorbeeld wanneer 'n kind 'n adolescent word)
- d) Spanning as gevolg van 'n idiosinkratiese probleem (byvoorbeeld die geboorte van 'n dowe kind).

3.3 DIE STRUKTUUR VAN DIE GESIN VAN 'N DOWE KIND

3.3.1 Ouer-kindsisteem

In die literatuur word 'n aantal fasette van horende ouers se gedrag teenoor hul dowe kind beskryf. Dit lig die wyse waarop dié ouer-sisteem sy funksies uitvoer toe. Die volgende fasette word vervolgens hier bespreek: Die ouers se reaksie op die diagnose van doofheid, kommunikasie, hantering, dissipline en gesinsrolle.

3.3.1.1 Die ouers se reaksie op die diagnose van doofheid

a) Pre- en postnatale verwagtings en interaksies tussen ouer en kind

Wisch (1980) konstateer dat ouers reeds vanaf die prenatale periode verwagtings en idees oor hul kinders koester. Die prenatale houdings en verwagtings word grootliks beïnvloed deur die ouers se eie gehoorstatus en ook deur die moeder se gesondheid tydens die eerste trimester van swangerskap. Horende ouers is tydens 'n gesonde swangerskap soms ambivalent of hul kind gesond gaan wees aldan nie. Hersch *et al.* (1973) is egter van mening dat dié ambivalensie minder aanwesig is as die swangerskap beplan is. Die volle implikasies van die moontlikheid dat hulle kind doof kan wees, besef ouers egter nie voor geboorte nie.

Tydens die eerste ses maande na geboorte, vermoed die ouers ook seld dat hul baba doof is, omdat die gestremdheid nie sigbaar is in hul ouer-kind interaksies op daardie stadium nie. Die baba se gedrag en reaksies is dus aanvanklik op normale mylpaal standaarde. Die ouers se verwagtings en houdings is gevolglik voor die vermoede van doofheid, spontaan en normaal, vergelykbaar met verwagtings wat hulle teenoor enige horende kind sou koester. Dit is verstaanbaar, omdat die vroeë interaksies primêr plaasvind deur middel van die tas, visuele en ouditiwe modaliteite. Fisiese versorging, vertroeteling en aanraking is die uitstaande kenmerke van die verhouding. Ouers kommunikeer deur oogkontak, gesigsuitdrukkings en ander nie-verbale vaardighede. Ook kommunikeer die ouers verbaal deur vir die baba te sing of met die baba te gesels. (Szarek, 1980)(Mills, 1980).

Die dowe baba reageer egter slegs op die ouers se visuele en tas stimulasie en nie op die ouditiwe stimulasie nie. Verder reageer hulle ook op die nie-verbale boodskap van aanvaarding of verwerping wat deur ouers oorgedra word. Hul visuele diskriminasie stel hulle ook in staat om te reageer op verskeie aspekte van die menslike gesig soos vorms,

bewegings en kontraste. Op 'n vroeë ouderdom is hul reeds in staat om hul moeder se gesig te onderskei en daarop te reageer. Die dowe kind se response op tas en visuele stimulasie, word dikwels deur die ouers verwar as response op verbale stimulasie, omdat dergelike stimulasie meestal gelyktydig plaasvind. Ouers van blinde babas, in teenstelling met ouers van dowe babas, merk volgens Wedell-Monnig *et al.* (1980) vinniger op dat hul babas minder responsief is. Die rede wat hulle hiervoor aanvoer, is dat die visuele modaliteit aanvanklik 'n meer merkbare rol in interaksie speel as die ouditiewe modaliteit.

Die ouer-kind interaksies verloop as gevolg van die ouers se normale verwagtings aanvanklik spontaan en gevolglik ook die emosionele bindingsproses tussen die ouers en die dowe kind.

In die periode tussen ses en nege maande, word die ouditiewe modaliteit vir die kind belangriker. Die normale stimulasie wat die ouer op daardie fase bied, is meer verbaal georiënteerd. Die stimulasie word dus alhoemeer ontoepaslik vir die dowe kind se vermoë om terug te reageer omdat hy/sy gefokus bly op die visuele modaliteit vir kommunikasie. Die ouers raak dan geleidelik bewus dat hulle nie werklik kontak met die kind maak nie, dat die kind nie reageer soos verwag word nie en dat die kind moontlik doof is.

Die bewuswording en bevestiging van die kind se doofheid word egter deur verskeie faktore vertraag. Horende ouers met geen geskiedenis van doofheid en/of horende ouers van eersteling, het gewoonlik 'n swak verwysingsraamwerk waarvolgens hulle kinders se gedrag kan evalueer. Hul ontdek volgens Van der Lem (1980) doofheid as gevolg van laasgenoemde, heelwat later. 'n Verdere faktor wat die ontdekking van gehoorverlies dikwels vertraag, is die ouers se "positiewe" verwagting van en houding dat hulle kind gesond gaan wees, veral as die swangerskap normaal verloop het. Dikwels duur

die ouers se onsekerheid voort deurdad die dokter die diagnose van doofheid aanvanklik ontken. Dit gebeur volgens Altshuler (1974), in 25% van alle eerste konsultasies waar die ouers hulle kommer uitspreek oor hul kind se gehoorvermoë. Liversidge (1973, p. 159) het 'n soortgelyke ondervinding met die diagnose van doofheid by haar kind gehad: "Sharing my suspicions with the pediatrician, I was somewhat reassured when he told me children are often temporarily deafened by meningitis, and that the hearing would probably return gradually as she became stronger".

Meeste ouers is egter bewus van hul kind se doofheid voordat dit formeel bevestig word. Die definitiewe diagnosering van doofheid en die bevestiging daarvan tydens die daaropvolgende maande, is ten spyte van hul vermoede, meestal vir die ouers 'n onseker en verwarrende emosionele ervaring. Die onsekerheid en angstigheid van die ouers hou grootliks verband met hul onkundigheid oor die verskillende mediese terme, die etiologie, implikasies en prognose. Sommige ouers wat bewus was dat hulle geboorte sou skenk aan 'n gestremde kind, byvoorbeeld moeders met Rubella tydens die eerste trimester van swangerskap, reageer soms teenoorgesteld as die ouers wat dit nie verwag het nie. Eersgenoemde ouers voel dikwels tot 'n mate verlig na 'n diagnose dat hul kind slegs 'n gehoorgebrek het en verder psigies en fisies gesond is.

Dowe ouers, inteenstelling met meeste horende ouers, verwag meestal die diagnose van doofheid en ervaar dit vanuit hul eie ervarings- en verwysingsraamwerk, gewoonlik minder as 'n tragedie, aldus Altshuler (1974) en Meadow (1980). Die diagnose word gewoonlik ook vinniger ontdek en aanvaar deur dowe ouers. Die dowe ouers se reaksies teenoor die dowe baba, is spontaan en selfversekerd en vergelykbaar met horende ouers se reaksies op 'n horende baba.

b) Fases van reaksie by ouers na diagnosering van doofheid

Szarek (1980) konstateer dat die bevestiging van die diagnose van doofheid, die hele ouer-kindsstelsel drasties beïnvloed. Die ouers se emosionele reaksies en daaruit voortspruitende inkonsekwente optredes, versteur die kwaliteit van die reeds bestaande emosionele bindingsproses. Die wedersydse interaksies tussen die ouers en die kind, verander dus gewoonlik ingrypend na die diagnose. Volgens skrywers soos Altshuler (1974), Shapiro *et al.* (1979), Verrugio (1980) en Wisch (1980) word die ouers se reaksies meestal gekenmerk deur verskillende oorvleuelende fases, soortgelyk aan die van die rouproses. Black in Bentovim *et al.* (1982), beskryf die reaksies as 'n rouproses oor die verlies van die normale kind wat hulle verwag het. Individuele reaksies moet egter nie veralgemeen word nie. Die proses moet gesien word as gemeenskaplike ervarings wat ouers hoogs waarskynlik in dieselfde omstandighede ervaar, omdat daar dikwels soortgelyke gevoelens en aanpassingsmetodes by bogenoemde ouers aanwesig is. In die onderstaande bespreking word die fases met persoonlike ervarings van die horende moeders met dowe kinders toegelig.

• Skok

Skok kenmerk gewoonlik die eerste fase van die sogenaamde rouproses. Die ouers se verwagtings en drome word platgeslaan en daarmee saam bevraagteken hulle hul eie toereikendheid om geboorte te skenk aan 'n gesonde kind. Die skok-reaksie word verder gekenmerk deur verwarring en angstigheid. Dit manifesteer in die ouers se veranderde gedrag. Dikwels word verbale kommunikasie soos sing of gesels deur die ouers gestaak, omdat die kind dit nie kan hoor nie. Indien die ouers wel nog met die dowe baba verbaal kommunikeer, gaan dit meestal gepaard met angs en onsekerheid. Die skok-reaksie gaan ook gepaard met teneergedrukte gevoelens wat die ouers se algehele funksionering tydelik verlaag. (Altshuler, 1974)

Allen *et al.* (1981, p. 280) stel dit soos volg:

"I can recall my feelings at that time as an all-consuming pain, a hurt that was so awful that I didn't want to wake up, yet, a hurt so awful that I could not sleep. I couldn't eat, at first I couldn't cry, and then I couldn't stop crying. I could barely function with my everyday responsibilities. I didn't even want to look at my baby."

- Ontkenning

Tweedens kom daar 'n fase van ontkenning voor, volgens Altshuler (1974) en Shapiro *et al.* (1976). Die ouers ontken die diagnose en hul gevoelens daaromtrent en slaag nie daarin om dit as 'n realiteit te aanvaar en te verwerk nie. Die ontkenning kring ook uit na die wyer konteks van die kerngesin en hul breër sosiale konteks. Aanvanklik weerhou die ouers meestal die diagnose en hul eie gevoelens daaromtrent van ander gesinslede, familie en vriende. 'n Front van toereikendheid word voorgehou.

Die interaksie tussen die ouers en hul omgewing is egter wedersyds en gevolglik is die omgewing se aksies en reaksies ook van essensiële belang. Die ouers se ontkenkende reaksies word dikwels versterk deur veral oorbeskermdende grootouers, wat ook die diagnose van doofheid ontken of die implikasies daarvan minimaliseer. Erkennende en aanvaarende reaksies van familie en vriende kom egter ook voor en is baie ondersteunend vir ouers. Dit fasiliteer die emosionele verwerking van die sogenaamde rouproses.

Hierdie fase van ontkenning en die invloed van die sosiale omgewing in hierdie proses, word sinvol deur Liversidge (1973, p. 159) se eie ervarings toegelig:

"He (audiologist) told me that in his experience, deafness as a result of meningitis, was permanent in every case. I had a good cry by myself at home that night, then set about my task of convincing the

rest of the family that it was true. This was difficult, particularly with one set of grandparents who were convinced that we should only rent hearing aids and wait and see."

Ook Allen (1981, p. 280) se mededeling spreek van 'n aanvanklike ontkenning van haar kind se doofheid en van haar werklike gevoelens, asook van die front wat sy aanvanklik na buite voorgehou het:

"I told myself that he could hear, because that's what I wanted to believe At first I had a feeling of numbness, of unreality and depression No one knew of Jeffrey's deafness or my true pain and sorrow at this time. I was unable to talk of it to anyone except my husband, but even he did not know the extent of the horror I was living."

- Ambivalente emosies

'n Derde fase kan onderskei word wanneer die ouers besef dat ontkenning nie die gestremdheid van hul kind verwyder nie en hulle hul werklike gevoelens meer bewustelik begin erken. Hierdie gevoelens van die ouers wissel tussen negatiewe gevoelens van ontoereikende en teleurstelling en positiewe gevoelens van affiniteit teenoor die kind. Altshuler (1974, p. 369) stel dit soos volg: "But wishful denial cannot work and the problem does not go away. Its presence is an unavoidable reminder of possible failure and disappointed aspiration. The parental dilemma is how to love a child who represents such a reminder." Voorts beskryf hy dat die onopgeloste gevoelens en konflikte dikwels woede ontlok by die ouers, wat hul dan neig om op die kind te rig. In teenreaksie hierop, reageer die ouers dikwels met skuldgevoelens en oorbeskerming. Die ouers se vinnig afwisselende gevoelens word, volgens Altshuler (1974), gereflekteer in verwarde en inkonsekwente gedrag teenoor die kind. Hy beklemtoon dat die onopgeloste gevoelens en inkonsekwente gedrag, 'n ongunstige klimaat vir die dowe kind se ontwikkeling skep.

- Aanvaarding

Wanneer die ouers hul negatiewe gevoelens erken en hulle dit kan deurwerk, kom die ouers in 'n fase waar hulle daarin slaag om hul kind se doofheid te aanvaar. Gevolglik is hulle in staat om konstruktief en doelgerig aan die ondersteuning en opvoeding van hul dowe kind te begin werk (Altshuler, 1974). Die ouers se verwarde gevoelens is dus gewoonlik net momenteel. Nadat die ouers tot aanvaarding van hul kind se doofheid en hulle eie gevoelens daaromtrent gekom het, slaag hulle ook makliker daarin om hul kind se doofheid teenoor andere te erken en te bespreek. Liversidge (1973, p. 160) beskryf hoe die aanvaarding van hul kind se doofheid, hul gesindheid teenoor haar verander het:

"We began to accept - and to help others to accept - her hearing loss - she became Gray - a child with a hearing loss : rather than a puzzling enigma : a deaf child."

Volgens Allen (1981, p. 281) was die aanvaarding van die realiteit ook 'n belangrike keerpunt in hulle interaksie met hul dowe kind:

"Then one day I remember thinking: I can't hide it for ever - he's really deaf and he should be wearing a hearing aid. At that point I took him next door and told my neighbour ... At that point I took my first steps towards adjustment. Discussing it openly was the first positive thing I had done. I was now able to admit that he was deaf, that it was a reality."

Altshuler (1974) konstateer dat soortgelyke emosionele reaksies, gewoonlik in 'n ligte graad, soms herhaal wanneer die dowe kind deur 'n nuwe mylpaal gaan. Allen (1981, p. 282) verwys ook na hierdie ervaring met haar dowe kind:

"I still carry some pain around, that occasionally surfaces. With each major change in Jeffrey's development, I have found myself going through the same emotional adjustment I did in the very beginning."

Such adjustments come in differing degrees, and I have learned to recognize them and know that the pain will pass."

Skrywers soos Black in Bentovim (1982), Meadow (1980) en Verruggio (1980), beklemtoon dat ouers met onvoltooide emosionele konflikte, 'n terapeutiese geleentheid gebied moet word om dit deur te werk, sodat positiewe aanvaarding van hul dowe kind moontlik is.

Voordat die kritieke punt van aanvaarding bereik is, sal die ouers se interaksie met die dowe kind deur die negatiewe, onopgeloste emosies, beïnvloed word. Die emosies sal die realistiese herstrukturering, wat die aanpassing by die doofheid van hul kind vereis, onmoontlik maak omdat die ouers minder energie sal hê om die kind te help aanpas by sy gestremdheid (Meadow, 1980). Hoe hierdie onopgeloste gevoelens deurwerk na die ander gesinsubstieem, kan aan die hand van die volgende voorbeeld van Szarek (1980) verduidelik word. Indien die ouers skuldgevoelens teenoor die dowe kind koester, is hulle dikwels geneig om oorbeskermd teenoor hom/haar op te tree. Die ander kinders tel gou die ouers se skuldgevoelens op en raak gevolglik bewus dat daar dubbele standaarde gehandhaaf word. Die horende kinders kan voel hulle word afgeskeep in vergelyking met die dowe kind. Dikwels het dit tot gevolg dat hulle hul aggressie, in reaksie daarteen, op 'n indirekte wyse op die dowe kind uithaal. Die horende kinders besef, dat indien hulle direk en openlik hul aggressie teen die dowe kind uithaal, hulle dan waarskynlik verder deur die ouers verwerp sal word. Gevolglik lei ondeurwerkte konflikte in die ouers, tot konflik in die kindersubstieem.

In die voorafgaande gedeelte het dit na vore gekom dat horende ouers en hul dowe kinders 'n wedersydse effek op mekaar het. Enersyds die opeenvolgende, dog oorvleuelende reaksies wat die diagnose by ouers uitlok en andersyds die effek van die ouers se reaksie op hul dowe kind. Nadat die ouers die fases van skok, ontkenning en ambivalente gevoelens deurgegaan

het, bereik hulle die laaste positiewe fase van aanvaarding. Deur die ouers se aanvaarding van hul kind se doofheid, is hulle in staat om meer effektief aan te pas by die realistiese eise wat die kind se doofheid aan hulle as gesin stel. Die belangrikheid om vir ouers wat nog nie die fase van aanvaarding bereik het nie, 'n geleentheid in terapie te gee om hul onopgeloste gevoelens te deurwerk, is ook aangedui.

3.3.1.2 Wyse van kommunikasie

Die wyse en kwaliteit van kommunikasie wat in gesinsverband gebruik word, hang weer eens grootliks van die gehoorstatus van die ouers af. Meeste dowe ouers kommunikeer vrylik vanaf 'n vroeë stadium met hul dowe kind deur middel van gesistematiseerde gebare.

In teenstelling met dowe kinders van horende ouers, leer dowe kinders van dowe ouers nie-verbale taal op 'n natuurlike en spontane wyse aan as hul moedertaal. Dit vind op 'n vroeë ouderdom plaas wat meestal binne die mees gunstige periode van taalontwikkeling val (Altshuler, 1974). Navorsing deur Meadow *et al.* (1981, p. 465) bevestig die spontane aanleer van taal by dowe kinders met dowe moeders:

"The most striking and consistent pattern that emerges from data can be summarized by pointing out the similarities in social and linguistic interaction of the deaf-child/deaf-mother dyads and the hearing-child/hearing-mother dyads."

Die kommunikasie van horende ouers met hul dowe kind, is nie so 'n natuurlike interaksie soos die van dowe ouers met hul dowe kind nie. Horende ouers en hul dowe kind gaan deur 'n proses van aanpassing voordat hulle hul wyse van kommunikasie ontwikkel.

Die horende ouers kommunikeer reeds van geboorte af met hul dowe kind. Gevolglik is daar vanaf die eerste aantal maande sprake van wedersydse kommunikasie, ten spyte van die baba se onvermoë om verbaal te kan kommunikeer. Van der Lem (1980, p. 478) beskryf die waarde van hierdie aanvanklike kommunikasieproses soos volg:

"Parents have a special way of interacting with their baby. It seems as if they adapt themselves to the capacities of the baby: they talk in a special way, carefully paying attention to how the baby is reacting and then they wait a moment to give it a chance to respond. This is the very first form of 'conversation' in which the child learns about his own behavior, about that of the other and about turn-taking. Which means that before the baby utters his first words, he is already acquainted with the rules of communication."

Ses tot nege maande na geboorte, wanneer die ouditiewe modaliteit meer prominent raak, raak die kommunikasie egter traumaties vir die horende ouer en die dowe kind. Altshuler (1974) konstateer dat alhoewel die horende ouers met die dowe kind praat, moet hul die kind se begrip daarvan altyd raai, want die kind kan dalk die nie-verbale boodskap tot 'n mate verstaan ten spyte van sy onvermoë om die taal simbole te begryp. Die taalbinding tussen horende ouers en hul dowe kind word moeilik gevorm en beïnvloed die ouer-kind verhouding negatief. Wisch (1980) dui aan hoe die swak taalbinding baie frustrasies veroorsaak wat die aanvaarding van 'n dowe kind deur horende ouers bemoeilik.

Die kommunikasieprobleem kan ook lei tot die ontwikkeling van nie-funksionele gesinstrukture. Enkele voorbeelde hiervan is in die literatuur gevind. Wedell-Monnig en Lumley (1980) toon in hulle navorsing aan dat horende moeders van dowe kinders baie meer dominant as hul kinders in hul wedersydse kommunikasie is. Hul verklaring hiervoor is dat die horende moeders hul dowe kinders oorspoel met stimulasie in 'n poging om te

kompenseer vir hul gehoorverlies. Sodoende kom sy geleidelik in kontrole van hul interaksie, tot so 'n mate dat die kind geen onafhanklike poging maak om inisiatief in hul verhouding te neem nie. Shapiro *et al.* (1976) beskryf die interaksie tussen die horende moeder en dowe kind soos volg: Omdat die dowe kind meer nie-verbaal kommunikeer, in teenstelling met horende kinders wat meer verbaal kommunikeer, is die dowe kind verplig om langer afhanklik van een ouer (gewoonlik die moeder) te bly. Hierdie afhanklikheid van die dowe kind word dikwels deur die moeder self versterk, omdat sy as gevolg van skuldgevoelens neig om die dowe kind oor te beskerm. Hierdie bevinding word ook deur Gregory (1976) bevestig. Soos die dowe kind groter word en beseft daar is weinig mense met wie hy kan kommunikeer wend hy hom al hoe meer na sy moeder of die persoon wat hom die beste verstaan. Daar vorm dus 'n alliansie tussen die moeder en die dowe kind. Die sirkulêre verband tussen die alliansie en die dowe kind se gebrekkige kommunikasie, veroorsaak dus dat die alliansie deurentyd versterk word. Die alliansie kan soms tot 'n wanbalans in ander gesinsisteme lei, omdat ander gesinslede vanweë hulle onvermoë om met die dowe kind te kommunikeer, deurentyd uitgesluit word.

Shapiro *et al.* (1976) wys egter uit dat ten spyte van die gebrekkige kommunikasie tussen die horende ouers en hul dowe kind, daar weinig ouers is wat nie-verbale vaardighede soos sistematiese gebare of vingerspelling, aanleer om die kommunikasie tussen hul en hul kind te vergemaklik. Meadow en Schlesinger (1972) het gevind dat slegs 10% van horende ouers bogenoemde nie-verbale kommunikasievaardighede aanleer. Freeman *et al.* (1975) bevind egter dat 22% van horende ouers dit aanleer. Daar blyk dus 'n groeiende tendens te wees om wel sulke vaardighede aan te leer. Szarek (1980) lig ook hierdie positiewe verandering uit.

Die huidige meerderheid van ouers wat nie sulke vaardighede aangeleer het nie, blyk direk verband te hou met die tendens van professionele persone om ouers daarteen te waarsku op grond van die skynbare belemmering van verbale kommunikasievaardighede. Wisch (1980, p. 555) spreek homself duidelik uit teen hierdie foutiewe aanname wat aan ouers oorgedra word en wys die radikale effek daarvan op die ouer-kind verhouding uit:

"... when parents are made to believe that signs could mean the death of speech. Such advice is, for me, not acceptable; for then according to that principle, parents whose children use signs, would no longer be allowed to accept their children. In the extreme, such an attitude leads to statements such as : I love you if you speak."

Wisch (1980, p. 555) propageer voorts dat totale kommunikasie (wat huidig op grond van die navorsing van onder andere Meadow *et al.* ((1981) en Greenberg *et al.* (1981) die aanbevole wyse van kommunikasie met 'n dowe kind is) ook deur die ouers gebruik moet word:

"We recommend to parents and teachers of deaf children; to utilize uniform signs simultaneously when speaking... To totally accept a child who is deaf, does not mean that depending on the situation and at ones convenience, one attempts now and then in small ways to allow the child into the hearing world. Total acceptance means a lot more; to bring forth the readiness, to take into consideration all the means available which facilitate communication with the child who is deaf. Total acceptance therefore, means total communication."

Buiten totale kommunikasie binne gesinsverband, word die effek van pragmatiese kommunikasie binne gesinsverband ook huidig nagevors. Corliss (1981) se hipotese dat moeders se nie-verbale kommunikasie meer direk verband hou met die dowe kinders se skool aanpassing, as die moeders se verbale kommunikasie, word bevestig in sy navorsing. Die gevolg-

trekking wat Corliss (1981, p. 1006) hieruit maak is die volgende: "This finding supports the basis assumption of this study that deaf children are strongly affected by their mothers interactional messages, even when verbalizations are not understood."

In die voorafgaande gedeelte is bespreek hoe die kommunikasie tussen die horende ouers en hul dowe kind aanvanklik normaal verloop, maar op ongeveer ses tot nege maande na die kind se geboorte, problematies begin raak. Die gebrekkige kommunikasievaardighede wat dan ontstaan tussen dié ouers en hul dowe kind, benadeel meestal die ouer-kindsstelsel en soms die hele gesinsstelsel. Die aanpassingsvermoë om die gebrekkige kommunikasie te oorkom, verskil van gesin tot gesin. Alhoewel daar 'n stygende tendens onder die betrokke ouers is om met behulp van totale kommunikasie die probleem te oorkom, is hulle nog egter in die minderheid.

Samevattend uit die nuutste navorsing, blyk totale kommunikasie, tesame met 'n sensitiwiteit vir die proses van kommunikasie, sinvolle kommunikasie binne gesinsverband te bevorder. Dit het tot gevolg dat die horende ouers nuwe perspektiewe ten opsigte van hul dowe kind ontwikkel. Soos Szarek (1980, p. 551) dit stel: "They begin to see their own child as an active, learning, communicating person with rights and responsibilities. Parents soon see that communication is more than speech." Deur die wyer kommunikasievaardighede raak die ouers bewus dat alle gedrag kommunikasie-interaksie gedrag is. (Smuts, 1981).

3.3.1.3 Hantering en dissipline

Die ouers se hantering en dissiplinering van hul dowe kind en hul horende kinders, verskil en veroorsaak dikwels dat die gesinstruktuur skeef getrek word. Altshuler (1974) maak melding van 'n moeder wat daagliks haar dowe, vierjarige seun aangetrek het terwyl sy van haar tweejarige, horende dogtertjie verwag het om self aan te trek. Sy het dus haar seun se gehoorgestremtheid, uitgebrei tot die

van 'n totale hulpelose. Wedell-Monning en Lumley (1980) bevestig ook dat moeders se oorresponsiewe gedrag dikwels lei tot 'n aangeleerde hulpeloosheid by die dowe kinders. Horende kinders word ook dikwels meer onafhanklikheid toegelaat as 'n dowe kind van dieselfde gesin, op soortgelyke ouderdom (Schlesinger en Meadow, 1972). Dale (1967) is van mening dat sinvolle voorsorgmaatreëls deur horende ouers vir die dowe kind se veiligheid belangrik is. Hierdie voorsorgmaatreëls verskil egter van die voortdurende oorbeskerming en inmenging deur die ouers. Hy noem dat dowe kinders selfvertroue ontwikkel om ouderdomtoepaslik onafhanklik op te tree, indien hulle ouers hulle vertrou en geleenthede bied om met hul onafhanklikheid te eksperimenteer.

Die dissiplinerings van 'n dowe kind is dikwels vir die ouer meer problematies as die dissiplinerings van hul horende kinders. Gregory (1976) noem dat dissipline die verskil in hanteringswyse van dowe en horende kinders in een gesin, duidelik na vore bring. Verder noem sy dat moeders dikwels vir die dowe kind meer toelaat en dan geneig is om hul gedrag teenoor die horende kinders dienooreenkomstig te verander. Dit spruit meestal uit die ouers se skuldgevoelens en neiging om die dowe kind te oorbeskerm. Liversidge *et al.* (1973) verduidelik dit met behulp van 'n aanhaling van 'n vader met 'n dowe kind:

"I cannot allow my child's handicap to influence discipline, said one father, but what do you do when you try not to be overprotective and then get that guilty feeling that you've been too hard on your child, who may not have understood?"

Die gebrekkige kommunikasie speel dus ook 'n primêre rol in dissiplinerings. Dikwels het horende ouers van 'n dowe kind onrealistiese dissiplinêre verwagtings van hom/haar. Shapiro *et al.* (1976) is van mening dat die kind se vermoëns as gevolg van die verswakte kommunikasie, selde uitgeklaar

word en dit gevolglik aanleiding gee tot negatiewe, sirkulêre versterking van konflik tussen die ouer en kind rondom dissiplinering. Dit kom ook redelik dikwels voor dat die ouers verskil oor die wyse van hantering en dissiplinering. In so 'n geval kan die spanning van die ouer-kindsstelsel die wederzijdse ondersteuning van die man en die vrou belemmer en gevolglik die huweliksstelsel se struktuur en funksionering benadeel.

3.3.1.4 Gesinsrolle

'n Verdere gesinsinteraksie patroon wat ook in 'n horende gesin met 'n dowe kind voorkom, is die toewysing van sekere gesinsrolle. Barker (1981) definieer rolle as gewoontevormde patrone van gedrag waardeur gesinslede verskillende gesinsfunksies uitvoer. Die rolle word deur die gesinsstelsel volgens gesinstruktuur, ouderdom en geslag aan gesinslede toegeken en deur betrokke gesinslede toegee'n. 'n Gesinslid kan meer as een rol vertolk en een rol kan ook deur meer as een gesinslid gelyktydig vertolk word (Burr *et al.* 1979).

Vier essensiële gesinsrolle word deur Parson (1955) aangedui: die instrumentele leier, die ekspressiewe leier, die instrumentele volgeling en die ekspressiewe volgeling. Die instrumentele rolle het betrekking op die voorsiening van hulpbronne aan die gesin en die ekspressiewe rolle het betrekking op die affeksionele aspekte soos versorging en ondersteuning.

Volgens Barker (1981) is daar addisionele gesinsrolle wat uniek is aan sekere gesinne. Hierdie rolle is meestal negatiewe rolle wat baie opoffering van die betrokke gesinslid verg, hoewel dit die gesinsstelsel in staat stel om hul nie-funksionele homeostase te behou. Voorbeelde van sulke rolle is 'n "martelaar-", "spreker-", "swartskaaap-" en "pasiëntrol". Somtyds kan laasgenoemde rolle positief en funksioneel wees, aldus Minuchin (1974). Byvoorbeeld wanneer 'n gesinslid 'n ernstige fisiese siekte het, is sy/haar "pasiëntrol" toepaslik en fasiliteer dit die gesinsaanpassing. Die gesinsterapeut het die taak om vas te stel of die bestaande rolle in 'n gesin positief of negatief is en die betrokke gesin se aanpassing fasiliteer of benadeel.

a) Die "swartskaaprol"

Shapiro *et al.* (1976) wys uit dat die dowe kind dikwels die fokuspunt word vir alle gesinskonflikte en veral ouerkonflikte, dikwels konflikte wat nie eers direk verband hou met die dowe kind nie. In gesinsterapeutiese terme word die "swartskaaprol" (scapegoat role) dikwels aan 'n kind in dié posisie toegewys. Die dowe kind aanvaar ook dikwels die rol, omdat dit vir hom die voordeel van addisionele aandag bied. Die proses vind veral plaas in gesinne waar die dowe kind nie die nodige aanvaarding beleef nie. Altshuler (1974, p. 372) ondersteun hierdie standpunt van Shapiro soos volg:

"In addition to other problems confronting parents and child, the simple fact of the child's silence makes him a likely screen on which the core of a family neurosis may be projected or played out. He may thus be the center of a power struggle between parents, or be viewed as the cause of their own internecine difficulties"

b) Die vader-en moederrolle

Uit die literatuur blyk dit of die vader van die dowe kind dikwels op die periferie is, in teenstelling met die moeder, wat meestal in 'n duidelike alliansie met die dowe kind is. Die vader se perifere rol en die moeder se oorbetrokke rol, versterk mekaar wedersyds. Hierdie rolle word ook dikwels versterk deur professionele persone wat slegs die moeder betrek in hul behandelingsprogramme. Rubin (1980) noem dat Barsch (1968) gevind het dat vaders dikwels ingesluit wil wees in professionele dienste en dat hul dikwels uitgesluit word op grond van professionele persone se vooroordele. Gregory (1976) het gevind dat vaders van dowe kinders dikwels meer ongemaklik en verleë voel om met hul dowe kind te praat, as die moeders. Vaders het ook, in teenstelling met meeste moeders, minder tyd beskikbaar om met die kind in interaksie te wees as gevolg van hulle werksverantwoordelikhede. Alhoewel vaders dan die aanpassingsvoordeel het dat hulle

nie heeldag in kontak met die dowe kind is nie, blyk dit volgens Gregory (1976) dat vaders minder dinge direk vir die kind doen.

c) Dubbele rolle wat ouers vertolk

Die taak om ouer van 'n dowe kind te wees, word verder bemoeilik deurdat die ouers dikwels terselfdertyd die rol van ouer en die rol van onderwyser moet vertolk. Die dowe kind benodig spesiale ouerlike aandag om hul kommunikasie en sosiale vaardighede te ontwikkel. Die ouers word dus deur verskeie dissiplines geadviseer oor hul "onderwyserrol" (Schlesinger en Meadow, 1974). Dit laat die ouers dikwels verward en onseker voel oor hulle vermoëns om goeie ouers vir hul kinders te wees. Horende moeders met verskeie werk- en gesinsverpligtinge kan ook maklik skuldig voel as hulle nie by die dowe kind se "lesse" uit kom nie. Om die ouerrol van 'n dowe kind te vertolk verg reeds baie van 'n ouer en volgens Szarek (1980) is die addisionele rol van onderwyser ontoepaslik. Die vertolking van die dubbele rolle van ouer en onderwyser gelyktydig belemmer dus die ouers se funksionering en moet nie deur professionele persone aangemoedig word nie.

3.3.2 Huweliksstelsel

In die literatuur is daar uiteenlopende menings oor die effek van 'n dowe kind op die huweliksstelsel. Skrywers soos Shapiro *et al.* (1976) is van mening dat die egskedingsyfer hoër is waar 'n dowe kind in 'n gesin is. Meadow (1980) wys dit egter uit dat 'n dowe kind huweliksprobleme kan veroorsaak, of reeds bestaande huweliksprobleme meer na vore bring, of daarenteen 'n geleentheid vir die huwelikspaar bied om hulle kohesie te versterk. Die huweliksgeskiedenis is gewoonlik 'n goeie aanduiding hoe dié stelsel beïnvloed gaan word. Indien daar 'n geskiedenis van swak huweliksfunksionering voor die geboorte van die dowe kind is, slaag so 'n huwelik gewoonlik nie daarin om die spanning wat die geboorte van 'n dowe kind meebring, te oorkom nie. In laasgenoemde geval kan die dowe kind huweliksprobleme veroorsaak of bestaande huweliksprobleme versterk.

Freeman *et al.* (1975) se navorsingsresultate dui egter daarop dat daar geen verskil in die egskeidingsyfer is in gesinne met 'n dowe kind en die gemiddelde egskeidingsyfer van die algemene bevolking nie. Hulle het gevind dat indien daar wel 'n egskeiding plaasvind, die dowe kind dikwels 'n sentrale rol gespeel het in die huweliksproblematiek.

Ouers met 'n positiewe huweliksgeskiedenis, rapporteer dikwels dat die dowe kind hulle huweliksverhouding verbeter en versterk het. (Gregory, 1976). 'n Aanhaling uit Allen en Allen (1981, p. 282) se mededelings lig hierdie punt verder toe:

"As a whole, I think my relationship with my husband was strengthened because of Jeffrey's deafness. He's very much involved with raising our children, and very early we started talking about the problems, pains, and triumphs of child rearing. I feel that united we stand, divided we fall."

3.3.3 Kindersubstieem

Die alliansie wat dikwels tussen die moeder en die dowe kind ontstaan, het dikwels 'n effek op die kindersubstieem. So ook die dubbele standaarde vir horende en dowe kinders in hantering en dissiplinering. Die horende kinders ontwikkel soms 'n wrok teen die dowe kind, omdat hulle voel hy/sy word voorgetrek. Barsch, aangehaal deur Meadow (1980, p. 136) noem dat die wrok uitgedruk word in verskeie vorms: die terg van die dowe kind, fisiese aanvalle, vernedering van die dowe kind voor sy portuur en die weiering om met die dowe kind te speel. Daar ontstaan dikwels wedersydse jaloesie tussen horende en dowe kinders as gevolg van verskillende voorregte wat elk van die twee groepe geniet. Meadow (1980) noem dat die teenoorgestelde ook voorkom: naamlik positiewe en ondersteunde verhoudings tussen die dowe en horende kinders.

Schwiran (1974) het in haar navorsing die uitwerking van 'n jonger dowe kind op die horende gesin se kindersubstieem nagegaan. Meadow (1980, p. 137) haal haar bevindings soos volg aan:

"... the presence of a hearing-handicapped pre-school child has little effect on 1) child care responsibilities; 2) assumption of household responsibilities; 3) the independence and privileges granted; or 4) the level of social activities of older siblings with normal hearing."

Die laasgenoemde bevindinge van Schwiran is in teenstelling met haar eie verwagtings oor die uitkoms van haar navorsing. Dit is ook in teenstelling met die algemeen aanvaarde idee dat 'n gestremde kind in 'n gesin dikwels tot gevolg het dat veral ouer kinders die generasie grens oorstek, om 'n ouerrol (parental child role) te vertolk. Black in Bentovim (1982), Dale (1967) en Robinson *et al.* (1974) is ook van mening dat die ouerrol dikwels in hierdie gesinne toegewys word.

3.4 DIE AANPASSING VAN DIE GESIN VAN 'N DOWE KIND

In die strukturele benadering onderskei Minuchin (1974) gesinsaanpassing in terme van twee fasette, naamlik gesinsaanpassing ten opsigte van interne ontwikkelingsveranderinge in die gesin en gesinsaanpassing ten opsigte van eksterne druk vanaf die sosiale konteks waarbinne die gesin hom bevind.

3.4.1 Interne ontwikkelingsveranderinge

3.4.1.1 Geboorte van 'n dowe kind

Die geboorte van 'n dowe kind kan beskou word as 'n interne ontwikkelingsverandering, vir enige horende gesin se reeds bestaande interaksies en probleemoplossingsvaardighede. Watter verskuiwings in die gesinstruktuur nodig is om aan te pas by dié realiteit en watter verskuiwings plaasvind as gevolg van die gesin se inherente onvermoë om spanning te

hanteer, is moeilik onderskeibaar. Die mate waarin konflik-vrye homeostase en effektiewe probleemoplossingsvaardighede in die gesin se geskiedenis voorkom, is volgens Hersch (1973) 'n belangrike hulpmiddel in hierdie onderskeidingsproses.

3.4.1.2 Ontwikkelingsfases van 'n dowe kind

Soos die dowe kind ouer word en telkens deur 'n volgende ontwikkelingsfase met gepaardgaande eise beweeg, word daar gedurig interne druk op die gesin geplaas om aan te pas. Terwyl die kind klein is kon die gesin dalk aanpas by die kind se behoeftes, maar soos die kind meer in kontak kom met sisteme buite gesinsverband, kan die spanning die gesin-sistiem oorlaai (Minuchin, 1974). Daar is dus sprake van 'n voortdurende aanpassing soos die gesin en die dowe kind ontwikkel.

3.4.2 Eksterne druk vanaf die sosiale konteks

Daar is verskeie onderling verwante veranderlikes wat die sosiale konteks waarbinne 'n gesin funksioneer, bepaal. Hierdie veranderlikes soos etnisiteit, sosio-ekonomiese groep, opvoedkundige peil, finansiële sterkte, kontak met 'n dowe subkultuur en opvoedkundige standpunte, beïnvloed direk of indirek die horende gesin se vermoë om aan te pas by die realiteite van 'n dowe gesinslid. 'n Gesin se sosiale konteks kan óf 'n bron van ondersteuning óf 'n bron van spanning wees.

3.4.2.1 Etniese agtergrond

Elke etniese groep het sy eie beskouings en houdings ten opsigte van doofheid. Gevolglik sal 'n gesin se beskouings en houdings ten opsigte van doofheid bepaal word deur die etniese groep waaraan hulle behoort.

3.4.2.2 Sosio-ekonomiese groep

Die gesin se sosio-ekonomiese groep is 'n verdere bepalende faktor in die gesin se aanpassingsvermoë. Gesinne uit middel en hoër sosio-ekonomiese groep word blootgestel aan hoër verbale, sosiale en akademiese eise. Die eise is dikwels

onmoontlik vir dowe kinders om te bereik en bemoeilik dië gesin se posisie binne die sosio-ekonomiese groep. Gesinne met 'n gestremde kind is dikwels meer aanvaarbaar vir laer sosio-ekonomiese groepe en gevolglik bly hierdie gesinne sonder moeite geïntegreer in hul sosio-ekonomiese groep. (Meadow, 1980).

3.4.2.3 Opvoedingspeil

'n Ander belangrike veranderlike wat deur beide Liben (1978) en Meadow (1980) beklemtoon word, is die gesin en meer spesifiek die ouers se opvoedingspeil. Die ouers van gestremde kinders word tot 'n meerdere mate blootgestel aan professionele persone as ander ouers. Veral ouers met 'n laer opvoedingspeil kan as gevolg van die buitengewone blootstelling aan professionele persone, 'n gevoel kry dat hulle nie in staat is om die optimale omgewing vir hul kind te bied nie. Indien ouers swak selfvertroue as gevolg hiervan ontwikkel, kan dit daartoe aanleiding gee dat die ouersubstelsel nie hul funksies effektief uitvoer nie.

3.4.2.4 Finansiële sterkte

Die opvoeding en versorging van 'n dowe kind behels heelwat addisionele uitgawes. Spesiale mediese, audiologiese en opvoedkundige evaluasies en behandelings kan onder andere hieronder genoem word. Vir gesinne uit 'n lae inkomste groep, kan die ekstra finansiële uitgawes 'n konstante bron van bekommernis en frustrasie wees. Liben (1978) wys verder uit hoedat finansiële probleme verweef kan raak in emosionele response en gevolglik die gesinsinteraksies nadelig beïnvloed.

3.4.2.5 Dowe subkultuur

Die mate waarin 'n gesin met 'n dowe kind kontak het met 'n dowe subkultuur, het ook 'n invloed op die gesin se aanpassingsvermoë. 'n Dowe subkultuur bied vir die dowe kind, volwasse dowe persone wat vir hom/haar as modelle en identifikasie figure kan dien. Dit vervul dus 'n belangrike gesinsfunksie wat 'n horende gesin nie vir 'n dowe kind kan bied nie. So-ook kan kontak wat horende gesinslede met

dowe persone het, hul perspektief van die dowe kind in hul gesin ook verbreed en verander. Positiewe kontak met die dowe subkultuur kan dus die gesinsaanpassing fasiliteer.

3.4.2.6 Opvoedkundige standpunte oor die wyse van kommunikasie

Vir etlike jare al, verskil opvoedkundiges oor watter wyse van kommunikasie, verbale of nie-verbale, die beste vir 'n dowe kind se ontwikkeling is. Sommige skole vir dowes oorbeklemtoon die verbale wyses van kommunikasie tot so 'n mate dat hulle die gebruik van gebare in skoolverband afkeur en dit ook só vir die ouers ten sterkste aanbeveel. Hul is van mening dat dit die kind se vermoë om verbale kommunikasie aan te leer, verswak. In die proses word die dowe kind se potensiaal tot nie-verbale kommunikasie nie verder ontwikkel en afgerond nie. Smuts (1980, p. 55) stel dit soos volg: "Die persoon met doofheid ontwikkel egter uit die aard van sy gebrekkige kommunikasieopleiding, 'n onvermoë om verder as die inhoudsaspek van sy eie en ander se kommunikasie te 'lees'." In teenstelling hiermee beklemtoon ander skole vir dowes weer hoofsaaklik nie-verbale wyses van kommunikasie. Die nadeel hiervan is dat dit nie 'n dowe kind voorberei om met horende persone in die breëre samelewing te kan kommunikeer nie.

Heelwat navorsing het die laaste jare oor hierdie konflik verskyn. Meadow *et al.* (1981) bewys in hul navorsing dat die gebruik van nie-verbale kommunikasie positief korreleer met die fasilitering van spraaklees (verbale kommunikasie). Hulle bevind verder dat kinders met die beste kommunikasievaardighede diegene was wat reeds op 'n vroeë ouderdom blootgestel is aan verbale en nie-verbale kommunikasieopleiding. Greenberg (1981) bevestig deur sy navorsing, dat gevorderde kommunikasievaardighede in beide verbaal en nie-verbaal opgeleide kinders, positief korreleer met die gelyktydige gebruik van beide modaliteite van kommunikasie.

Uit bogenoemde navorsing en andere blyk die huidige tendens te wees om eerder totale kommunikasie voor te stel as die aangewese kommunikasiemetode vir kommunikasie-opleiding van dowe kinders. Totale kommunikasie behels die gelyktydige gebruik van verbale sowel as nie-verbale kommunikasievaardighede. Die beginsel stem ooreen met Watzlawick (1967) se definiëring van effektiewe kommunikasie, naamlik die integrasie van beide verbale en nie-verbale aspekte van kommunikasie.

Die ouers van dowe kinders word, tot 'n meerdere of mindere mate, deur die skool se beleid oor die aanbevole wyse van kommunikasie, beïnvloed. Indien die ouers aanbeveel word om, óf net verbale, óf net nie-verbale kommunikasie met hul dowe kind te gebruik en hulle sulke advies navolg, kan dit daartoe lei dat die dowe kind se totale potensiaal om te kommunikeer, nie benut word nie. Dit kan lei tot gebrekkige kommunikasie tussen die dowe kind en gesinslede en sodoende kan opvoedkundige standpunte indirek gesinsaanpassing bemoeilik. In die geval waar die opvoedkundige standpunt totale kommunikasie is, kan dit indirek gesinsaanpassing met 'n dowe kind fasiliteer.

3.5

SAMEVATTING

Die doel van hierdie hoofstuk was primêr om 'n gesinsinteraksionele perspektief aan 'n dowe kind se emosionele belewenisse en gedrag te gee, eerder as om 'n kousale verband tussen die dowe kind se emosionele belewenisse en gedrag, en sy gestremdheid, naamlik doofheid, te trek. Die belangrike invloed van die ouers se gehoorstatus op die dowe kind se aanpassing, is kortliks bespreek. Volgens die literatuur funksioneer dowe kinders met dowe ouers gewoonlik beter as dië met horende ouers. As gevolg van die aard van die ondersoek, is daar in die literatuurstudie primêr gefokus op gesinne met horende ouers, wat sowel horende as dowe kinders het.

Die gesin van 'n dowe kind se struktuur en aanpassing is volgens Minuchin (1974) se strukturele benadering beskryf. Die

beskrywing van die gesinstruktuur is beperk tot die drie vernaamste subsysteme waardeur enige gesin sy belangrikste funksies en take uitvoer naamlik die ouer-kindsubsteseem, die huwelikssteseem en die kinderssteseem met die klem op die ouer-kindssteseem. Die subsysteme is in interaksie met mekaar en beïnvloed mekaar onderling. Die gesinsteseem se funksionering is gevolglik die gesamentlike funksionering van al die subsysteme asook die effekte wat die subsysteme op mekaar het. Die gesinsaanpassing van die betrokke gesinne is beskryf volgens die wyse waarop interne en eksterne bronne van spanning die gesinne positief en/of negatief beïnvloed.

Die ouer-kindssteseem is bespreek aan die hand van die ouer se reaksie op die diagnose van doofheid, die wyse van kommunikasie, hantering en dissipline en gesinsrolle. Die huwelik- en kinderssteseem is ook kortliks bespreek. Beide funksionele en nie-funksionele wyses van gesinsaanpassing en gesinsherstrukturering is volgens die subsysteme bespreek. Hieruit het duidelik geblyk dat elke gesin 'n unieke gesinstruktuur het as gevolg van verskeie veranderlikes wat vir elke gesin anders is. Daar is egter realistiese implikasies wat 'n dowe kind op 'n horende gesin het, wat deur hierdie gesinne soortgelyk ervaar word. Die gesin se aanpassing by hierdie realistiese implikasies, word bepaal deur die gesin se spesifieke gesinstruktuur en aanpassingsvermoë. Bolton (1976) beklemtoon ook hierdie standpunt dat gesinne se individuele aanpassingsvermoëns verskil. Hy laat die klem eerstens op die gesin val: "Families of hearing-impaired children are first of all families...." (Bolton 1976, p. 131).