

'N GESINSTERAPEUTIESE STUDIE VAN 'N DOWE KIND

deur

ROELOFJE TRYNTJE DALING

voorgeleë ter vervulling van 'n deel van die
vereistes vir die graad

MAGISTER ARTIUM (KLINIESE SIELKUNDE)

in die Fakulteit Lettere en Wysbegeerte

Universiteit van Pretoria

Pretoria

MAART 1984

BEDANKINGS

My opregte dank en waardering aan :

Johan Olwagen, my studieleier.

Marten en Dirkje Daling, my ouers.

Piet van Rensburg, my man.

Almal wat direk en indirek bygedra het tot hierdie skripsie.

Opgedra aan my pa.

INHOUDSOPGAWE

	<u>Bladsy</u>
HOOFSTUK 1. INLEIDING	1
HOOFSTUK 2. DIE DOWE KIND	4
2.1 INLEIDING	4
2.2 BEGRIPSOMSKRYWING	4
2.2.1 Gehoorgestremdheid	5
2.2.2 Doofheid	5
2.2.3 Doofgewordes	5
2.2.4 Swakhorendes	5
2.3 KLASSIFIKASIE	5
2.3.1 Klassifikasie volgens die stadium van intrede van doofheid	6
2.3.1.1 Die prelinguistieke periode	6
2.3.1.2 Die postlinguistieke periode	7
2.3.2 Klassifikasie volgens die graad van gehoorverlies	7
2.3.2.1 Normale tot geringe gehoorverlies	9
2.3.2.2 Matige gehoorverlies	9
2.3.2.3 Beduidende gehoorverlies	9
2.3.2.4 Ernstige gehoorverlies	10
2.3.3 Klassifikasie volgens die lokalisasie van doofheid	10
2.3.3.1 Geleidingsdoofheid	10
2.3.3.2 Persepsiedoofheid	11
2.4 DIE GEVOLGE VAN DOOFHEID OP DIE KIND SE ONTWIKKELING EN FUNKSIONERING	11
2.4.1 Onvermydelike gevolge van doofheid	12
2.4.1.1 Doofheid en emosionele ontwikkeling	12
2.4.1.2 Doofheid en waarneming	13
2.4.1.3 Doofheid en taalontwikkeling	13
2.4.1.4 Doofheid en kommunikasie	14

	<u>Bladsy</u>	
2.4.2	Gevolge van omgewingsfaktore	15
2.4.2.1	Die skoolsisteem	16
2.4.2.2	Die dowe subkultuur	16
2.4.2.3	Die gesinsisteem	17
2.5	SAMEVATTING	18
HOOFSTUK 3.	DIE GESIN VAN 'N DOWE KIND	19
3.1	INLEIDING	19
3.2	TEORETIESE UITGANGSPUNT : DIE STRUKTURELE BENADERING	21
3.2.1	Gesinstruktuur	21
3.2.2	Gesinsaanpassing	23
3.3	DIE STRUKTUUR VAN DIE GESIN VAN 'N DOWE KIND	24
3.3.1	Ouer-kindsisteem	24
3.3.1.1	Die ouers se reaksie op die diagnose van doofheid	25
3.3.1.2	Wyse van kommunikasie	33
3.3.1.3	Hantering en dissipline	37
3.3.1.4	Gesinsrolle	39
3.3.2	Huweliksisteem	41
3.3.3	Kindersisteem	42
3.4	DIE AANPASSING VAN DIE GESIN VAN 'N DOWE KIND	43
3.4.1	Interne ontwikkelingsveranderinge	43
3.4.1.1	Geboorte van 'n dowe kind	43
3.4.1.2	Ontwikkelingsfases van 'n dowe kind	44
3.4.2	Eksterne druk vanaf die sosiale konteks	44
3.4.2.1	Etniese agtergrond	44
3.4.2.2	Sosio-ekonomiese groep	44
3.4.2.3	Opvoedingspeil	45
3.4.2.4	Finansiële sterkte	45
3.4.2.5	Dowe subkultuur	45
3.4.2.6	Opvoedkundige standpunte oor die wyse van kommunikasie	46
3.5	SAMEVATTING	47
HOOFSTUK 4.	SELKUNDIGE BEHANDELING VAN 'N DOWE KIND	49
4.1	BEHANDELING VAN 'N DOWE KIND	49
4.2	PSIGOTERAPIE MET 'N DOWE KIND	49
4.2.1	Spel terapie	50

	<u>Bladsy</u>
4.2.2	Ouerleiding 50
4.2.3	Gedragsterapie 51
4.2.4	Groepsterapie 51
4.2.5	Gesinsterapie 51
4.3	POSITIEWE ASPEKTE IN PSIGOTERAPIE MET 'N DOWE PERSOON 52
4.4	STRUIKELBLOKKE IN PSIGOTERAPIE MET 'N DOWE PERSOON 52
4.5	GESINSTERAPIE AS 'N ALTERNATIEWE SIELKUNDIGE BEHANDELINGSMETODE 53
HOOFSTUK 5.	GESINSTERAPEUTIESE BEHANDELING VAN 'N DOWE KIND 56
5.1	TEORETIESE UITGANGSPUNTE 56
5.1.1	Sisteessteorie 56
5.1.2	Strukturele benadering 59
5.1.3	Strukturele gesinsterapie 59
5.1.3.1	Rasionaal en terapeutiese doelwit 59
5.1.3.2	Terapeutiese tegnieke 60
5.2	VORMING VAN DIE TERAPEUTIESE SISTEEM 63
5.3	GESINSEVALUERING 65
5.4	PROSES VAN GESINSTERAPIE 67
5.4.1	Die gesin se deurwerk van die rouproses 67
5.4.2	Intervensies ten opsigte van kommunikasie 68
5.4.3	Intervensies ten opsigte van die gesinstruktuur 71
HOOFSTUK 6.	DIE GEBRUIK VAN SPEL IN GESINSTERAPIE 76
6.1	ONTWIKKELING VAN SPEL AS TERAPEUTIESE MEDIUM 76
6.2	RASIONAAL VAN SPEL AS TERAPEUTIESE TEGNIEK IN GESINSTERAPIE 80
6.2.1	Spel as natuurlike wyse van selfekspressie by die kind 80
6.2.2	Spel as kommunikasiewyse van die kind 81
6.2.3	Spel as 'n aanvaarbare interaksiewyse tussen ouer en kind 82
6.3	WYSES WAAROP SPEL IN GESINSTERAPIE GEBRUIK WORD 82
6.3.1	Akkommodering van 'n gesinsisteesm 83
6.3.2	Evaluering van 'n gesinsisteesm 84
6.3.3	Herstrukturering van 'n gesinsisteesm 85

	<u>Bladsy</u>	
6.4	BEPLANNING VAN SPELAKTIWITEITE VIR GESINSTERAPIE	87
6.5	DIE ROL VAN DIE TERAPEUT	88
6.6	SPEL IN GESINSTERAPIE MET 'N DOWE KIND	90
HOOFSTUK 7.	GEVALLESTUDIE	92
7.1	INLEIDING	92
7.1.1	Die aard van die studie	92
7.1.2	Die metode van die studie	92
7.1.3	Agtergrondgegewens	93
7.1.3.1	Gesinsamestelling en aanmeldingsprobleme	93
7.1.3.2	Biografiese inligting	94
7.2	EERSTE GESINSTERAPIE-SESSIE	97
7.3	TWEEDE GESINSTERAPIE-SESSIE	114
7.4	DERDE GESINSTERAPIE-SESSIE	120
7.5	VIERDE GESINSTERAPIE-SESSIE	125
7.6	VYDE GESINSTERAPIE-SESSIE	130
7.7	SEUDE GESINSTERAPIE-SESSIE	134
7.8	SEWENDE GESINSTERAPIE-SESSIE	139
7.9	AGSTE GESINSTERAPIE-SESSIE	144
HOOFSTUK 8.	SAMEVATTING	154
	BIBLIOGRAFIE	159

LYS VAN FIGURE

Bladsy

<u>FIGUUR 1</u>	Indeling op 'n oudiogram van die gebiede waarbinne klanke van verskillende luidheid val.	8
<u>FIGUUR 2</u>	Indeling op 'n oudiogram van die gebiede waarbinne verskillende tipes gehoorverlies val.	8

OPSOMMING

TITEL VAN SKRIPSIE : 'N GESINSTERAPEUTIESE STUDIE VAN 'N DOWE KIND
NAAM VAN KANDIDAAT : ROELOFJE TRYNTJE DALING
LEIER : MNR. J. OLWAGEN
DEPARTEMENT : SIELKUNDE
GRAAD : MAGISTER ARTIUM (KLINIESE SIELKUNDE)

In hierdie skripsie is gesinsterapie as 'n alternatiewe sielkundige behandelingsmetode vir dowe kinders, ondersoek.

In die literatuurstudie is gesinne met horende ouers en 'n dowe kind beskryf. Die bestaande sielkundige behandelingsmetodes vir dowe kinders is bespreek en ook gesinsterapie as 'n alternatief daarop. Laastens is die toepassing van strukturele gesinsterapie met die klem op nie-verbale speltegnieke, op bogenoemde gesinne nagegaan.

In die gevallestudie is 'n horende gesin met 'n dowe dogter met hanteringsprobleme, behandel. Agt sessies strukturele gesinsterapie, met die klem op totale kommunikasie en nie-verbale speltegnieke, is toegepas. Na dié terapie is die skewe gesinstruktuur herstel en is die aanmeldingsprobleem opgelos.

Strukturele gesinsterapie was dus in hierdie ondersoek suksesvol om 'n gunstige omgewing vir die dowe kind te skep, waarbinne effektiewe gedragsverandering plaasgevind het. Hierdie gevallestudie is slegs 'n voorstudie waarvan die resultate nie as algemeen-geldend beskou kan word nie, alvorens verdere navorsing dit bevestig het.

SUMMARY

TITLE OF PAPER : A FAMILY THERAPEUTIC STUDY OF A DEAF CHILD
CANDIDATE : ROELOFJE TRYNTJE DALING
SUPERVISOR : MR J. OLWAGEN
DEPARTMENT : PSYCHOLOGY
DEGREE : MAGISTER ARTIUM (CLINICAL PSYCHOLOGY)

This dissertation deals with family therapy as an alternative psychological treatment approach with deaf children.

The literature study describes families of audient parents with a deaf child. The existing psychological methods of treatment for deaf children have been discussed, as well as family therapy as an alternative. Lastly, the application of structural family therapy was examined with the emphasis on non-verbal play techniques.

The case study discusses structural family therapy of audient parents experiencing management problems with their deaf daughter. Eight of these sessions with the emphasis on total communication and non-verbal play techniques were applied, leading to the solution of the initial problem.

Structural family therapy was therefore successful in creating a favourable environment for the deaf child, leading to effective behavioural changes.

This case study is only a pilot study in which the results cannot be regarded as generally accepted until further research has confirmed them.

HOOFSTUK 1

INLEIDING

Doofheid is 'n gestremdheid wat nog altyd 'n deel van die mensdom gevorm het. Huidiglik is daar ongeveer 350 miljoen persone in die wêreld, met 'n gehoorgestremdheid van een of ander aard (Smuts, 1980).

Die kompleksiteit van doofheid en die effek daarvan op die menslike bestaan, het aanvanklik aanleiding gegee tot baie onkunde, mites, vooroordele en wanopvattinge oor persone met doofheid. Dit was eers in die sestende eeu dat daar begin is om opvoedkundige aandag aan dowe persone te gee. Sedertdien het daar heelwat wetenskaplike ontwikkeling plaasgevind, wat dowe persone in staat gestel het om 'n meer menswaardige bestaan te kan voer. Hierdie positiewe ontwikkeling het in die twintigste eeu momentum gekry en merkwaardige vooruitgang is op oudiologiese, mediese, opvoedkundige, linguistieke en sielkundige gebiede gemaak.

Sielkundige hulpverlening was aanvanklik beperk tot die ontwikkeling van verskeie evalueringstegnieke om die dowe persoon se intelligensie en persoonlikheid te meet. Verdere ontwikkeling was daarop gemik om 'n sogenaamde "dowe persoonlikheid" te omskryf. Dit het aanleiding gegee tot die ontstaan van verskeie persoonlikheidsteorieë oor die dowe. Daar is eers in die laaste dekade vordering gemaak in psigoterapeutiese tegnieke met die doel om gedragsverandering by dowe persone te bewerkstellig. 'n Algemene pessimisme heers egter oor die waarde en effek van die tradisionele psigoterapeutiese tegnieke met dowes (Shapiro *et al.* 1976). Sielkundige navorsers het ook dan tot dusver probleme ondervind met die ontwikkeling van beproefde en effektiewe psigoterapeutiese tegnieke vir persone met dié komplekse gestremdheid, naamlik doofheid.

Die enkele implikasie van doofheid, wat persone met hierdie gestremdheid se hele bestaan beïnvloed, is die verlies van die ouditiewe waarneming van die menslike stem. 'n Dowe persoon se gehoorverlies, is sodanig dat hy/sy nie taal en spraak op 'n natuurlike wyse kan aanleer nie. So 'n persoon bevind hom/haar dus in 'n grotendeels horende wêreld sonder gehoor, taal of spraak, dit wil sê sonder die natuurlike interaksie- en kommunikasievaardighede. Die isolasie binne interpersoonlike verhoudings met horende persone as gevolg

van hierdie verlies, is dus noodwendig. Die omvang van hierdie isolasie kan nie in woorde uitgedruk word nie.

Alhoewel doofheid direkte gevolge op 'n dowe persoon se ontwikkeling en funksionering het, is Levine (1960) van mening dat doofheid *per sé*, 'n persoon minder beïnvloed as negatiewe sosiale omgewingshoudings en -vooroordele.

'n Dowe persoon se eerste kontak met die sosiale omgewing is sy/haar gesin. Die meeste dowe kinders word gebore in gesinne met horende ouers en bevind hulle dus van kleins af, in 'n horende sosiale omgewing. (Rainer, 1969). Die geboorte van 'n dowe kind is aanvanklik vir die meeste horende gesinne 'n negatiewe ervaring wat ekstra spanning veroorsaak en gesinsaanpassing verg. Reeds in die primêre sosiale sisteem, naamlik die gesin, is die verlies aan kommunikasie en die gevolglike isolasie van die dowe kind, die grootste struikelblok. Die mate waartoe 'n gesin kan aanpas tot hierdie veranderde omstandighede, binne hul breë sosiale omgewing, bepaal direk die kwaliteit van die omgewing waarbinne 'n dowe kind gaan opgroei en ontwikkel.

Op grond hiervan blyk die primêre taak van die psigoterapeut te wees, om 'n optimale omgewing vir die dowe kind daar te stel. Die fokus moet dus verskuif word van die intrapsigiese prosesse van 'n dowe persoon, na die interpersoonlike interaksie met sy/haar sosiale omgewing. Die relasionele benadering tot die problematiek van die dowe persoon word deur Smuts (1980) ook ten sterkste aanbeveel vir verdere ontwikkeling.

Die spesifieke probleem wat in die ontwikkeling van die sielkundige behandeling van dowe persone ontstaan het, is dus die wyse waarop die psigoterapeut 'n gunstige omgewing vir 'n dowe persoon met probleme kan skep.

Op grond van hierdie probleemstelling word die volgende hipotese gestel: Indien die onderstaande vier aspekte in die sielkundige behandeling van 'n dowe kind met sielkundige probleme gedek word, sal die psigoterapeut daarin slaag om 'n meer gunstige sosiale omgewing vir die dowe kind daar te stel. Dit sal meer effektiewe en blywende gedragsveranderinge by sodanige kind te weeg bring en ook hulle algehele ontwikkeling fasiliteer.



- Eerstens is die betrokkenheid van die sosiale omgewing in psigoterapie belangrik.
- Tweedens moet die dowe kind se probleme vanuit 'n interpersoonlike raamwerk geëvalueer en behandel word.
- Derdens moet die kommunikasieprobleem so ver moontlik oorkom word.
- Vierdens is die benutting van die dowe kind se positiewe sterktes belangrik. Aansluitend hierby is 'n positiewe perspektief van die dowe kind se aanpassingsvermoë.

Gesinsterapie verleen hom by uitstek daartoe uit om bogenoemde vier aspekte te dek. Die primêre sosiale sisteem, naamlik die gesin word uit die aard van die terapie, direk en aktief betrek by die behandeling van 'n geïdentifiseerde kliënt. Gesinsterapie is by uitstek 'n psigoterapeutiese tegniek wat die probleme van 'n kliënt, vanuit 'n interpersoonlike raamwerk waarneem en behandel. Ook is daar verskeie gesinsterapeutiese tegnieke om algemene kommunikasieprobleme te oorkom. Omdat die gesinsterapeut op beide verbale en nie-verbale kommunikasie klem lê, kan die kommunikasieprobleme tussen horende en dowe gesinslede ook tot 'n groot mate oorkom word. Die dowe kind se positiewe punte kan deur middel van verskeie aksie-tegnieke in gesinsterapie benut word en sodoende kan 'n meer positiewe perspektief van die dowe gesinslid deur die horende gesinslede ontwikkel word.

Uit bostaande blyk dit aangewese om gesinsterapie te ondersoek as 'n sielkundige behandelingsmetode vir dowe kinders met probleme. Die doel van hierdie studie is dus om die gestelde hipotese, met behulp van gesinsterapie te toets. Omdat daar weinig literatuur oor gesinsterapie met dowe persone beskikbaar is, is daar besluit om 'n gevallestudie te doen. 'n Gesinsterapeutiese studie van 'n dowe kind met horende ouers is gedoen. Dit bestaan eerstens uit 'n literatuurstudie en tweedens uit die beskrywing van 'n gevallestudie.

HOOFSTUK 2

DIE DOWE KIND

2.1 INLEIDING

Doofheid is vir die naïewe waarnemer 'n onsigbare stremming; in realiteit is dit egter 'n ingrypende gestremdheid. (Bolton, 1976).

Die onvermoë om die gesproke word te hoor, belemmer die aanleer van die belangrikste wyses van kommunikasie, naamlik taal en spraak. Daarsonder word die dowe kind se vermoë om met die horende omgewing te kommunikeer, bemoeilik. Die primêre effek van doofheid is dus die beperking van kommunikasie. Volgens Levine (1960) lei dit tot die ervaring van onbeskryfbare stilte en isolasie wat 'n effek het op elke aspek van die dowe kind se ontwikkeling.

Doofheid is by uitstek 'n komplekse gestremdheid. Schlesinger en Meadow (1972) konstateer dat doofheid meer as 'n blote mediese diagnose is en beskryf dit as 'n kulturele fenomeen waarin sosiale, emosionele, linguistiese, audiologiese en kognitiewe patrone en probleme nou inmekaar verweef is.

2.2 BEGRIPSOMSKRYWING

Die term doofheid word somtyds gebruik om na enige gehoorverlies te verwys. Smuts (1980) wys egter uit dat gehoorverlies kan wissel vanaf geringe gehoorverlies met goeie gehoorreste tot algehele gehoorverlies met geen gehoorreste. Om die term doofheid te gebruik om na enige gehoorverlies te verwys is dus onaanvaarbaar en 'n oorveralgemening.

Dit is belangrik vir sinvolle terapeutiese beplanning, om oor 'n aantal begrippe wat in die literatuur oor die sielkunde van doofheid gebruik word, duidelikheid te kry.

2.2.1 Gehoorgestremdheid

Hierdie begrip sluit alle persone in wat aan een of ander vorm van gehoorverlies ly en wie se kommunikasievaardighede gevolglik gestrem is. (Smuts, 1980).

2.2.2 Doofheid

Doofheid verwys na 'n ingrypende gehoorverlies vanaf geboorte, tot die prelinguistieke periode in die vroeë kinderjare. Dit sluit effektiewe auditiewe kontak met die wêreld uit en maak gevolglik ook die aanleer van taal en spraak op natuurlike wyse onmoontlik. (Bolton, 1976),(Smuts, 1980).

2.2.3 Doofgewordes

Dit sluit in alle persone wat doof geword het in die post-linguistieke periode, d.w.s. nadat spraak en taalvermoë ontwikkel en gevestig is. Doofheid tree gewoonlik na die sesde lewensjaar in as gevolg van siekte of trauma. (Levine, 1956),(Smuts, 1980).

2.2.4 Swakhorendes

Dit is alle persone met sodanige gehoorverlies dat hulle oor genoeg gehoorreste beskik om spraak en taal op 'n natuurlike wyse aan te leer. Hierdie natuurlike leerproses kan met of sonder akoestiese apparaat plaasvind. (Smuts, 1980).

2.3 KLASSIFIKASIE

Liben (1978) is van mening dat die groot populasie gehoor-gestremdes in subgroepe geklassifiseer moet word om die verskeie professionele hulpverlenings sinvol en effektief te beplan. Elke professionele dissipline klassifiseer doofheid vanuit 'n ander verwysingsraamwerk en gevolglik met ander kriteria. Die volgende kriteria word van nader beskou:

- Die stadium van intrede
- Die graad van gehoorverlies
- Die lokalisasie van doofheid

2.3.1 Klassifikasie volgens die stadium van intrede van doofheid

Persone met doofheid kan in twee groepe verdeel word volgens die intree stadium van doofheid. Twee stadia word onderskei:

- Die prelinguistieke periode
- Die postlinguistieke periode

2.3.1.1 Die prelinguistieke periode

Liben (1978) en Meadow (1980), klassifiseer onder die prelinguistieke periode al die persone wat reeds doof was voor die stadium waarop taal normaalweg verwerf word. Dit impliseer dat hulle taal nie op natuurlike wyses kan aanleer nie. Die persone is afhanklik van akoestiese en opvoedkundige hulpmiddels vir taalverwerwing en taalontwikkeling. Ten spyte van bogenoemde hulpmiddels is hulle taal egter steeds arm en beperk. Genoemde persone kan verder verdeel word in twee subgroepe, volgens die stadium van intrede van doofheid binne die prelinguistieke periode.

- kongenitale doofheid
- verworwe doofheid

a) Kongenitale doofheid

Kinders met kongenitale doofheid word doof gebore. Die doofheid tree dus as gevolg van ongunstige prenatale of perinatale faktore in. (Smuts, 1980).

b) Verworwe doofheid

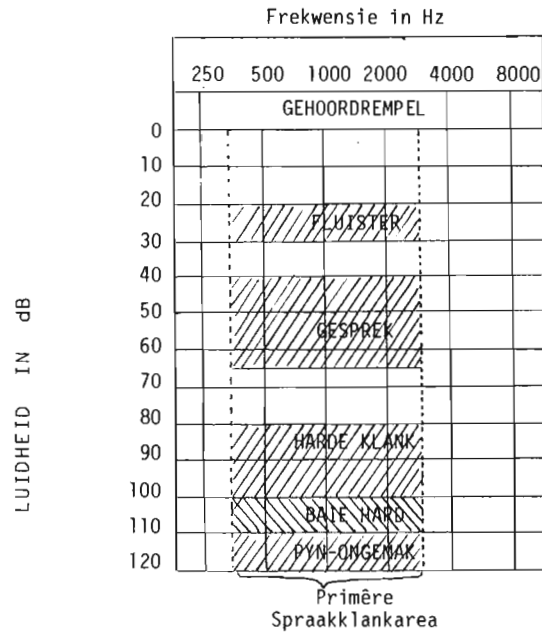
Die kinders word met normale gehoor gebore. Doofheid tree egter in die prelinguistieke periode in as gevolg van siekte of trauma. (Smuts, 1980).

2.3.1.2 Die postlinguistieke periode

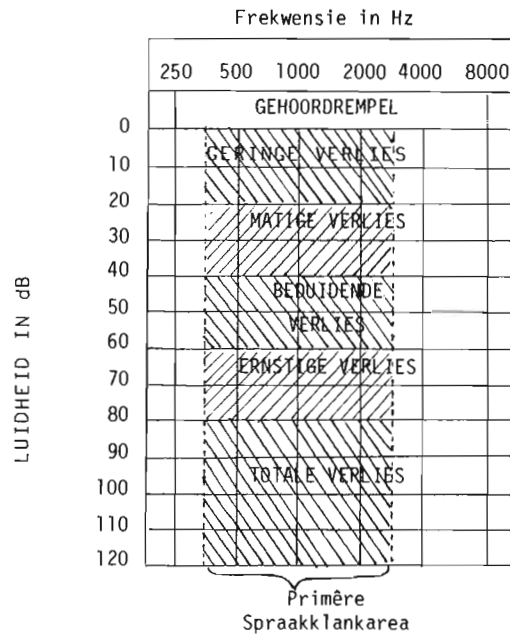
Volgens Liben (1978) en Levine (1956) word al die persone, wat doof geword het nadat hul taalverwerf het, onder die postlinguistieke periode geklassifiseer. Die persone word dus met normale gehoor gebore en verwerf en ontwikkel taal en kommunikasievaardighede op 'n natuurlike wyse. Nadat laasgenoemde vaardighede ontwikkel het, tree doofheid in as gevolg van siekte of trauma. Ten spyte van die intrede van doofheid, funksioneer hulle bevredigend in sosiale en opvoedkundige situasie, as gevolg van permorbiede aanpassing (Liben, 1978). Hulle taalvaardighede bly intakt, alhoewel hulle spraak meestal deterioreer as gevolg van die verlies aan auditiewe terugvoer.

2.3.2 Klassifikasie volgens die graad van gehoorverlies

Meadow (1980) dui aan dat dowe persone audiologies geklassifiseer word volgens hul vermoë om klank waar te neem. Dié graad van gehoorverlies word geskets op 'n grafiek waar die een as die vermoë om frekwensie in hertz/sekonde waar te neem aandui en die ander as die vermoë om intensiteit in desibels waar te neem aandui. So 'n grafiek word 'n oudiogram genoem en is 'n sinvolle verwysingsraamwerk in opvoedkundige en psigoterapeutiese beplanning. Die volgende twee figure, verleen uit Smuts (1980), lig hierdie klassifikasie sinvol toe. Hierdie grense is nie eksak nie; dit dien wel as 'n aanduiding van gemiddeldes:



FIGUUR 1 Indeling op 'n oudiogram van die gebiede waarbinne klanke van verskillende luidheid val.



FIGUUR 2 Indeling op 'n oudiogram van die gebiede waarbinne verskillende tipes gehoorverlies val.

Levine (1960) omskryf die klassifikasie volgens gehoorverlies (Figuur 2) in meer detail, deur spesifiek aandag te skenk aan opvoedkundige behoeftes. Vervolgens word haar uiteensetting bespreek omdat dit aspekte in die terapeutiese studie toelig, wat in Afdeling B volg.

2.3.2.1 Normale tot geringe gehoorverlies

Die fisiiese afsnypunt vir normale gehoor is 0 dB. Volgens Levine (1960) word gehoorverlies, soos gemeet deur 'n suiwertoondiometer, van 20 dB of minder in die spraakarea van die beste oor, as 'n geringe gehoorverlies geklassifiseer. Kinders wat in hierdie klassifikasie val benodig geen spesiale hantering nie. Somstyd kan 'n gunstige plasing in die klaskamer aangedui wees. (Levine, 1960). In die praktyk word kinders met 'n gehoorverlies van 20 dB of minder, egter as kinders met normale gehoor beskou.

2.3.2.2 Matige gehoorverlies

Persone met 'n matige gehoorverlies kan as swakhorend beskryf word. Hulle gemiddelde gehoorverlies wissel van 25 tot 50 dB in die area van die beste oor. Met 'n verlies groter as 35 dB in die beste oor, is die gebruik van gehoorapparaat en ouditiwe opleiding essensieel. Indien daar swak aanpassing in 'n gewone skool is, behoort hulle in 'n spesiale klas, of skool vir swakhorendes geplaas te word. (Levine, 1960).

2.3.2.3 Beduidende gehoorverlies

Persone met 'n beduidende gehoorverlies val in die area tussen die swakhorendes en dowes. Hulle gehoorverlies wissel tussen 55 en 65 dB in die spraakarea van die beste oor. Hul gehoor is sodanig beperk dat taal en spraak nie sonder ouditiwe hulp aangeleer kan word nie. Hulle het egter gehoorreste wat met behulp van ouditiwe apparaat opvoedkundig benut kan word. Spesiale skole vir dowes is aanbeveel vir dié kinders. (Levine, 1960).

2.3.2.4 Ernstige gehoorverlies

Persone met 'n ernstige gehoorverlies kan ten spyte van ouditiewe hulpmiddels, nie taal en spraak deur middel van gehoor aanleer nie. Hulle verliese wissel tussen ± 75 dB tot 'n totale onvermoë om meer as een of twee frekwensies by die hoogsmeebare vlak van intensiteit in die beste oor te onderskei. Die kinders leer kommunikasievaardighede met behulp van gespesialiseerde tegnieke aan. Plasing in spesiale skole vir dowes is essensieel. (Levine, 1960).

2.3.3 Klassifikasie volgens die lokalisasie van doofheid

Die etiologie van doofheid kan in òf die middel-oor òf die binne-oor gelokaliseer wees. Die middel-oor bestaan uit geleidingsorgane wat die klankgolwe vanaf die buite-oor na die binne-oor gelei. Beskadiging van hierdie geleidingskanale het geleidingsdoofheid tot gevolg. Met ander woorde, 'n obstruksie in die middel-oor wat klankgolwe weerhou om die binne-oor te bereik, veroorsaak geleidingsdoofheid. Indien die gehoorsenuwee in verbinding met die brein en/of die orgaan van Corti, wat in die binne-oor geleë is, aangetas sou word, sal die waarnemingsgedeelte van die oor beskadig wees. Persepsiedoofheid is dus die gevolg. Klassifisering volgens die lokalisasie van doofheid, is sinvol om die fisiese sowel as psigiese implikasies wat met 'n spesifieke tipe doofheid gepaard gaan, te begryp.

2.3.3.1 Geleidingsdoofheid

Smuts (1980) beweer dat geleidingsdoofheid veroorsaak word deur die beskadiging van die middel-oor, tot so 'n mate dat die klank nie met behulp van die geleidingskanale, die inwendige oor kan bereik nie. Dié gehoorverlies is selde hoër as 60 dB. Die beskadiging kan as gevolg van siektes, trauma of wanontwikkeling wees. Middel-oorontsteking is die mees algemene siekte wat volgens Myklebust (1960) geleidingsdoofheid by kinders veroorsaak. Hierdie tipe doofheid kan met behulp van antibiotiese en chirurgiese behandeling verbeter en soms heeltemal herstel. Kommunikasievaardighede word op die natuurlike wyses aangeleer, met of sonder akoestiese hulp-

middels, afhange van die graad van gehoorverlies. Op grond hiervan is kinders met geleidingsdoofheid se opvoedkundige en sosiale aanpassing, gewoonlik beter as die met persepsiedoofheid. (Smuts, 1980).

2.3.3.2 Persepsiedoofheid

Persepsiedoofheid is as gevolg van deteriorasie van die gehoor-selle van die orgaan Corti, en/of van die gehoorsenuwee self, dit wil sê die beskadiging van die waarnemingsgedeelte van die oor. Klankgolwe kan wel die binne-oor bereik, maar nie die brein nie. Gehoorverlies is gewoonlik ernstig en totale doofheid kan voorkom. Die gemiddelde gehoorverlies is 85 dB of meer, in die beste oor. Volgens Smuts (1980) kan die oorsake geneties, kongenitaal of verworwe wees. Die verworwe oorsake kan prenataal, perinataal of postnataal plaasvind. Siekte toestande (byvoorbeeld Rubella) en komplikasies tydens swangerskap en geboorte, kom die meeste voor. Postnataal kan verskeie siektes aanleiding tot persepsiedoofheid gee (byvoorbeeld Meningitus en Enkefalitis). Persepsiedoofheid tree gewoonlik in tydens die prelinguistieke periode. Dit bemoeilik die natuurlike aanleer van taal en gevolglik die kind se aanpassing. Dié tipe doofheid is tot op hede onomkeerbaar deur enige mediese behandeling en het die mees traumatiese remming op 'n kind se persoonsfunksionering. (Smuts, 1980).

2.4 DIE GEVOLGE VAN DOOFHEID OP DIE KIND SE ONTWIKKELING EN FUNKSIONERING

Doofheid is 'n gestremdheid wat meestal nie opgehef kan word nie. Die omvang en effek daarvan word deur skrywers soos Altshuler (1971, 1974), Bolton (1976), Levine (1956, 1960), Liben (1978), Meadow (1980), Myklebust (1960) en Schlesinger *et al.* (1972) beskryf. Hierdie skrywers is van mening dat elke aspek van die kind se ontwikkeling deur doofheid beïnvloed word. Hulle bespreek aspekte soos taal, kognitiewe, perseptuele, emosionele en psigososiale ontwikkeling. Volgens Levin (1960) kan die effek van doofheid

nie bloot beskryf word in terme van desibels en gehoordrempels nie, maar eerder as 'n verlies aan 'n lewensdimensie. Alhoewel baie navorsing oor die effek van doofheid gedoen is, is daar nog baie onopgeloste vrae en onkundigheid. Vernon (1978), aangehaal deur Smuts (1980, p. 23), is van mening: "deafness is probably the least understood of all major disabilities".

Doofheid, as 'n enkelvoudige gestremdheid, beperk nie die kind se aangebore intellektuele, emosionele en algemene ontwikkelingspotensiaal nie (Altshuler, 1974). Die kind gaan egter sy/haar ontwikkeling te gemoed sonder 'n gelangrike aanpassingshulpmiddel, naamlik gehoor. Volgens Altshuler (1974) en Bolton (1976), het doofheid 'n komplekse effek wat nou verweef is in die ontwikkeling van die dowe kind. Beide skrywers beklemtoon dat die wyse van hoe doofheid die ontwikkeling van 'n kind beïnvloed, nog onbekend is.

Die gevolge van doofheid kan soos volg ingedeel word:

- Onvermydelike gevolge van doofheid en
- Gevolge van omgewingsfaktore.

2.4.1 Onvermydelike gevolge van doofheid

Dowe kinders deel sekere lewenservarings wat uniek is as gevolg van die direkte gevolg van doofheid. Hulle ervaar gemeenskaplike probleme en hanteer dit dikwels op soortgelyke wyses. Die gemeenskaplik erwaarde gevolge van doofheid word verstaan deur kortliks na die betekenis van gehoor en die verlies daarvan te kyk. Uit onderstaande blyk dit duidelik dat doofheid elke dimensie van die kind se ontwikkeling en funksionering strem.

2.4.1.1 Doofheid en emosionele ontwikkeling

Klank speel 'n belangrike rol in die opwek van emosie en ook in die wedersydse kommunikasie van emosie in verhoudings. Die effek daarvan kan reeds in die vroeë moeder-kind interaksies waargeneem word. Die moeder se stem speel 'n belangrike rol in die vertroeteling van en binding met haar kind. Beide

Altshuler (1974) en Bolton (1976) dui aan hoe toonhoogte, volume en ander aspekte van klank, ons in staat stel om die fyn nuanses van emosies te onderskei en te verstaan. Vergelyk byvoorbeeld die toonhoogte van die menslike stem in woede en in hartseer. Doofheid rem dus die kind om emosionele reaksies waar te neem en gevolglik om dit te verstaan en daarop te reageer. Hieruit voort vloei dikwels 'n ontoereikendheid om toepaslik uiting te gee aan sy/haar eie emosies en beleef dowe kinders dikwels frustrasie om hulself emosioneel verstaanbaar te maak.

2.4.1.2 Doofheid en waarneming

Die mens is primêr afhanklik van sy sintuie om kontak met sy omgewing te maak. Gehoor is egter die mens se mees abstrakte sintuig wat hom deurlopend inligting verskaf omtrent sy omgewing. In teenstelling met gehoor, is die tassin konkreet en afhanklik van direkte kontak met die voorwerp. Net so beperk visie die mens tot waarneming van sy konkrete gesigsveld slegs 180° voor hom (Kapp, 1965). Gehoor is egter onafhanklik van direkte kontak en omsluit alle rigtings (360°). Volgens Bolton (1976) stel gehoor ons in staat om deurentyd rondom ons waar te neem en ook om die belangrike van die onbelangrike te onderskei en daarvolgens te reageer. 'n Dowe persoon is nie in staat om die agtergrondsgeluide waar te neem en hom daarvolgens in sy omgewing te oriënteer nie. (Byvoorbeeld die verkeer op die straat, die branders wat breek, kinders wat baljaar). Verder is 'n dowe persoon ook nie in staat om waarskuwingsgeluide rondom hom waar te neem nie. (Byvoorbeeld 'n hond wat blaf, 'n motor wat toeter). Tereg konstateer Smuts (1980) dat die dowe kind se belewenis-wêreld as gevolg van die verlies van gehoor vereng tot die visueel-waarneembare en sy/haar denke stagneer op die vlak van die konkreet-aanskoulike.

2.4.1.3 Doofheid en taalontwikkeling

Die onvermoë om die gesproke woord te hoor, bemoeilik direk die aanleer van taal op 'n natuurlike wyse.

Dit omsluit beide innerlike taalontwikkeling en meer waarneembare orale taalvermoë van spraak en spraaklees. Die verskraalde taalvermoë van die dowe kind word deur verskeie skrywers soos Altshuler (1974), Bolton (1976), Fundudis *et al.* (1979), Groht (1967), Levine (1956, 1960), Lewis (1968) en Meadow (1980), beklemtoon en beskryf. Volgens die genoemde skrywers het gebrekkige taalvermoë direkte gevolge op die dowe kind se ontwikkeling. Volgens Meadow (1980) word intellektuele, emosionele en sosiale ontwikkeling, deur gebrekkige taalvermoë direk en/of indirek beïnvloed.

2.4.1.4 Doofheid en kommunikasie

Die uitstaande remmende invloed, wat beperkte emosionele ontwikkeling, waarneming en taalvermoë op die dowe kind se funksionering het, is beperkte kommunikasievaardighede en kommunikasie-geleenthede met ander persone. Gevolglik is die dowe kinders dikwels geïsoleerd binne die interpersoonlike verhoudings waarin hulle hul bevind. Die dowe kind se problematiese kommunikasie en gevolglik problematiese interpersoonlike verhoudings, word eerstens in die dowe kind se gesinsverhoudings waargeneem en daarna ook in sy ander sosiale sisteme. Om die kommunikasieproblematiek van die dowe in perspektief te verstaan, word die wyses van kommunikasie kortliks bespreek.

Watzlawick (1967) dui aan dat kommunikasie uit twee fasette bestaan, naamlik digitale of verbale kommunikasie (dit is die logiese en analitiese taal of die inhoudsaspek van kommunikasie) en analoë of nie-verbale kommunikasie (taal van metafore en simbole, dit wil sê die verhoudingsaspek van kommunikasie). Hy beskou beide digitale en analoë kommunikasie en die sinvolle integrering daarvan, as essensieel vir effektiewe kommunikasie.

Die dowe kind se spontane kommunikasievaardighede (natuurlike en sistematiese gebare, vingerspelling en ander nie-verbale vaardighede) word volgens Smuts (1980) as analoë kommunikasie beskryf. Die gebrekkige kommunikasie van die dowe

kind kan dus primêr toegeskryf word aan 'n gebrek aan digitale kommunikasie (taal, spraak en spraaklees) en aan hul relatief swak vermoë om hul analoë en digitale kommunikasievaardighede te integreer.

Verder beskryf Watzlawick (1967) 'n ander aspek van kommunikasie, naamlik pragmatiese kommunikasie - dit is die invloed van kommunikasie op gedrag. Smuts (1980, p. 44) verduidelik hoe pragmatiese kommunikasie in die opleiding van dowe persone verwaarloos word: "Desgelyks geniet taal- en spraakopleiding by die onderrig van persone met doofheid primêre aandag, terwyl belangrike kommunikasie-aspekte (byvoorbeeld die verhoudingsaspek en die konteks waarbinne die kommunikasie plaasvind) en die onderlinge eenheid tussen taal, kommunikasie en gedrag misgekyk word".

Ten spyte van bogenoemde onvermydelike gevolge van doofheid wat dowe kinders in gemeen het, bly elke kind se ervaring volgens Bolton (1976) steeds individueel. Die stadium van intrede, die graad van gehoorverlies en die lokalisasie van doofheid is onder andere van die faktore wat die individuele ervaring van elke dowe kind bepaal. Verder beklemtoon hy ook sosiale en demografiese veranderlikes soos geslag, ouderdom, ras, en sosiale klas wat, in kombinasie, verskil vir elke dowe kind.

2.4.2 Gevolge van omgewingsfaktore

Elke kind ontwikkel sy aangebore potensiaal na die mate wat sy omgewing dit fasiliteer. Altshuler (1974) is van mening dat die omgewing of sisteme waarin die dowe kind hom/haar bevind, tot 'n groter mate 'n invloed het as by 'n kind sonder 'n gestremdheid. Levine (1960) huldig 'n soortgelyke mening dat dit nie doofheid *per sé* is wat die grootste effek op die dowe kind het nie, maar wel die houdings en invloede waaraan hy/sy blootgestel word tydens sy/haar ontwikkeling. Essensiële sisteme waarmee 'n dowe kind in interaksie is, is sy/haar gesin en familie, skool, dowe subkultuur en ook die breë samelewing. Die sisteme waarbinne dowe kinders

hul bevind, verskil egter van individu tot individu en gevolglik is die dowe kinders 'n hoogs heterogene groep persone.

2.4.2.1 Die skoolsisteem

Omdat 'n dowe kind gespesialiseerde hulp benodig vir sy/haar kommunikasie-opleiding en skolastiese vordering, speel die skoolsisteem 'n belangrike rol in 'n dowe kind se ontwikkeling. Sommige dowe kinders moet, as gevolg van die wyd verspreidheid van hierdie skole, gebruik maak van residensiële geriewe. Die interaksie van laasgenoemde dowe kinders is hoofsaaklik beperk tot die personeel en ander dowe kinders van die skool. Smuts (1980) wys uit hoe die skoolsisteem die belangrikheid van die gesinsisteem, in die geval van koshuisleerlinge, heeltemal verdring. Voorts wys sy uit hoedat daar 'n paradoks ontstaan, deurdat die dowe kind in isolasie moet leer hoe om sy geïsoleerdheid van horendes te oorkom. Dagskoliere wat by hulle eie gesinne tuisgaan, is minder afhanklik van die skoolsisteem en word primêr deur hul ouers beïnvloed. Hierdie kinders is dikwels meer in aanraking met horende persone, wat hulle in staat stel om makliker in te skakel by die breër horende samelewing.

2.4.2.2 Die dowe subkultuur

Daar is 'n neiging onder dowe persone om nā skoolverlating, steeds hoofsaaklik met ander dowe persone te assosieer, veral as hulle ouers self ook doof is. Dit gee aanleiding tot aparte verenigings, kerke, ontspanningsfasiliteite ens. Hierdie aparte fasiliteite vir dowes versterk weer die eersgenoemde tendens dat dowe persone nā skoolverlating hoofsaaklik met die dowe subkultuur in interaksie is. Daar is dus dikwels weinig sprake van effektiewe inskakeling by die horende gemeenskap (Smuts, 1980).

'n Dowe kind met 'n horende gesin, wat as 'n dagskolier elke dag tuis in interaksie met horende gesinslede is, se kontak met die dowesubkultuur is heelwat meer beperk. Hierdie dowe kinders meng meer dikwels met horende portuur en beweeg ook saam met hul ouers in die horende gemeenskap. Die dowe-

subkultuur speel gevolglik by laasgenoemde kinders nie so 'n pertinente rol nie.

2.4.2.3 Die gesinsisteem

Die gesin is egter die kind se primêre sisteem en het meestal die grootste invloed op die kind se ontwikkeling en funksionering. Hersch en Solomon (1973), beklemtoon die belang van die gesin om 'n meer omvattende begrip van die dowe kind te verkry. Alhoewel die gesin van 'n dowe kind in interaksie is met 'n breër sisteem, naamlik die samelewing, word hierdie studie beperk tot die dowe kind se interaksie met sy gesinsisteem.

Smuts (1980) dui uit die literatuur aan hoe dat in die verskeidenheid bestaande teorieë oor doofheid, daar meestal 'n lineêre verband getrek word tussen doofheid en 'n sogenaamde "dowe persoonlikheid". Sy is van mening dat laasgenoemde teoretici neig om die dowe persoon in isolasie waar te neem en gevolglik nie die konteks of sisteme waarmee 'n dowe persoon in interaksie is, genoegsaam in ag te neem. 'n Interaksionele benadering ten opsigte van die dowe persoon word deur Smuts (1980) gepropageer, sodat daar 'n sirkulêre verband binne sisteemsverband getrek word. Die implikasies hiervan stel Smuts (1980, p. 67) soos volg: "Hierdie benadering impliseer dat relasionele tegnieke gedragsverandering teweeg mag bring; aangesien die persoon met doofheid se gedrag meer pragmaties in terme van sy huidige relasies en interaksies beskou word".

Die verskeie sisteme wat bespreek is, is dus van essensiële belang om eensyds 'n dowe kind se gedrag te verstaan en andersyds om gedragsveranderinge moontlik te maak. In hierdie studie word daar primêr gekonsentreer op die gesinsisteem. Die gesin van 'n dowe kind word in hoofstuk drie meer volledig bespreek.

2.5 SAMEVATTING

Doofheid is 'n onsigbare dog komplekse gestremdheid en word beskou as die gestremdheid waaroor die meeste wanopvattinge en mites heers. Meadow (1980) dui aan hoe dat doofheid 'n effek het op elke ontwikkelingsdimensie van die dowe kind; medies, oudiologies, linguisties, opvoedkundig, sosiaal en psigologies. Doofheid, as 'n enkelvoudige gestremdheid, beperk egter nie noodwendig die aangebore potensiaal van die kind nie. Dit bemoeilik wel die ontwikkeling en die benutting van hul aangebore potensiaal.

Faktore wat die dowe kind se ontwikkeling kan beïnvloed is eerstens die onvermydelike gevolge van doofheid. Die belangrikste gevolge van doofheid is die beperking van emosionele interaksies, waarneming, taalontwikkeling en kommunikasie. Tweedens het die verskeie sisteme waarbinne 'n dowe kind hom/haar bevind, 'n effek op die dowe kind se ontwikkeling. Binne die sisteme word daar 'n sirkulêre verband getrek wat 'n nuwe perspektief op die dowe kind se gedrag plaas. Smuts (1980) is van mening dat die gebruik van 'n interaksionele benadering die sogenaamde "dowe persoonlikheid" laat verval en sielkundige gedragsveranderinge by dowe kinders fasiliteer. Die interaksionele kenmerke van die gesinsisteem van 'n dowe kind, word in hierdie studie ondersoek. Die doel daarvan is om die moontlikhede van gesinsterapie met 'n gesin van 'n dowe kind, te ondersoek as sielkundige behandelingsmetode.

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 seldê 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 eerstelinge, 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 ontoereiktheid 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 gehoorgestremdheid, uitgebrei tot die

van 'n totale hulpelose. Wedell-Monning en Lumley (1980) bevestig ook dat moeders se oorspronklike 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 oorbekoming 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 oorbekom. 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 standarde 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 oorsteek, 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-sisteme 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 dowe 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 dowe 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-kindsubstieem, die huweliksstieem en die kindersubstieem met die klem op die ouer-kindsubstieem. Die substieem is in interaksie met mekaar en beïnvloed mekaar onderling. Die gesinstieem se funksionering is gevolglik die gesamentlike funksionering van al die substieem asook die effekte wat die substieem 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-kindsubstieem 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 kindersubstieem is ook kortliks bespreek. Beide funksionele en nie-funksionele wyses van gesinsaanpassing en gesinsherstrukturering is volgens die substieem 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).

HOOFSTUK 4

SELKUNDIGE BEHANDELING VAN 'N DOWE KIND

4.1 BEHANDELING VAN 'N DOWE KIND

Doofheid, soos reeds aangedui in die voorafgaande hoofstukke, het 'n komplekse effek op elke ontwikkelingsdimensie van 'n kind; medies, oudiologies, linguisties, opvoedkundig, sosiaal en psigologies. Gevolglik is 'n omvattende behandelingsprogram vanuit al bogenoemde dissiplines nodig omvir die dowe kind die gewenste omgewing te bied, sodat die ontwikkeling van sy/haar maksimale potensiaal verseker word. Die bespreking van al die behandelingsfasette vanuit elk van bogenoemde dissiplines, is as gevolg van die omvang van die studie nie moontlik nie. Vir die doelwit van hierdie studie sal daar slegs gefokus word op die sielkundige behandeling van die dowe kind, met die klem op die behandeling binne gesinsverband.

4.2 PSIGOTERAPIE MET 'N DOWE KIND

Die sielkundige studie van doofheid het eers die laaste twee dekades momentum gekry. Smuts (1980) dui uit die literatuur aan dat navorsers hoofsaaklik gekonsentreer het op die sielkundige evaluering (met behulp van intelligensie en persoonlikheidstoetse) en die diagnosering van die sogenaamde "dowe persoonlikheid", terwyl die psigoterapeutiese proses as sodanig, weinig aandag geniet het.

Alhoewel die psigoterapeutiese veld met dowe kinders nog braak lê, is daar in die meer resente literatuur wel wyses van psigoterapie met dowe kinders aangeteken. Voorbeelde hiervan is onder andere non-direktiewe speltherapie, oerleiding, gedragsterapie, groepsterapie en gesinsterapie. Dit blyk dus of die klem in die sielkundige studie van doofheid geleidelik besig is om te verskuif vanaf sielkundige evaluering en die diagnosering van 'n persoonsbeeld, na psigoterapeutiese wyses van gedragsverandering.

4.2.1 Spel terapie

Non-direktiewe spel terapie is deur Stojnič *et al.* (1980) met dowe kinders tussen vier en ses jaar gedoen. Hulle baseer hierdie spel terapie op die aanname dat die dowe kind, soos enige ander kind, sy eie ontwikkelingsprobleme kan oorkom binne 'n permissiewe interpersoonlike verhouding wat die kind se selfekspresie fasiliteer. Stojnič *et al.* (1980) het bevind dat die kinders na spel terapie minder emosionele probleme en beter motivering, motoriese vaardighede en verbale ekspresie gehad het. Op grond van navorsingsresultate, konstateer Cantor en Spragins (1977) egter dat indirekte intervensies met belangrike persone in 'n dowe kind se omgewing, byvoorbeeld ouers en onderwysers, meer effektief is as direkte intervensie met die dowe kind alleen.

4.2.2 Ouerleiding

Ouerleiding aan ouers van dowe kinders word op verskeie maniere geïmplimenteer; individueel aan ouers, in oergroepe en ook in studiegroep verband (Van Etten *et al.* 1980). Die belangrikste doelwitte van ouerleiding aan ouers van dowe kinders, som Horton (1975) in Northern en Downs (1978) soos volg op:

- a) Leiding aan ouers om die ouditiewe omgewing van hul dowe kind optimaal te benut;
- b) Die aanleer van effektiewe kommunikasievaardighede;
- c) Die aanleer van hanteringsvaardighede;
- d) Ouerleiding oor die beginsels en fases van normale ontwikkeling, sodat die ouers 'n gesonde verwysingsraamwerk het waarvolgens hulle hul kind kan stimuleer;
- e) Emosionele ondersteuning van die ouers sodat hulle hul negatiewe gevoelens oor die kind se gehoorgestremtheid kan verwerk. Dit wil sê om die ouers in staat te stel om die implikasies van die kind se doofheid te erken, te besef, te aanvaar en om konstruktief by die situasie aan te pas.

4.2.3 Gedragsterapie

Gedragsterapeutiese beginsels word dikwels met sukses by dowe kinders met probleme geïmplimenteer, aldus Northern en Downs (1978). Die algemene gedragsmodifikasie-tegnieke word benut, naamlik positiewe versterking, straf, uitwissing, gedragsvorming, modellering en nabootsing.

4.2.4 Groepsterapie

Rainer *et al.* (1969) is van mening dat groepsterapie by uitstek aangedui is vir dowe psigiatriese pasiënte en dowe adolessente met probleme. Hulle noem egter dat sulke terapeutiese groepe selde realiseer, as gevolg van die gebrek aan opgeleide sielkundiges met kennis van doofheid en kommunikasievaardighede om met dowe persone te kan kommunikeer. In 'n eksperimentele ondersoek oor die effektiwiteit van groepsterapie as behandelingsmetode vir dowe persone, doen Smuts (1980) groepsterapie met dowe adolessente volgens die beginsels van Yalom (1975). Hierdie groepsterapie vind plaas in vyf onderskeibare fases naamlik a) Kohesie; b) Opleiding; c) Interpersoonlike bewuswording; d) Gedragsverandering; en e) Konsolidasie en afsluiting. Sy toon aan hoe die groepslede na ses maande van groepsterapie, meer effektiewe kommunikasie en gedrag geopenbaar het. Smuts (1980) is van mening, op grond van haar navorsingsresultate, dat groepsterapie 'n effektiewe behandelingsmetode vir dowe persone is. Sy beklemtoon die belang van relasioneel georiënteerde tegnieke in die behandeling van die dowe.

4.2.5 Gesinsterapie

Alhoewel skrywers soos Altshuler (1974); Bolton (1976); Freeman *et al.* (1975); Hersch *et al.* (1973); Levine (1960); Liben (1978) en Meadow (1980) die probleme van 'n dowe kind dikwels beskryf in terme van die aard en die kwaliteit van sy gesinsverhoudings, is daar byna geen literatuur oor gesinsterapie met gesinne waarvan sekere gesinslede doof is nie. Shapiro (1976, p. 85) bevestig dit ook want hy beweer dat: "... there has been a virtual absence of

writings on the utilizing of family therapy for deaf patients". Slegs twee sulke gevallestudies kon opgespoor word. Robinson en Weathers (1974), beide horende terapeute wat totale kommunikasie gebruik, beskryf 'n gesinsterapie met 'n gesin waarvan die ouers doof is en die kinders horend. Verder beskryf Shapiro en Harris (1976) 'n gesinsterapie waar hulle as 'n horende en 'n dowe terapeut saam terapie met 'n horende gesin met 'n dowe adolessent gedoen het.

4.3 POSITIEWE ASPEKTE IN PSIGOTERAPIE MET 'N DOWE PERSOON

Hoyt *et al.* (1981) lig die volgende positiewe punte van dowe persone in psigoterapie uit :

- a) Dowe persone se gemaklikheid om hulle emosies op 'n nie-verbale wyse uit te druk, fasiliteer die psigoterapeutiese proses.
- b) Die meeste dowe persone is oningelig oor wat psigoterapie behels en is gevolglik meer ontvanklik vir terapie.
- c) 'n Aangeleerde vermoë om aan te pas by teëspoed, is ook 'n bate wat dowe persone in terapie kan help.
- d) Dowe persone is as gevolg van interpersoonlike isolasie dikwels meer responsief in hul verhouding met die terapeut omdat dit iemand is wat hulle probeer verstaan.

4.4 STRUIKELBLOKKE IN PSIGOTERAPIE MET 'N DOWE PERSOON

Volgens Shapiro *et al.* (1976) bestaan daar 'n algemene pessimisme oor die waarde en effek van die bestaande psigoterapeutiese hulpverlening vir persone met doofheid. Om die negatiewe houding in perspektief te verstaan, blyk dit aangewese te wees om na die struikelblokke in psigoterapie met 'n horende terapeut en 'n dowe persoon te kyk.

In tradisionele individuele psigoterapeutiese behandelingsmetodes, word gedragsverandering hoofsaaklik gebaseer op die simboliese uitruiling van inhoude, binne 'n intensiewe wederkerige verhouding, tussen die terapeut en die kliënt. (Shapiro *et al.* 1976). Die enkele uitstaande medium in die

proses tussen die terapeut en die kliënt is die gesproke woord. Levine (1974), Schlesinger *et al.* (1972) en Shapiro en Harris (1976) konstateer dat die kommunikasieprobleem tussen die horende terapeut en dowe kliënt die grootste struikelblok in psigoterapie is. Die dowe kliënt se beperkte woordeskate en sy/haar onvermoë om verbale kommunikasie te hoor, is van die faktore wat die terapeutiese proses bemoeilik. Die feit dat die dowe kind se waarneming vereng tot die visueel-waarneembare en gevolglik hul denke dikwels stagneer op die konkreet-aanskoulike, is 'n verdere faktor wat hierdie proses bemoeilik. Hierdie konsepsuele agterstand belemmer die dowe kliënt om baat te vind by die psigoterapeutiese proses, waar die klem op simboliek en insig is.

Verdere leentes wat Smuts (1980) konstateer, is die afwesigheid van gespesialiseerde opleidingsfasiliteite en -programme vir die terapeute, oneffektiwiteit van bestaande sielkundige toetse en die oënskynlike afwesigheid van psigoterapeutiese tegnieke om effektiewe verandering by die dowe persoon teweeg te bring. Voorts haal sy Garweck en Ysseldyke (1975) aan wat van oortuiging is dat die huidige praktyke en tegnieke wat wel bestaan, 'n gedaante verwisseling sal moet ondergaan om aan die behoeftes van die gehoorgestremdes te voldoen. Die veld van psigoterapie met dowe persone is nog swak ontwikkel en daar is 'n groot behoefte aan beproefde psigoterapeutiese tegnieke met dowe persone.

4.5 GESINSTERAPIE AS 'N ALTERNATIEWE SIELKUNDIGE BEHANDELINGSMETODE

Omdat swak interpersoonlike verhoudings en vaardighede sentraal is in die sielkundige behandeling van 'n dowe persoon, blyk gesinsterapie 'n aangewese beginpunt te wees om 'n dowe kind se isolasie op te hef. Die kerngesin vorm die eerste sosiale laboratorium van 'n dowe kind en dien as 'n verwysingsraamwerk vir latere interpersoonlike verhoudings. Vroegtydige gesinsterapeutiese intervensies kan 'n dowe kind met probleme in staat stel om binne sy gesin bevredigende interpersoonlike verhoudings op te bou. Dit kan later uitkring en veralgemeen na ander interpersoonlike verhoudings.

Smuts (1980) beklemtoon die sinvolheid van relasioneel-georiënteerde terapeutiese tegnieke om gedragsveranderinge by dowe persone te bewerkstellig. Gesinsterapie is by uitstek relasioneel georiënteerd en verdere ondersoek na die bruikbaarheid daarvan by dowe kliënte is dus aangedui.

In die literatuur word die gesin se rol in dowe kinders se problematiek herhaaldelik beklemtoon. (Sien hoofstuk drie). Die enigste twee gevalllestudies oor gesinsterapie met dowe gesinslede, wat wel in die literatuur gevind is, se positiewe resultate motiveer ook vir verdere navorsing oor gesinsterapie met hierdie gesinne.

Van die genoemde struikelblokke in die individuele psigo-terapeutiese proses met 'n dowe kliënt, het ook 'n belemmerende invloed op die gesinsterapeutiese proses. Veral die afwesigheid van gespesialiseerde opleidingsfasiliteite vir voornemende terapeute en die kommunikasiegaping tussen die horende terapeut en die dowe gesinslid, is die uitstaande beperkings wat oorkom moet word. Die beperking van oneffektiewe sielkundige evalueringsmetodes word oorbrug deur die direkte observering van gedrag binne gesinsverband. In gesinsterapie word daar ook nie primêr gekonsentreer op insig en die simboliese uitruiling van inligting nie, maar op die proses van die gesinsinteraksies. Hierdie struikelblok word dus ook grootliks oorkom deur die inherente aard van gesinsterapie.

Die opleiding van gesinsterapeute wat spesialiseer in die problematiek van die dowe kind, blyk die grootste struikelblok te wees. Hierdie terapeute behoort oor die kennis en ervaring te beskik van 'n dowe kind binne sy gesinsverband, die gesinsterapeutiese beginsels en hoe die twee velde sinvol geïntegreer kan word.

Die kommunikasiegaping tussen die terapeut en die dowe kliënt kan met behulp van verskeie tegnieke binne gesinsterapie oorkom word. Indien 'n horende en 'n dowe terapeut as ko-terapeute saamwerk en beide is onderlê in totale kommunikasie, behoort daar geen kommunikasieprobleme te wees nie.

Die realiteit is dat so 'n terapeutiese span 'n luukse is, omdat dowe gesinsterapeute baie seldsaam is. Horende gesins-terapeute kan egter die kommunikasieprobleme oorkom deur die aanleer van totale kommunikasie. Deur die gebruik hiervan kan beide die horende en dowe gesinslede verstaan word en fasiliteer die terapeut ook die kommunikasie tussen die horende en dowe gesinslede. Die ontwikkeling van 'n sensitiwiteit vir die proses van kommunikasie en die gebruik van metafore deur die lede van die terapeutiese sisteem, kan verder die kommunikasiegaping oorbrug. Dit blyk gevolglik sinvol te wees om nie-verbale of aksie-tegnieke, waarvoor gesinsterapie hom by uitstek toe leen, te implimenteer en te benut.

Die onvermydelike agterstand wat die dowe kind het in sy/haar emosionele uitdrukkings-vermoë, asook die vermoë en ook emosionele reaksies van ander te verstaan as gevolg van sy/haar onvermoë om toonhoogte, volume en ander emosionele kwaliteite van klank waar te neem, kan grootliks oorkom word deur die benutting van fyn nie-verbale nuanses. Verder sal 'n dowe kind wat meer konkreet-waarneembaar ingestel is, hom/haar ook makliker kan vereenselwig met nie-verbale waarneembare tegnieke in kombinasie met totale kommunikasie, as met bloot verbale tegnieke. Die gebruik van metafore, die terapeutiese proses, aksie-tegnieke en nie-verbale tegnieke binne gesins-terapeutiese verband, sal in hoofstukke vyf en ses meer volledig bespreek word. Daar sal dan ook meer spesifiek gekyk word na die rasionaal vir so 'n terapeutiese oriëntering vir 'n gesin met horende en dowe gesinslede.

Uit bostaande blyk dit duidelik dat die algemene struikel-blokke in psigoterapie met 'n dowe persoon grootliks oorkom word deur die gebruik van gesinsterapie. Waar gesinsterapie by uitstek 'n relasioneel-georiënteerde tegniek is en die gesin se rol in die dowe kind se problematiek belangrik is, wil dit voorkom of gesinsterapie met vrymoedigheid as 'n alternatiewe behandelingstegniek ondersoek kan word.

HOOFSTUK 5

GESINSTERAPEUTIESE BEHANDELING VAN 'N DOWE KIND

5.1 TEORETIESE UITGANGSPUNTE

Gesinsterapie is gebaseer op teoretiese uitgangspunte waarvolgens die gesinfunksionering gekonseptualiseer word. Alhoewel die teoretiese uitgangspunte van gesinsterapie die individuele gesinslede se funksionering in ag neem, verklaar dit primêr die gesin as 'n entiteit in eie reg. Die algemene sisteemsteorie word as die belangrikste teoretiese model vir gesinsterapie beskou.

5.1.1 Sisteemsteorie

In 1940 ontwikkel Von Bertalanffy die algemene sisteemsteorie as 'n teoretiese model om die organisasie van dele in 'n geheel te verklaar. Von Bertalanffy (1968, p. 55) definieer 'n sisteem as : "a complex of interacting elements". Hierdie elemente word nie gespesifiseer nie en kan lewende of nie-lewende objekte wees. Alhoewel die algemene sisteemsteorie bestaan uit komplekse wiskundige bewerkings, het die gesinsterapeute slegs die basiese konsepte van die teorie aanvaar. Op grond hiervan is Beckett (1973) van mening dat gesinsterapeute eerder moet verwys na sisteemsdenke.

Twee tipes sisteme word deur Von Bertalanffy (1968) onderskei, naamlik geslote en oop sisteme. 'n Geslote sisteem is 'n sisteem wat geen interaksie met sy omgewing het nie. Die reëls wat in 'n geslote sisteem gehoorsaam word, verskil van die reëls wat in 'n oop sisteem gehoorsaam word. In 'n geslote sisteem vind entropie plaas; dit is die neiging om die eenvoudigste moontlike toestand te bereik. Wanneer dit plaasvind, is so 'n sisteem in homeostase. 'n Oop sisteem is, in teenstelling met 'n geslote sisteem, in interaksie met sy omgewing en verander deurentyd.

Barker (1981, p. 23) som die belangrikste idees wat die gesinsterapeute van die sisteemsteorie ontleen het, soos volg op:

- a) Gesinne is oop sisteme wat uit verskillende dele bestaan. Gesinne beskik egter oor eienskappe wat meer is as die som van die eienskappe van hul dele.
- b) Die sisteme opereer volgens sekere algemene reëls. Hierdie reëls waarvolgens 'n gesin funksioneer, is relatief vaste gedragspatrone. Gesinslede is nie altyd bewus van dié reëls nie.
- c) Elke sisteem het grense. Die eienskappe van hierdie grense is belangrik om die sisteme te verstaan. Alhoewel gesinsgrense onsigbaar is, is hulle steeds belangrik. Gesinsgrense kontroleer die emosionele interaksies en nabyheid van die gesinslede onderling.
- d) Grense van 'n oop sisteem is semi-deurlaatbaar. Oneffektiewe gesinsgrense kan enersyds heeltemal diffuus wees, sodat gesinslede se optredes so ineengestremel is dat onafhanklike optrede deur gesinslede nie moontlik is nie. Andersyds is rigiede gesinsgrense wat emosionele interaksie onmoontlik maak, ook oneffektief. Effektiewe gesinsgrense is semi-deurlaatbaar en verseker onafhanklike optrede sowel as emosionele interaksie. Gesinsgrense kontroleer ook die gesin se emosionele interaksie met die suprasisteem, naamlik die samelewing.
- e) Gesinsisteme word gekenmerk deur twee prosesse. Eerstens neig gesinsisteme om 'n homeostase te bereik, met vaste verwysingspunte. Tweedens kom die proses van morfogenese voor. Dit is as laasgenoemde vaste verwysingspunte verander en 'n nuwe homeostase bereik word. Albei prosesse is essensieel vir gesonde gesinsfunksionering.
- f) In die funksionering van gesinsisteme, is kommunikasie en terugvoermeganismes tussen die gesinslede, belangrik. Terugvoer is wanneer twee prosesse A en B mekaar wedersyds beïnvloed sodat 'n verandering in A aanleiding gee tot

'n verandering in B en omgekeerd. Positiewe terugvoer is wanneer verandering versterk word. Byvoorbeeld wanneer 'n ma en kind op mekaar skreeu en albei net meer ontsteld raak. Negatiewe terugvoer is wanneer verandering geminimaliseer word. Byvoorbeeld : 'n Kind is hartseer, sy ma troos hom en sy hartseer verminder.

- g) Individue se gedrag word binne gesinsverband beter verstaan volgens sirkulêre kousaliteit as volgens lineêre kousaliteit. Lineêre kousaliteit is wanneer A (dit reën) aanleiding gee tot B (gebruik 'n sambreel), terwyl B nie A bepaal nie. Sirkulêre kousaliteit is wanneer B wel A affekteer. Indien 'n persoon A vir B vra om iets te doen en B dit wel doen, sal dit daartoe lei dat A in die toekoms met meer vrymoedigheid vir B iets sal vra.
- h) Alle oop sisteme, ook gesinsisteme, het die eienskap van ekwifinaliteit; dit wil sê dat dieselfde eindpunt bereik kan word, vanaf verskillende beginpunte. Elke gesin het dus sy eie kenmerkende wyse waarop hy sekere doelwitte bereik.
- i) Gesinsisteme, soos ander oopsisteme, het sekere doelwitte. Gesinne se hoofdoelwitte is onderlinge ondersteuning, kinderopvoeding en die uitvoer van sekere take.
- j) Sisteme bestaan uit verskeie subsisteme en vorm self deel van 'n suprasisteem. 'n Gesinsisteem bestaan onder andere uit gesinslede, elkeen 'n aparte subsisteem, asook groepe van gesinslede (byvoorbeeld die egpaar, die kinders) wat subsisteme vorm. Die suprasisteem waarbinne gesinne funksioneer is die samelewing.

Bogenoemde eienskappe is kenmerkend van 'n funksionele gesin. 'n Nie-funksionele gesinsisteem ontstaan wanneer daar onder andere oneffektiewe grense bestaan, 'n gesin slegs neig na homeostase, oneffektiewe kommunikasie en terugvoermeganismes bestaan en 'n gesin nie sy basiese doelwitte bereik nie.

5.1.2 Strukturele benadering

Daar het verskeie teorieë oor gesinne en wyses van gesinstherapie uit die algemene sisteemteorie ontwikkel, onder andere die strukturele benadering van Minuchin (1974), wat in hierdie studie gebruik word. Die strukturele benadering se konsep van 'n gesin, is in hoofstuk 3 reeds volledig bespreek. Minuchin (1974) baseer sy strukturele gesinsterapie op hierdie laasgenoemde konsep.

5.1.3 Strukturele gesinsterapie

5.1.3.1 Rasionaal en terapeutiese doelwit

Minuchin (1974) is van mening dat 'n probleemgesin as gevolg van 'n nie-funksionele gesinstruktuur, nie volgens sy potensiaal funksioneer nie. Hierdie nie-funksionele gesinstruktuur word in stand gehou deur vaste gesinsreëls (wat die gesinslede se gedrag teenoor mekaar bepaal) en beperk hul vermoë om sekere gesins- en kulturele funksies uit te voer. Aponte en Van Deusen in Gurman en Kniskern (1981, p. 313) se kriteria in die onderskeiding van funksionele en nie-funksionele gesinsfunksionering, is die volgende:

"From a structural perspective, functional and dysfunctional levels are determined by the adequacy of the fit of a system's structural organization to the requirements of an operation, in a set of circumstances."

Met die begrip "strukturele organisasie", omskryf hulle relasionele patrone wat kenmerkend is van alle gesinne, relasionele patrone wat eie is aan 'n unieke gesin (as gevolg van hul tradisie, kultuur en sosio-ekonomiese groep) sowel as relasionele patrone wat essensieel is vir 'n spesifieke gesin se aanpassing. Die omstandighede van 'n gesin waarna hulle verwys, is die konglomerasie van verskeie eienskappe inherent aan die spesifieke gesinslede, die gesinsisteem, asook die betrokke suprasisteem. Die nie-funksionele gesin-

struktuur kom voor, volgens Aponte en Van Deusen, wanneer die gesinstruktuur nie genoegsaam gedefinieer, uitgebrei, buigbaar en/of samebindend is nie.

Die terapeutiese doelwit is volgens die strukturele benadering, primêr om die nie-funksionele gesinstruktuur te verander. Deur die verandering van die gesinstruktuur, verander elke gesinslid se posisie ten opsigte van elke ander gesinslid en sodoende verander elke gesinslid se individuele ervarings, aldus Minuchin (1974). Hierdie veranderinge word binne die interpersoonlike konteks wat die terapeut skep, gestimuleer, uitgelok en gefasiliteer. Die uiteindelige doelwit van die terapeut is om die gesin funksioneel met mekaar in interaksies te laat tree, sonder die terapeut se betrokkenheid. Om hierdie rede raak die terapeut, soos die terapie vorder, geleidelik meer op die periferie. Sodra die herstrukturering tot sō 'n mate bereik is en die aanmeldingsprobleme opgelos is, is die terapie voltooi.

Die rasionaal waarop 'n strukturele gesinsterapeut sy/haar terapie fundeer, som Minuchin (1974) soos volg op:

- a) Veranderinge in die struktuur van 'n gesinsisteem, maak verdere veranderinge in 'n gesinsisteem moontlik.
- b) 'n Gesin word nie deur die terapeut opgevoed of gesosialiseer nie, die gesin se inherente potensiaal en vermoë tot funksionering word slegs herstel.
- c) 'n Gesin het selfregulerende eienskappe. Die prosesse wat deur die terapeut begin word, word deur hierdie selfregulerende eienskappe in stand gehou en bevestig.

5.1.3.2 Terapeutiese tegnieke

Elke terapeutiese intervensie word gebaseer op die rasionaal en doelwit van strukturele gesinsterapie en vind in die interpersoonlike konteks van die terapeutiese sisteem plaas. Die terapeut vorm, soos die gesinslede, 'n integrale doel van die terapeutiese sisteem. Hierdie strukturele doelwitte

en die feit dat die terapeut deel is van die terapeutiese sisteem, het tot gevolg dat die terapeut nooit in 'n neutrale strukturele posisie teenoor die gesin is nie. Die terapeut gebruik homself deurentyd om hierdie strukturele doelwitte te bereik.

Aponte en Van Deusen (1981) deel die terapeutiese tegnieke wat meestal deur strukturele gesinsterapeute gebruik word, in drie groepe, naamlik terapeutiese tegnieke wat gesins-transaksies skep, dié wat by gesinstransaksies aansluit en dié wat gesinstransaksies herstruktureer. Hierdie indeling is egter bloot teoreties. In die praktyk kan een terapeutiese tegniek beide by gesinstransaksies aansluit en dit herstruktureer. Verskillende terapeutiese tegnieke word ook dikwels gelyktydig en in kombinasie gebruik.

a) Terapeutiese tegnieke wat gesinstransaksies skep

Strukturering is een van hierdie tegnieke. Dit is die terapeut se doelbewuste organisering van sy/haar gedrag in die transaksies van die terapeutiese sisteem.

Rollespel is 'n verdere tegniek wat veral effektief geïmplimenteer kan word as gesinslede baie intellektualiseer. Die gesinslede speel dus sekere gebeurtenisse in hul lewens uit, byvoorbeeld wat gebeur as dit slaaptyd is vir die kinders. So 'n rollespel bring volgens Barker (1981), die realiteit van die gesinslede binne-in die terapeutiese sessie in en bied vir die terapeut iets konkreet om aan te werk.

Die voorskryf van spesifieke take is ook 'n tegniek waardeur gesinstransaksies geskep word. Hierdie take kan tydens die sessie óf tuis uitgevoer word. Die take word so gestruktureer dat die gesin op nuwe wyses met mekaar in interaksie tree rondom die probleem. 'n Voorbeeld hiervan is die taak wat Minuchin (1974) aan 'n moeder wat kla dat haar kind brandstig, voorskryf. Hy versoek haar om die kind te leer hoe om veilig met vuurhoutjies te speel.

b) Terapeutiese tegnieke wat by die gesintransaksies aansluit

Die belangrikste van hierdie tegnieke is die aansluiting by (joining) en akkommodasie tot die gesintransaksies. Hierdie twee begrippe beskryf dieselfde tegniek, maar vanuit verskillende invalshoeke. Minuchin (1974, p. 123) omskryf die proses van aansluiting soos volg:

"To join a family system, the therapist must accept the family's organization and style and blend with them. He must experience the family's transactional patterns and the strength of those patterns."

Akkommodasie verwys na die terapeut se eie aanpassings wat hom in staat stel om by 'n gesin aan te sluit.

Instandhouding van die bestaande gesinstruktuur, soos die terapeut dit verstaan, is ook 'n wyse om aan te sluit by gesintransaksies. 'n Voorbeeld wat Barker (1981) hiervan gee, is waar die ma in 'n sterk leierskapsposisie is. Die terapeut maak kontak met die kinders deur die ma. Deur hierdie instandhoudingstegniek word die bestaande gesinspatroon bevestig en stel dit die res van die gesin in staat om hierby aan te pas.

Verdere tegnieke wat by die gesintransaksies aansluit, is nasporing en mimese. Nasporing (tracking) is eenvoudig om die gesin se kommunikasie en gedrag te volg en aan te moedig. Mimese is wanneer die terapeut die gesinslede se gedrag en wyses van optrede naboots en self in die sessie gebruik. Dit sluit ook in dat die terapeut, wanneer toepaslik, soortgelyke ondervindings van hom/haarself met die gesin deel.

c) Terapeutiese tegnieke wat gesintransaksies herstruktureer

Herstruktureringstegnieke wat die meeste gebruik word, is die vorming van alliansies en die herstel van effektiewe grense. Deur 'n tydelike alliansie met een of meer gesinslede te vorm, stel die terapeut die betrokke gesinslede deur sy

ondersteuning in staat om dinge te doen of te sê wat andersins nie moontlik is nie. Sodoende word die implisiete gesinsreëls verbreek en die gesin se oneffektiewe homeostase omvergooi. Hierdie tegniek moet volgens strukturele doelwitte konstruktief geïmplimenteer word.

Die bevestiging van effektiewe gesinsgrense speel 'n sentrale plek in strukturele gesinsterapie. Swak definiëring van grense tussen die verskeie subsysteme veroorsaak dat die subsysteme nie gedifferensieer word nie (enmeshed families). Ontoepaslik rigiede grense veroorsaak dat gesinslede totaal onafhanklik funksioneer. Effektiewe grense is semi-deurlaatbaar en maak beide afhanklikheid en onafhanklikheid moontlik. Die terapeut kan swak en vae grense versterk deur erkenning vir elke individu se bydrae te gee en lede te blokkeer as hul ander lede in die rede val of namens ander praat en antwoord. Hierdie blokkering kan op verskillende verbale sowel as nie-verbale wyses geïmplimenteer word. Rigiede en ondeurdringbare grense wat gesinslede skei, kan verbreek word deur gesamentlike take aan hierdie gesinslede te gee (Barker 1981).

Verdere herstruktureringstegnieke wat deur terapeute gebruik word, is om op die simptoom te fokus. Die terapeut kan die simptoom oorbeklemtoon, onderbeklemtoon, die fokus verskuif na 'n nuwe simptoom, die simptoom herdefinieer of die effek van die simptoom verander (Aponte en Van Deusen, 1981). Minuchin (1974) sluit onder hierdie groep tegnieke verder ook in die eskalering van spanning, die verandering van die gemoedstemming van die gesin, ondersteuning, opvoeding en leiding.

5.2

VORMING VAN DIE TERAPEUTIESE SISTEEM

Alhoewel die prosesse van gesinsterapie nie in aparte opeenvolgende fases verdeel kan word nie, is daar tog sprake

van sekere fases waardeur beweeg word. Die fases is gewoonlik nie onderskeibaar nie, maar inmekaar verweef en oorvleuelend. In die eerste fase (ongeveer twee onderhoude) val die klem egter meer op die aansluiting by en akkommodasie tot die gesin, omdat die terapeutiese sisteem eers gevorm word voordat standhoudende herstrukturering kan plaasvind.

Die proses van aansluiting en akkommodasie, is in enige terapie van essensiële belang, maar by uitstek in die gesins-terapie onder bespreking. Dit is belangrik dat die terapeut aansluit by elke gesinslid. In die geval van 'n horende terapeut en die dove gesinslid, moet die terapeut besef wat aansluiting by en akkommodasie tot so 'n gesinslid behels. Die terapeut sal onder andere die dove gesinslid onvoorwaardelik moet aanvaar, ten spyte van sy gestremdheid. Om 'n terapeutiese vertrouensverhouding met 'n dove gesinslid (veral 'n dove kind) op te bou, is dikwels 'n lang en stadige proses. Daar is verskeie faktore wat hierin 'n rol speel. Die terapeut sal ten volle tot die dove kind se wyse van kommunikasie moet akkommodeer en ook die wyse van kommunikasie fasiliteer. Ook is dit belangrik as dit 'n dove kind is, dat die terapeut sy/haar ouderdom ingedagte moet hou en by sy/haar ouderdomsvlak en belangstellings aansluit.

Die aansluiting by en akkommodasie tot elke ander gesinslid is egter ewe belangrik. 'n Warm en empatiese verhouding met elke gesinslid is belangrik om te verseker dat die positiewe sowel as die negatiewe idees, houdings, gedrag en gevoelens na vore kom in die gesinsterapie. Die deur-werking van die rouproses kan as voorbeeld hiervan dien: Shapiro en Harris (1976) het heelwat weerstand teen gesins-terapie by gesinne met 'n dove kind ondervind. Hulle skryf die weerstand daaraan toe dat die gesinne moontlik bedreig voel omdat hul onopgeloste gevoelens van depressie, skuld en woede ten opsigte van die dove kind, binne 'n gesinstera-apeutiese situasie overt na vore sal kom. Slegs indien die terapeut effektief by die gesin aansluit en tot hulle elkeen akkommodeer, kan hierdie weerstand oorkom word en die gesinslede in staat gestel word om deur hul negatiewe gevoelens te werk.

Die terapeut moet dus voorbereid daarop wees dat die akkommodasie-proses waarskynlik langer as gewoonlik met hierdie gesinne is. Die belangrikheid van hierdie aspek van die terapeutiese proses moet deur die verloop van die terapie in gedagte gehou word.

In die vorming van die terapeutiese sisteem is die definiëring van die aanmeldingsprobleme van 'n gesin met 'n dowe kind in interaksionele terme belangrik. Die terapeut moet, indien gesinsprobleme foutiewelik aan 'n kind se doofheid gekoppel word, die sirkulêre kousaliteit daarvan reeds in die akkommodasiefase eksplorieer en bewusmaak. Hiervolgens word vir die gesin 'n rasionaal gegee waarom die hele gesin in terapie betrek word.

5.3

GESINSEVALUERING

Soos in enige ander gesinsterapie, word die eerste aantal sessies spandeer rondom die akkommodering sowel as die evaluering van die gesin. Die gesinsevaluering behels onder andere die insameling van belangrike data, die observering van gesinsinteraksies, die evaluering van die klagtes/probleme en die formulering van hipoteses en doelwitte. Evaluering en terapie kan egter nooit van mekaar losgemaak word nie en vind meestal deurentyd en gelyktydig plaas. Aanvanklik is die klem egter meer op evaluering en later verskuif dit meer na die terapeutiese intervensies.

In die evaluering van 'n horende gesin met 'n dowe kind, bied die observering van die gesinsinteraksies seker die waardevolste inligting vir die terapeut. Agtergrondgegewens en inligting rondom die gesin en hul aanmeldingsprobleem, is egter ook baie belangrik in hierdie proses. Die terapeut moet daarteen waak om alle gesinsproblematiek toe te skryf aan die feit dat daar 'n dowe kind in hierdie gesin is. Die foutiewe aanname dat alle gesinsproblematiek rondom die dowe kind sentreer, word dikwels deur hierdie gesinne self en ook deur navorsers gemaak. Dit is belangrik dat

die terapeut bewus sal wees van hierdie gevaar en dat hy/sy eerstens onbevooroordeeld na so 'n gesin as 'n unieke gesinsisteem sal kyk. Addisionele agtergrondgegewens, wat spesifiek verbandhou met 'n gesinsterapie waar 'n dowe kind betrokke is, stel die terapeut in staat om te onderskei watter probleme inherent aan die gesinsisteem is en watter probleme die gevolg is van die realistiese implikasies van 'n dowe gesinslid. Vervolgens word hierdie addisionele inligting wat van hulp kan wees in hierdie onderskeidingsproses, kortliks bespreek.

Hersch en Solomon (1973) is van mening dat dit belangrik is om die gesins- en huweliksgeskiedenis ten opsigte van hul probleemoplossingsvaardighede en die mate waarin konflik aanwesig was voor die dowe kind se geboorte, na te gaan. Volgens hulle sal dit vir die terapeut 'n aanduiding gee van die gesin se vermoë om aan te pas by die ekstra spanning en take wat 'n dowe kind te weeg bring. In aansluiting hierby is dit ook belangrik om navraag te doen na hoe die gesin nā die geboorte van die dowe kind en veral huidig, die ekstra spanning hanteer. Hier word weer eens eerstens aan die kommunikasiegaping gedink, met ander woorde hoe kommunikeer die horende en dowe gesinslede, watter aanpassings het hulle gemaak (indien enige) en is kommunikasie vir hulle 'n probleem of nie? Die laasgenoemde skrywers is verder van mening dat die prenatale houdings en verwagtings ook ondersoek moet word. Die volgende is hier van belang: Was die baba 'n beplande kind, al dan nie; het hulle pre-nataal besef dat die kind moontlik doof gebore sou word of het hulle 'n gesonde baba verwag?

'n Verdere aspek van belang is die mate waarin die gesin vertrouwd is met dowe persone. Het hulle enige geskiedenis van doofheid in hulle families, het hulle enige kontak met ander dowe persone of is doofheid vir hulle totaal onbekend?

Belangrike inligting is ook die gesinslede, veral die ouers, se reaksie toe hulle ontdek het dat hulle kind doof is.

Vir Hersch en Solomon (1973) is dit ook belangrik om na te gaan wat doofheid vir elke gesinslid beteken. Hierdeur kan vasgestel word wat die gesinslede se huidige houding teenoor die dowe gesinslid is. Ook word die gesinslede se kennis of onkundigheid oor doofheid en die implikasies daarvan, hierdeur sigbaar. Verder sal dit ook enige foutiewe aannames of gesinsmites rondom die dowe persoon na vore bring.

5.4 PROSES VAN GESINSTERAPIE

Dieselfde beginsels en tegnieke van strukturele gesinsterapie, wat vir gesinne wat nie 'n gestremde gesinslid het nie geld, geld ook vir die gesinne onder bespreking. Bo en behalwe die gewone beginsels en tegnieke is daar egter 'n paar fasette kenmerkend aan dië gesinne, wat in die terapie deurgewerk moet word sodat hul gesinsfunksionering verbeter kan word.

5.4.1 Die gesin se deurwerk van die rouproses

'n Uitstaande kenmerk van gesinne met 'n gestremde kind is die herhaalde beleving van die rouproses, aldus Black (1981). Hierdie rouproses is die gevolg van die verlies van die "normale" kind wat die ouers in hulle verwagtings gekoester het. Verskeie skrywers soos Altshuler (1974) en Liversidge en Grana (1973) is van mening dat gesinslede, meer spesifiek die ouers, 'n geleentheid moet kry om hulle onderdrukte gevoelens van skuld, woede en hartseer bewus te maak en uit te druk om die herhaling van die rouproses te voorkom. In die gesinsterapie kan die terapeut 'n warm en empatiese klimaat skep waarin die rouproses en onvoltooide emosies deurwerk kan word. Indien daar 'n gesinsmite bestaan wat verhoed dat sulke gevoelens uitgedruk word, moet die terapeut eers die mite afbreek ten einde die gesin in staat te stel om aan die rouproses te begin werk. Indien die gesinslede vry is van hul eie rouproses, sal hulle meer psigiese energie hê om positief en konstruktief aan te pas by die realiteite wat 'n dowe gesinslid te weeg bring. Uit die gevallestudies van Liversidge en Grana (1973)

en Allen en Allen (1981) (wat in hoofstuk drie bespreek is) het dit ook duidelik geblyk dat die deurwerk van die rouproses hierdie ouers in staat gestel het om hul kinders met doofheid positief te aanvaar. Die deurwerk van die rouproses is dus 'n essensiële faset van gesinsterapie met die gesinne onder bespreking.

5.4.2 Intervensies ten opsigte van kommunikasie

Die kommunikasie tussen die gesinslede is 'n verdere aspek wat altyd belangrik is in gesinsterapie. In terapie met die gesinne onder bespreking, moet dit egter spesifiek aandag geniet. Die mees algemene kommunikasieprobleme wat in gesinne voorkom, word deur Barker (1981) in hoofsaaklik drie groepe verdeel. Eerstens wanneer die kommunikasie nie voldoende is nie, dit wil sê die gesinslede voorsien mekaar nie van genoegsame inligting sodat hulle effektief kan funksioneer nie. Tweedens wanneer die kommunikasie tussen gesinslede nie duidelik is nie. Dit gebeur wanneer 'n persoon se verbale en nie-verbale kommunikasie teenstrydig is. Daar word ook daarna verwys as dubbele boodskappe wat gelyktydig uitgestuur word. Laastens kan kommunikasieprobleme ontstaan as die gesinskommunikasie indirek is. 'n Boodskap word dus via 'n ander gesinslid gerig aan die persoon vir wie die boodskap bedoel is.

Al drie hierdie tipes kommunikasieprobleme kan as gevolg van die gehoor- en spraakgestremtheid van een gesinslid, dikwels in sulke gesinne meer pertinent na vore kom. Die mees opvallende probleem is gewoonlik die onvoldoende kommunikasie. Dit word bevestig deur Freeman *et al.* (1975) se navorsing wat gevind het dat slegs 22% van horende ouers met dowe kinders, 'n nie-verbale taal aanleer om kommunikasie tussen hulle en hul kinders moontlik te maak. Die mate waarin die ouers so 'n taal aangeleer het, is volgens Wisch (1980) vir die terapeut ook 'n aanduiding tot hoe 'n mate hulle hul dowe kind aanvaar het. Dit is belangrik dat die terapeut die opvoedkundige en sosiale menings oor kommunikasiewyses met 'n dowe kind, waaraan die gesin blootgestel is,

ondersoek. Ook die gesin se eie gevoelens en menings daaroor en wat hulle gevind het, werk vir hulle in praktyk. Dit is belangrik dat die terapeut aandag gee aan gesinsverskille en -konflikte rondom kommunikasie. Voorts blyk dit, volgens die reeds bespreekte literatuur in hoofstuk drie, aangewese te wees om totale kommunikasie vir die gesin aan te bied as 'n sinvolle alternatief vir onvoldoende kommunikasie. Bo en behalwe die oorbrugging van bogenoemde aspekte, moet onvoldoende kommunikasie in die sin van te min inligting verskaf, ook aandag geniet in die terapeutiese proses.

Die realistiese beperkings wat daar tussen horende en dowe gesinslede bestaan, kan deur onduidelike of inkongruente kommunikasie vererger word. Soos aangedui uit die navorsing van Antony (1981) en Corliss (1981) in hoofstuk drie, is dit belangrik om die gesinslede sensitief te maak van die belangrikheid van kongruente verbale en nie-verbale kommunikasie, sodat dubbele boodskappe voorkom kan word. Die gesinslede moet dus bewus gemaak word dat alle gedrag kommunikasie is. Die belangrikheid van nie-verbale kommunikasie bied vir dié gesinne 'n medium wat hulle verder kan benut en verfyn om hulle kommunikasiegaping te oorbrug. Deur die intervensie om 'n gesin bewus te maak van inkongruente boodskappe, begin die terapeut om hierdie nie-funksionele gedragpatrone van 'n gesin uit te daag en te herstruktureer.

Soos in enige ander gesin, is direkte kommunikasie uiters belangrik om kommunikasie- en gesinsproblematiek te oorkom. Volgens Shapiro en Harris (1976) kom dit dikwels voor dat daar 'n sirkulêre verband bestaan tussen 'n dowe kind se gebrekkige kommunikasie en 'n alliansie wat tussen die kind en sy moeder vorm. Die alliansie veroorsaak dikwels dat alle gesinskommunikasie met die dowe kind via die moeder plaasvind, omdat sy die kind die beste verstaan en ook haarself die maklikste aan die kind verstaanbaar kan maak. Soortgelyke indirekte kommunikasie kan ook voorkom via 'n horende kind wat 'n oerlike rol in 'n gesin vertolk. Sulke indirekte kommunikasie-

patrone moet in gesinsterapie vervang word met direkte kommunikasiepatrone om skeefgetrekte gesinstrukture te voorkom. Alhoewel die aanleer van direkte kommunikasie tesame met die aanleer van totale kommunikasie, die gesins-terapeutiese proses heelwat vertraag, is dit dikwels die deurslaggewende terapeutiese intervensie in hierdie gesinne.

Alhoewel kommunikasieprobleme hier spesifiek bespreek is in terme van 'n dowe kind se effek op gesinskommunikasie, is dit belangrik om die drie tipes kommunikasieprobleme wat Barker (1981) noem, ook tussen die horende gesinslede, in terapie na te gaan.

'n Verdere belangrike intervensie ten opsigte van kommunikasie, is die terapeut se modellering van kommunikasie in sy interaksie met elke gesinslid, spesifiek met die dowe kind. Die terapeut kan deur middel van direkte en totale kommunikasie met die dowe kind vir die gesin leiding gee in dié verband. Verder kan die terapeut modelleer hoe gesigsuitdrukkings, oogkontak en duidelike uitspraak die kommunikasie tussen hom/haar en die kind bevorder. Deur telkens wedersyds uit te klaar of die kommunikasie duidelik en verstaanbaar is tussen die terapeut en die dowe kind, kan dit ander gesinslede motiveer om soortgelyke gedrag aan te leer.

Shapiro en Harris (1976, p. 91) beskryf in hul gevallestudie soortgelyke kommunikasieprobleme soos volg: "Communication between the deaf patient and family members was infrequent and invariably confused and mutually distorted." Verder beskryf Shapiro en Harris (1976, p. 92) ook die intervensies wat hulle gebruik het om die kommunikasieprobleme te verbeter:

"...and allow time for the patient to express her thoughts and feelings via the interpreter. To the surprise of the family, they learned that they had usually assumed that they understood what the deaf girl was communicating, only to discover through the

interpreter's skill and the persistent inquiries of the therapists, that they in fact misunderstood most of what she was trying to express. Conversely, the patient herself was made aware of her own mistaken assumptions about what family members were addressing to her."

5.4.3 Intervensies ten opsigte van die gesinstruktuur

Die mate waarin 'n horende gesin met 'n dowe kind se gesinstruktuur te kort skiet om effektief aan te pas by hul omstandighede, is 'n aanduiding van die mate wat die gesin oneffektief funksioneer. Intervensies om hierdie nie-funksionele gesinstruktuur te verander, sluit al drie groepe terapeutiese tegnieke in, naamlik : strukturering van; aansluiting by en herstrukturering van gesinstransaksies.

Vervolgens word 'n aantal intervensies voorgestel om die mees algemene probleme van die betrokke gesinne (soos uitgelig in hoofstuk drie) op te los.

Shapiro en Harris (1976), asook Freeman *et al.* (1975), bevind dat in die roltoewysings van horende gesinne met 'n dowe kind, die "swartskaaiprof" dikwels aan die dowe kind toegewys word en deur hom/haar aanvaar word. Gesinne waarin dit plaasvind, is geneig om die meeste gesinsproblematiek toe te skryf aan die feit dat daar 'n gestremde gesinslid in hulle gesin is. Indien dit wel voorkom, is dit 'n belangrike beginpunt om die struktuur van so 'n gesin te verander. Deur die herdefiniëring van die probleme in relasionele terme binne gesinsverband, kan die terapeut die fokus van die dowe kind wat 'n "swartskaaiprof" vertolk, aflei en 'n nuwe perspektief ten opsigte van gesinsprobleme vestig. Alternatiewe intervensies kan wees om die gesin direk bewus te maak van die dowe kind se "swartskaaiprof", of dat gesinslede aan mekaar rolle toeken, of deur spesifieke take aan die gesin voor te skryf wat hierdie "swartskaaiprof" van die dowe kind verbreek.

Sowel Aponte en Van Deusen (1981) in Gurman *et al.* (1981) as Minuchin (1974), is van mening dat duidelike grense en definiëring van die sub sisteme binne die gesin, essensieel is vir effektiewe funksionering. Die terapeut se taak is dus dikwels om grense te herstel, somtyds moet hy grense opbou en bevestig en somtyds rigiede grense oop en toeganklik maak. Hierdie intervensies geld ook vir die gesinne onder bespreking.

Duidelike semi-deurlaatbare grense tussen veral die ouer-, die huwelik- en die kindersub sisteme binne 'n horende gesin met 'n dowe kind, is net so belangrik as in enige ander gesin. In hoofstuk drie is aangedui dat daar uiteenlopende menings is oor die effek van 'n dowe kind op die huweliks sub sisteem. In die gesinne waar 'n dowe kind wel huweliksprobleme veroorsaak, is dit 'n aanduiding dat die grense van die huwelik sub sisteem diffuus is en maklik oorbrugbaar vir die kind is.

Die terapeut kan die probleem op verskeie wyses hanteer. Eerstens is dit belangrik om die deurdringbaarheid van die grense te eksplorieer en na te spoor. Hierdie intervensies alleen, kan reeds vir die ouers bewusmaak dat duidelike grense rondom hulle huweliks sub sisteem nie net toelaatbaar is nie, maar essensieel is vir gesonde gesinsfunksionering. Die terapeut begin in die terapie duidelike semi-deurlaatbare grense te trek, deur die blokkering van die kinders uit interaksies wat primêr verband hou met die huwelik. Die voorskryf van 'n gesin staak, byvoorbeeld dat man en vrou alleen sekere tye saam moet spandeer, is 'n verdere intervensie wat gebruik kan word. Positiewe versterking van die man en vrou se spontane trek van duidelike grense, is ook baie belangrik. Die uitbreiding en ontwikkeling van die huwelik sub sisteem se volle potensiaal is ook belangrik vir die hele gesin se funksionering. 'n Rollespel (enactment) tussen die egpaar kan vir die terapeut 'n geldige aanduiding van hul funksionering as 'n sub sisteem gee. Slaag hulle daarin om mekaar onderling te ondersteun, om sinvol te kommunikeer; of kommunikeer hulle via 'n ander gesinslid of die terapeut,

of kommunikeer hulle onvoldoende of oneffektief? Sinvolle kommunikasie tussen twee ouers is essensieel voordat sinvolle kommunikasie tussen 'n horende ouer en 'n dowe kind moontlik sal wees. Deur duidelike grense te stel en sinvolle kommunikasie binne die huweliksstelsel te inisieer, word die hele gesinstruktuur positief beïnvloed.

Heelwat problematiek in die gesinne onder bespreking, ontstaan dikwels in die ouer-kindsstelsel. In die vorige hoofstuk is daar aangedui dat die gesinstruktuur maklik skeefgetrek kan word as daar 'n alliansie tussen die moeder en die dowe kind in stand gehou word deur verskeie faktore. Dit veroorsaak dikwels dat die vader op die periferie gehou word en so-ook die ander kinders, indien enige in die gesin. Die faktore wat die alliansie tussen die moeder en die dowe kind in stand hou, moet geëksplorieer, nagegaan en opgeklaar word. Indien die moeder die persoon is deur wie die dowe kind en die gesin met mekaar kommunikeer, moet die kind en die moeder gedifferensieer word, deurdat elkeen in die gesin direk met die kind kommunikeer. 'n Herdefiniëring van die dowe kind as 'n onafhanklike persoon, is belangrik vir sy eie ontwikkeling.

Gregory (1976) het gevind dat vaders as gevolg van hul eie ongemak en ook as gevolg van hul beperkte tyd, dikwels hulle eie perifere rol versterk. 'n Gesinstelsel vir die vader en die dowe kind sonder die oorbetrokke moeder, kan 'n waardevolle interkasie wees om die vader meer betrokke te kry en die skeefgetrekte gesinstruktuur te herstel. Meer buigbare en funksionele vader- en moederrolle moet in die ouer-kindsstelsel bevestig word.

Problematiek in die ouer-kindsstelsel kom ook dikwels voor in die dubbele standaard waarmee hulle 'n dowe kind en 'n horende kind hanteer en dissiplineer. Die dubbele standaard of reëls waarvolgens die gesinslede optree, is ook dikwels die oorsaak van oneffektiewe gesinstrukture.

Hierdie inkonsekwente en rigiede gesinreëls ten opsigte van dissipline, moet deur die terapeut bewus gemaak word en die effek daarvan op die gesinsinteraksie kan deur nie-verbale tegnieke aan die gesin uitgewys word. Konsekwente optredes teenoor die kinders, asook wedersydse ondersteuning van ouers, moet deur die terapeut positief versterk word. Indien dubbele standaarde in die ouer-kindersubstelsiem voorkom, het dit ook 'n invloed op die struktuur van die kindersubstelsiem, soos bespreek in hoofstuk drie. Dit mag daartoe aanleiding gee dat 'n horende kind 'n ouerrol vertolk. Deur die bevestiging van duidelike grense word so 'n kind bevry van 'n ouerrol en die ekstra take wat daarmee saam gaan. Die ekstra take wat 'n dowe kind meebring, moet eweredig verdeel word tussen gesinslede, verkieslik tussen die ouers. Dubbele standaarde veroorsaak ook dikwels konflikverhoudings tussen die kinders onderling. Duidelike grense tussen die huwelik- en die kindersubstelsiem moet in die terapie getrek word, sodat die kinders self onderling hulle konflikte kan oplos sonder die ouers se inmenging en moontlike oorbeskerming van die dowe kind.

Gesinsterapeute kan die gesinne onder bespreking help om meer effektief te funksioneer, alhoewel hulle nooit die kind se doofheid kan verwyder nie. Om hierdie rede is dit belangrik dat die terapeut deurentyd die realistiese implikasies wat 'n dowe kind (as gevolg van spesiale skolastiese en kommunikasie-opleiding; finansiële onkoste, eise wat die horende samelewing aan die dowe kind asook sy gesin stel; professionele blootstelling; gebrek aan kommunikasievaardighede tussen horende en dowe gesinslede) op die gesinstruktuur het, ingedagte hou.

Uit goed aangepaste gesinne met 'n dowe kind, blyk dit egter duidelik dat die realistiese implikasies wat 'n dowe kind meebring, nie sodanig is dat dit normale gesinstrukture en gesinsaanpassing ingrypend behoort te strem nie. Die terapeut moet dus duidelik onderskei watter gesinstrukture

funksioneel is en watter nie. Nie-funksionele gesinstrukture moet slegs verander word as dit daartoe lei dat 'n gesin meer effektief aanpas by hul spesifieke omstandighede. Dit is egter ewe belangrik dat 'n terapeut die funksionele gesinstrukture en ook die gesin se positiewe punte in aanpassing, sterk beklemtoon en benut om 'n nuwe en positiewe perspektief van die gesin in terapie te bevestig.

Black in Bentovim *et al.* (1981, p. 437) som gesinsterapie met gesinne met 'n gestremde kind soos volg op:

"Living with a severely handicapped child is a constant and unremitting strain for parents, and although we can use our skills to improve family functioning, it is imperative that we remember the burdens these families bear. They have much to teach us about courage and endurance, and about how to find pleasure in the almost imperceptible development of the most handicapped children.... Children with handicaps need not produce handicapped families."

HOOFSTUK 6

DIE GEBRUIK VAN SPEL IN GESINSTERAPIE

6.1 ONTWIKKELING VAN SPEL AS TERAPEUTIESE MEDIUM

Die gebruik van spel as terapeutiese medium is vir die eerste keer in 1909 deur Freud gebruik in sy spelanalise van Klein Hans. Freud het die speltherapie primêr gebruik om die rol wat infantiele seksualiteit in neurotiese simptome van volwassenes speel, na te gaan. Hy het egter nie sy idees rondom spelanalises uitgebrei nie. Ander psigo-analiste soos Anna Freud (1928), Melanie Klein (1932) en Magaret Lowenfield (1939), ontwikkel die psigo-analitiese gebruik van spel verder. Freud (1928) en Klein (1932) maak primêr van vrye spel-aktiwiteite gebruik. Beide sien spel as die medium waardeur 'n kind uitdrukking gee aan sy onbewuste behoeftes en konflikte. (Haworth, 1964).

In die laat veertiger jare vind daar 'n nuwe ontwikkeling plaas in die gebruik van spel as medium in terapie. Axline (1947) ontwikkel haar non-direktiewe speltherapie wat sy baseer op die beginsel van Rogers se kliëntgesentreerde psigoterapie. Die verhouding tussen die terapeut en die kind word deur Axline as die belangrikste element in terapie beskou. Die regte terapeutiese verhouding volgens Axline, word gekenmerk deur onvoorwaardelike aanvaarding en 'n permissiewe houding wat vrye spel en selfekspresie fasiliteer. Moustakas (1953) met sy eksistensiële benadering tot speltherapie, sluit by Axline aan deur ook die verhouding tussen die terapeut en die kind as die deurslaggewende faktor in die sukses van speltherapie te sien.

In die sewentiger jare ontwikkel 'n meer eklektiese benadering in speltherapieë. Die terapeute gebruik aspekte van beide die psigoanalitiese en die non-direktiewe speltherapie. Voorbeelde van eklektiese terapieë is die van Winnicot (1971) en Mook (1978). Winnicot (1971) is van mening dat 'n kind se spel inherent alleshet wat terapeuties nodig is, omdat die

terapeutiese suksesse voorkom wanneer die kind hom/haar self in speltherapie verras en nie wanneer die terapeut 'n goeie interpretasie maak nie. Hy fokus primêr op die kind se eie groeipotensiaal alhoewel hy van psigo-analitiese tegnieke gebruik maak wanneer fiksasies in die kind se ontwikkeling voorkom. Gildehuys (1980) toon aan hoedat Mook (1978) in haar meer eklektiese benadering klem lê op sensoriese betrokkeheid in speltherapie (deur middel van die aktivering van 'n kind se verbeelding), sowel as op die interpersoonlike verhouding waarbinne die spel plaasvind.

In die bogenoemde speltherapieë is die kind met probleme hoofsaaklik individueel in speltherapie behandel. Alhoewel selde, het sommige terapeute spel as terapeutiese medium in groepe gebruik, byvoorbeeld Axline (1947). Die gesin van 'n kind in speltherapie is egter selde betrek, indien wel, is die ouers meestal net toegelaat om passief waar te neem. Die verantwoordelikheid om die spelaktiwiteite te bepaal was totaal op die kind geplaas en die terapeut se rol was non-direktief en/of interpreterend.

Spel as terapeutiese medium het vanaf die vroeg sewentiger jare verder veranderinge en ontwikkeling ondergaan. In Schaefer *et al.* (1983) bespreek Peoples sy "Fair Play Therapy" wat hy grootliks op Glasser se realiteitsterapie baseer. Hy gebruik spel om die kind met probleme die geleentheid te gee om probleemoplossingsvaardighede asook interpersoonlike-vaardighede aan te leer. Die terapeut se rol in "Fair Play Therapy", is aktief en die terapeut stel ook eksplisiete eise vir aanvaarbare gedrag aan die kind. Die terapeut benut spesifieke spelaktiwiteite soos vingerpoppe, die pophuis, modelleerklei en verfaktiwiteite.

Nickerson en O'Laughlin bespreek in Schaefer (1983) hoe selfs kommersiële en ander gestruktureerde speletjies as hulpmiddel in psigoterapie met kinders gebruik word. 'n Voorbeeld waarna laasgenoemde skrywers verwys is die

"Squiggle Drawing Game" van Claman (1980) wat hy as hulpmiddel gebruik om weerstand van kinders in terapie te verminder. Verder bespreek Nickerson en O'Laughlin verskeie speletjies wat deur terapeute as kern van die terapeutiese proses aangewend word, waaronder Schachter (1975) se "Kinetic Psychotherapy". Dit is 'n tipe groepterapie wat bekende kinderspeletjies as medium gebruik binne 'n bepaalde terapeutiese proses. In Jernberg (1979) se "Theraplay" word gestruktureerde spelaktiwiteite ook primêr gebruik om die terapeutiese verhouding tussen die kind en die terapeut op te bou. Die gestruktureerde spelaktiwiteite word gekenmerk deur fisiese kontak, intimiteit en plesier. "Theraplay" word deur Jernberg met individue, groepe en gesinne gebruik.

Die rasionaal vir die gestruktureerde spelaktiwiteite wat Jernberg (1979) in "Theraplay" gebruik, fundeer sy op die interaksionele aard van die vroeë moeder-kindverhouding, asook die belang daarvan vir die kind se verdere ontwikkeling. Sy beskryf die moeder-kindverhouding net na geboorte as primêr konkreet en fisies. Die moeder vertroetel en versorg hom, speel met hom, verras hom, en daag hom uit en stel perke aan hom. Dit lok sekere reaksies by die kind uit wat die moeder se verdere reaksies beïnvloed. Die effek wat hierdie vroeë moeder-kind interaksie op die kind het, beskryf Jernberg (1979, p. 5) soos volg: "The baby comes to see himself as clearly differentiated, attractive, safe, enjoyable to be with, lovable and capable of making an impact."

Die kommunikasieproses tussen die moeder en kind soos deur Jernberg (1979) beskryf, bestaan aanvanklik hoofsaaklik uit wedersydse nie-verbale gedrag omdat die kind nog glad nie simbole en abstrakte begrippe kan gebruik nie. Gevolglik is hulle wedersydse kommunikasie pre-verbaal en pre-simbolies. Deur die gestruktureerde spelaktiwiteite word die vroeë moeder-kind interaksies deur die terapeut en die kind in die terapie op 'n genotvolle en speelse wyse herhaal. Hierdie gestruktureerde spelaktiwiteite word deur Jernberg in vier groepe aktiwiteite verdeel: vertroeteling, uitdaging, indringing en strukturering.

Die kombinasie waarin hierdie aktiwiteite gebruik word, word deeglik deur die terapeut beplan na gelang van die probleem van elke kind.

Die rol van die spelterapeut het vanaf die sewentiger jare merkbaar verander. Die terapeut vertolk meestal 'n meer aktiewe en direkte rol en is verantwoordelik vir die beplanning en strukturering van die spelaktiwiteite wat terapieë gebruik word. In bostaande bespreking van die ontwikkeling van spel as terapeutiese medium, blyk dit duidelik hoe die klem geleidelik verskuif het van 'n intrapsigiese na 'n meer interpersoonlike gebruik van spel. Die interpersoonlike gebruik van spel is egter hoofsaaklik beperk tot individuele- en groepsterapie en gesinne is selde direk en aktief betrek in bogenoemde speltherapieë. Ouers is soms betrek vir oerleiding, individuele psigoterapie of om hul kinders se speltherapieë passief waar te neem. Jernberg (1979) was van die eerste spelterapeute wat in haar "Family Theraplay" die ouers direk en aktief betrek het in speltherapie met hul kinders.

Vanaf die vroeë sestiger jare ontwikkel gesinsterapie, gefundeer op die algemene sisteemsteorie, as 'n nuwe benadering tot die evaluering en behandeling van kinderproblematiek. Die gesinsterapeut beskou die kind met probleme as 'n inherente deel van 'n gesinsisteem. Hierdie gesinsisteem gee aanleiding tot die kind se problematiek of hou die kind se problematiek in stand. Op grond van dié gesinsterapeute se siening dat die kind se problematiek die gevolg van 'n nie-funksionele gesinsisteem is, word die hele gesin direk en aktief in die terapeutiese proses betrek. Die gesinsterapeute het dus wegbeweeg van speltherapie as die primêre behandelingsmetode van kinders met probleme.

In gesinsterapie is dit belangrik dat al die gesinslede sinvol betrek word in die terapeutiese proses. Omdat die gesinsterapeutiese proses aanvanklik meer verbaal was, en

dus moeilik verstaanbaar vir jonger kinders, het sommige gesinsterapeute spesifieke tegnieke ontwikkel om dié kinders sinvol by dié proses te betrek (Barker, 1981). Hierdie tegnieke het meestal spel as terapeutiese medium op een of ander wyse benut. Simon (1972) se "Sculpting" tegniek; Irwin en Malloy (1975) se "Family Puppet Interview" in Schaefer *et al.* (1983); Dare en Lindsay (1979) se gebruik van 'n stamboom (geneogram) in gesinsterapie; asook Ziegler (1980) se "Task-focused" terapie met gesinne, is voorbeelde hiervan. In hierdie tegnieke word spel net vir gedeeltes van gesinsterapie sessies gebruik en meestal net as 'n hulpmiddel vir die evaluering van gesinsfunksionering en gesinsproblematiek.

Terapeute soos Andolfi (1979), Dare en Lindsay (1979), Jernberg (1979) en Griff in Schaefer *et al.* (1983), is oortuig dat spel nie net as 'n gesinsterapeutiese evalueringstegniek gebruik kan word nie, maar dat spel inherent terapeutiese waarde het en in gesinsterapie veral met jong kinders essensieel is.

6.2 RASIONAAL VAN SPEL AS TERAPEUTIESE TEGNIEK IN GESINSTERAPIE

6.2.1 Spel as natuurlike wyse van selfekspresie by die kind

Andolfi (1979) wys uit dat in die laaste vyftig jaar kinders as persone met hul eie individualiteit beskou is en nie bloot as miniatuur grootmense nie. Volgens hom het hulle dus die reg om hul gedagtes, gevoelens en opinies uit te druk in hulle eie idioom, naamlik spel. Gevolglik is Andolfi (1979) van mening dat spel die een uitstaande tegniek is om jong kinders sinvol by die proses van gesinsterapie te betrek. Hierdie standpunt word deur skrywers soos Griff in Schaefer *et al.* (1983), La Monte Ohlson (1974), Orgun (1973) en Sheedy (1978) ondersteun. Spel in die terapeutiese opset, stel 'n kind op sy gemak en stel hom in staat om hom/haarself op 'n natuurlike wyse uit te druk, aldus Dare en Lindsay (1979).

Andolfi (1979) noem verder dat die aanmoediging van die kinders se spel daartoe lei dat beide ouers en kinders meer optimisties voel en gemotiveer is om deel te neem aan terapie.

6.2.2 Spel as kommunikasiewyse van die kind

Die kind se spel kan primêr as 'n nie-verbale wyse van kommunikasie beskryf word. Aspekte van nie-verbale kommunikasie wat in spel na vore kom is onder andere liggaamsbeweging, tas, gesigsuitdrukking, oogkontak, toonhoogte van stem asook persoonlike en interpersoonlike gebruik van spasie. Deur hierdie nie-verbale aspekte van spel kommunikeer kinders enersyds belangrike boodskappe binne hul sosiale konteks en andersyds is dit vir kinders 'n wyse waarop hulle hul emosies kan uitdruk. In teenstelling met jong kinders wat volgens Orgun (1973) hoofsaaklik deur middel van spel nie-verbaal kommunikeer en op 'n konkrete wyse fantaseer en dink, kommunikeer die ouers en ouer kinders in 'n gesin primêr verbaal en dink en fantaseer hulle op 'n abstrakte wyse. Andolfi (1979) sien dit as die gesinsterapeut se taak om beide hierdie wyses van kommunikasie en denke te akkommodeer en verstaanbaar te maak binne 'n gesinsterapeutiese situasie.

Die kind se onvermoë om sy ouers se verbale kommunikasie te verstaan, word deur die gebruik van spel in gesinsterapie oorkom. Die rede hiervoor is dat 'n kind betekenis en gevolgtrekkings van spel kan aflei, aldus La Monte Ohlson (1974). Ziegler (1980) sluit by hierdie opinie van La Monte Ohlson aan en hy fundeer die gebruik van spel met kinders in gesinne op Piaget se bevindings dat kinders leer deur konkrete interaksie met hulle omgewing. Soos Ziegler (1980, p. 116) dit stel:

"Children learn through doing. They clarify - through their own experimentation attitudes and strategies for solving problems, as well as coming to know themselves."

Vir die gesinslede wat primêr verbaal kommunikeer, lei die gebruik van spel tot die bewuswording dat alle nie-verbale gedrag in 'n interaksionele situasie kommunikasie is. (Watzlawick *et al.* 1967).

6.2.3 Spel as 'n aanvaarbare interaksie wyse tussen ouer en kind

Die rasionaal wat Jernberg (1979) stel vir die gebruik van gestruktureerde spelaktiwiteite in gesinsverband (Family Theraplay), stem ooreen met die rasionaal soos reeds bespreek vir "Theraplay". Sy is van mening dat die gestruktureerde spelaktiwiteite (vertroeteling, uitdaging, indringing en struktuur) vir die gesin 'n aanvaarbare en effektiewe wyse is waarop hulle hul patologiese interaksies kan verander. Hierdie spelaktiwiteite is ook 'n sinvolle media waardeur hulle met mekaar op 'n nie-verbale vlak kan kommunikeer. Verder lig sy ook toe hoedat die spelaktiwiteite die potensiële bindingsproses wat tussen die ouer en die kind bestaan, weer in werking kan stel by problematiese ouer-kindverhoudings.

6.3 WYSES WAAROP SPEL IN GESINSTERAPIE GEBRUIK WORD

Spel as terapeutiese tegniek word deur skrywers soos Andolfi (1979) en Griff in Schaefer *et al.* (1983), as 'n bruikbare deel van die groter geheel van 'n gesinsterapie beskou en nie as 'n terapeutiese entiteit wat losstaande van die breë raamwerk van gesinsterapie toegepas kan word nie. Soos Andolfi (1979, p. 92) dit stel: "Clearly, play that is activated in a therapeutic session is not an end in itself, but contains the basic premises of a broader therapeutic strategy whose objective is to promote change." Die tegniek word dus in die verloop van 'n gesinsterapie gebruik om definitiewe doelwitte te bereik. Doelwitte wat deur middel van spel in gesinsterapie bereik kan word is onder andere:

- Die akkommodering van die gesinsisteem deur middel van spel
- Die versameling van inligting oor die gesinsisteem deur middel van spel
- Die herstrukturering van die gesinsisteem deur middel van spel

Die doelwitte word vir teoretiese oorwegings so ingedeel, in praktyk is hulle egter oorvleuelend. Vervolgens word hierdie doelwitte volgens Andolfi (1979) bespreek.

6.3.1 Akkomodering van 'n gesinsisteam

Jong kinders in 'n gesin se spelaktiwiteite, bied vir die gesinsterapeut 'n gulde geleentheid om die gesinsisteam te akkomodeer indien die terapeut daarin kan slaag om deur die benutting van die kinders se bewegings en aksies, 'n gemeenskaplike ontmoetingsarea tussen die kinders en volwassenes te skep. Die terapeut moet egter in sy benutting van spel as 'n akkomodasie-tegniek, steeds toepaslik ten opsigte van die gesin in terapie, met hulle in interaksie tree. Soos Minuchin (1974) dit stel, die terapeut moet die gesin se organisasie en styl aanvaar en met hulle saamsmelt deur mimeuse van hulle interaksies. Die spelaktiwiteite wat gebruik word, moet die gesinslede op hulle gemak stel en 'n wedersydse atmosfeer van vertroue skep.

'n Uitstaande kenmerk van spel as akkomodasie-tegnieke is die uitwerking wat dit het om die terapeutiese konteks positief te herdefinieer, asook om die affektiewe gemoedstemming van 'n gesin so te verander dat dit die terapeutiese proses fasiliteer. Minuchin (1974, p. 133) gee 'n voorbeeld waar hy met 'n tien maande oue baba op die vloer sit en speel het: "The mood of the family changes, and the blaming mother of the soiling identified patient, becomes the proud mother of the active happy infant." Die volgende voorbeeld van Andolfi (1979) illustreer die gebruik van spel as akkomodasie-tegniek ook baie duidelik. Die spesifieke gesin se aanmeldingsprobleem was die vrese en onsekerheid van hul dertienjarige seun. Die vader was egter deurentyd verbaal verwerpend en dié seun het deurentyd passiewe weerstand getoon. Andolfi (1979, p. 91) het die energie wat beide die vader en seun in laasgenoemde gedrag gesit het, konstruktief benut deur hulle 'n "armdruk" speletjie te laat speel:

"A physical confrontation would require active expression of their mutual hostility and direct physical contact, but it would also permit affective contact. The father could demonstrate his 'competence' to his son, and the son could respond by accepting the challenge, thereby

demonstrating selfconfidence. The therapist, by acting as arbitrator, was able to enter more directly into the family system and was accepted by both father and son."

6.3.2 Evaluering van 'n gesinsisteem

Tydens die insamelingsproses van belangrike inligting oor 'n gesinsisteem se struktuur en funksionering, is die terapeut aangewese op die verbale sowel as die nie-verbale inligting wat die gesin bied. Die mate van kongruensie tussen die verbale en nie-verbale boodskappe van die gesin is bruikbare inligting vir die gesinsterapeut. Nie-verbale kommunikasiewyses van 'n gesin openbaar dikwels belangrike interaksies wat die gesinsisteem bepaal. Gesinslede is gewoonlik nie van hierdie gesinsinteraksie bewus nie en/of ook nie in staat om daarvoor te gesels nie. Dienooreenkomstig bied spel ook vir die terapeut die geleentheid om sulke gesinstransaksies waar te neem binne 'n konteks wat kinders op hul gemak stel en die ouers nie die gevoel gee dat hulle geëvalueer word nie, aldus Dare en Lindsay (1979).

Andolfi (1979) sluit hierby aan en is van mening dat bloot die gesinne se reaksies op die intervensie van spel baie inligting oor die gesinfuksionering na vore bring. Belangrike aspekte waarna 'n terapeut kan kyk, is onder andere wie neem eerste inisiatief; wie organiseer die spel en lê die reëls neer; wie word uitgelaat; wie is in watter span; wie neem spontaan deel? Die rigiditeit van die gesinsisteem en/of sy subsysteme kan ook duidelik waargeneem word in die gesinslede se bereidwilligheid om aan toepaslike spelaktiwiteite deel te neem.

'n Duidelike voorbeeld waar 'n spelaktiwiteit gebruik word om meer inligting omtrent die gesin se sisteem te bekom, is die "Sculpting" tegniek, ontwikkel deur Frederick Duhl en medewerkers in die vroeë sewentiger jare (Barker, 1981).

"Sculpting" is 'n gesinsterapeutiese tegniek waardeur die verhoudings tussen gesinslede deur middel van die vorming van 'n fisiese voorstelling afgebeeld word. Die fisiese voorstelling wat deur een van die gesinslede gedoen word, vind plaas deur die rangskikking van die ander gesinslede, elk in 'n kenmerkende posisie binne 'n drie dimensionele ruimte. Die fisiese voorstelling simboliseer die verskeie emosionele posisies van elke gesinslid in verhouding tot elke ander gesinslid, volgens die "beeldhouer" se siening en beleving daarvan. Nadat die "beeldhouer" 'n voorstelling voltooi het en hy homself ook geplaas het binne die voorstelling, word die gesinslede gevra om van hul gevoelens wat hul beleef in die spesifieke fisiese posisie, waarin hul geplaas is, te deel. Dit bied baie bruikbare en konkrete materiaal wat terapeuties deurwerk word.

Verskeie aspekte van 'n gesin kan so uitgebeeld word. Walrond-Skinner (1976) noem dat 'n gesin se huidige funksionering enersyds en hul ideale funksionering (wat dan die terapeutiese doelwitte kan verteenwoordig) andersyds, voorgestel kan word. Gesinsrolle en spesifieke gesinskonflikte kan ook deur 'n gesinslid uitgebeeld word, aldus Andolfi (1979). Die verskeie moontlikhede wat voorgestel kan word, word deur Hearn en Lawrence (1983) volledig opgesom. Hulle is van mening dat 'n gewone gesinsinteraksie (die kyk van televisie), 'n ongewone gesinsinteraksie ('n spesifieke gesinskonflik) of 'n fantasie oor 'n gesinsinteraksie (magsverhoudings), in die verlede, hede of toekoms uitgebeeld kan word. Die terapeut bepaal wie die "beeldhouer" is, op grond van die terapeutiese proses asook die doelwit waarom die tegniek toegepas word. Die rol van die terapeut is hoofsaaklik om die tegniek voor te stel, die "beeldhouer" te ondersteun, die proses te monitor en proseskommentaar te lewer.

6.3.3 Herstrukturering van 'n gesinsisteam

Die herstrukturering van 'n gesinsisteam deur middel van spel, kan op verskeie wyses plaasvind. Volgens Andolfi (1979) kan die realiteit van 'n geïdentifiseerde nie-funksionele

gesinsinteraksie aan 'n gesin geïllustreer word deur dit te omskep in 'n spelsituasie. So 'n spelsituasie kan die gesinslede bewus maak van die beperkings van hul wyses van interaksie en hulle aanmoedig om nuwe wyses van interaksie te eksploreer. Byvoorbeeld as 'n kind in kontrole van sy ouers is en hulle dit nie besef, kan die terapeut die gesin 'n balspeletjie laat speel waar die kind die spelreëls verander net wanneer en soos hy wil. Hierdeur word die ouers op 'n nie-verbale vlak bewus gemaak van hul probleem.

'n Spel situasie kan ook gebruik word in die geval waar die verbale en nie-verbale boodskappe teenstrydig is. Die spel-aktiwiteit word so gestruktureer dat alleen die eksplisiete verbale boodskap gebruik word, terwyl die implisiete nie-verbale boodskap geïgnoreer word. Die gevolg hiervan is dat die teenstrydigheid van die boodskap en die kern van die probleem in die verloop van die spel duidelik na vore kom, sonder dat die gesinslede dit onhanteerbaar traumaties ervaar. 'n Voorbeeld wat Andolfi (1979) gee om hierdie tipe intervensie te illustreer, is een van 'n gesin waarvan die aanmeldingsprobleem hul tienjarige dogter se diefstal was. Die vader se boodskappe aan sy vrou was inkongruent. Verbaal het hy sy vrou geprys dat sy 'n ideale moeder is en nie-verbaal het hy haar geboikot en haar implisiet beskuldig dat haar onvermoë om die kinders op te voed, aanleiding gegee het tot hul dogter se gedragsprobleme. Die terapeut het toe alleenlik die verbale boodskap van die man beklemtoon deur die vrou en die kinders in 'n spelsituasie te plaas, wat sy sowel as die kinders geniet het, terwyl haar man hulle van agter die eenrigtingspieël moes waarneem. Hierdie intervensie het die inkongruensie, wat voorheen verandering in die gesin bemoeilik het, uit die weg geruim.

Die fisies intieme, dog genotvolle gestruktureerde spel-aktiwiteit van Jernberg (1979), bied ook vir die terapeut wye moontlikhede om alternatiewe wyses van interaksies vir 'n gesin moontlik te maak. Navorsingsresultate van Sheedy

(1978) bevestig dat soortgelyke spelaktiwiteite in gesinstherapie terapeutiese verandering gefasiliteer het. Jernberg (1979) se "Family Theraplay" wat slegs die ouers en die geïdentifiseerde pasiënt betrek, kan uitgebrei word na 'n intervensie wat die hele gesin betrek. Na die evaluasie van 'n gesinstruktuur, kan die aktiwiteite sinvol beplan word om die gesin te herstruktuur. Byvoorbeeld in 'n gesin waar 'n vader se outoriteit ondermyn word, kan die vader se outoriteitsrol herbevestig word deur 'n eenvoudige speltjie soos "volg-die-leier" te speel, met die vader as leier. Indien daar 'n "swartskaaipro" aan 'n kind in die gesin toegewys is, kan die kind byvoorbeeld deur die res van die gesin, in 'n kombes gewieg word.

6.4 BEPLANNING VAN SPELAKTIWITEITE VIR GESINSTERAPIE

Noukeurige beplanning is 'n vereiste om spelaktiwiteite as 'n suksesvolle intervensie in gesinstherapie te gebruik. Die beplanning hang primêr van die spesifieke gesin se sosiale konteks, ontwikkelingsfase, interaksies en struktuur af. Hieruit volg dit logies dat 'n spelaktiwiteit toepaslik moet wees vir die kultuur en ontwikkelingsfase waarin 'n gesin hom bevind. Vir 'n gesin met kinders in adolessensie en vroeë volwassenheid, is dit byvoorbeeld ontoepaslik om mekaar in 'n kombes te wieg. Die gesin se spesifieke gesinstruktuur sal bepaal watter gesinslede aan 'n spesifieke spelaktiwiteit deelneem. 'n Oorbetrokke moeder kan byvoorbeeld vir 'n paar sessie uitgesluit word. Die spesifieke stadium van terapie wanneer die spelaktiwiteite geïmplimenteer word, is ook belangrik. Ook die doel waarom spel gebruik word, soos reeds hierbo bespreek.

Daar is egter bo en behalwe bogenoemde aspekte, 'n aantal wenke wat ingedagte gehou moet word by die beplanning van aktiwiteite. Beide die ouers en die kinders moet sover as moontlik betrek word in die skep van die spelaktiwiteite. Daardeur word veral die ouers se rol dadelik verander van 'n passief waarnemende ouer, tot 'n aktief deelnemende ouer,

aldus Griff in Schaefer (1983). Deurdat die terapeut nie te sentraal is in die proses nie, kan die veralgemening van hierdie intervensie na die gesin se alledaagse lewe, vinniger plaasvind.

Dit is ook belangrik om slegs op een, hoogstens twee, spesifieke doelwitte per sessie te fokus. Deur die langtermyn doelstelling op te breek in klein hanteerbare en maklik bereikbare stappe, kan die gesin vinniger progressie sien en suksesvolle verandering beleef.

'n Belangrike aspek wat baie duidelik in Jernberg (1979) se werk na vore kom, is die feit dat die spelaktiwiteite vir die gesin positief en genotvol moet wees. Hierdie aspek word deur verskeie skrywers beklemtoon. (Andolfi, 1979; Griff, 1983; La Monte Ohlson, 1974 en Sheedy, 1978). Soos reeds bespreek is dit 'n deurslaggewende faktor om die terapeutiese konteks positief te herdefinieer asook om die gesin se gemoedstemming terapeuties te verander.

Die hulpmiddels wat in die spelaktiwiteite gebruik word, moet eenvoudig en hanteerbaar wees, aldus La Monte Ohlson (1974). Jernberg (1979) beklemtoon dat hulpmiddels tot die absolute minimum beperk word sodat dit impliseer dat die gesinslede primêr die belangrikste spelobjekte moet wees.

Die belangrikste aspek wat die gesinsterapeut in die beplanning van spelaktiwiteite in gedagte moet hou, is dat die spelaktiwiteite nie as sodanig die fokus is van die gesinsterapie nie. Dit is die nie-verbale en interaksionele aard van die spelaktiwiteite wat terapeuties benut word.

6.5

DIE ROL VAN DIE TERAPEUT

Die terapeut wat spel as terapeutiese intervensie in gesinsterapie gebruik, vertolk 'n terapeutiese rol met verskeie fasette. Hy moet dikwels die rol van gesinsterapeut, opvoeder, spelfasiliteerder, model en speler vertolk. Die terapeut moet dus maklik van rol kan verander. Essensieel in die

opleiding van so 'n terapeut is dat hy onderlê moet wees in die beginsels van sowel gesinsterapie as speltherapie.

Deur die gebruik van spel in gesinsverband (dit wil sê met volwassenes en kinders) kan sommige terapeute meer blootgestel voel as wanneer hulle individuele speltherapie met 'n kind alleen doen. Dit is egter belangrik dat die terapeut gemaklik en selfversekerd voel om aktief en direktief betrokke te wees in spelaktiwiteite, aldus Griff in Schaefer *et al.* (1983). Die mate van selfvertroue waarmee die terapeut as model en spelfasiliteerder optree, bepaal ook direk die terapeutiese impak van spel as intervensie.

Griff in Schaefer (1983) bespreek hoe die rol van die terapeut verander soos die terapeutiese proses in geheel verloop. Gedurende die eerste aantal gesinsessies verskil die terapeut se rol weinig van die van ander gesinsterapeute en behels onder andere die aansluiting by die gesin, die evaluering van die gesin en die strukturering van die terapeutiese situasie. Indien spel gebruik word by die aansluiting by en evaluering van die gesin, verskil die terapeut se rol slegs daarin dat hy/sy dit op 'n meer nie-verbale wyse doen as wat gewoonlik die geval is. Indien die gebruik van spel as primêre intervensie wyse hierop volg, verander die rol van die terapeut na 'n meer aktiewe en direktiewe rol. Die terapeut modelleer nuwe wyses van interaksie, kommunikasie en vaardighede. Die terapeut se rol as opvoeder deur *in vivo* modellering, kom nou ook na vore. Teen die einde van terapie word die gesinslede meer aktief in die beplanning en implimentering van spelaktiwiteite betrek. Die terapeut se rol word dan beperk tot die ondersteuning van die gesinslede, die versterking van funksionele gedrag en die lewer van direkte proseskommentaar.

6.6 SPEL IN GESINSTERAPIE MET 'N DOWE KIND

Soos reeds bespreek in die vorige hoofstukke, is die gebrekkige kommunikasie tussen horende en dowe gesinslede 'n uitstaande faktor wat hul gesinsfunksionering bemoeilik. Soos die horende voorskoolse kind, het dowe kinders 'n verskraalde taalvermoë en 'n beperkte vermoë om verbale kommunikasie te begryp. Om hierdie rede word die proses van gesinsterapie, waar hoofsaaklik van verbale kommunikasie wyses en intervensies gebruik gemaak word, bemoeilik indien daar 'n dowe kind betrokke is. Die dowe kind se teenwoordigheid in gesinsterapie is egter essensieel, omdat die kind 'n integrale deel vorm van die gesinsisteem. Soos bespreek in die vorige hoofstuk oor die gesin van 'n dowe kind, vertolk kinders met 'n gestremdheid soos byvoorbeeld doofheid, dikwels belangrike gesinsrolle in hul gesinne en hul gesinne se problematiek. Ook is dowe kinders, soos ander kinders, goeie indikaturs van die affeksionele toestand van 'n gesin. Gevolglik is die teenwoordigheid van die dowe kind, meer nog, die sinvolle betrekking van die dowe kind by die proses van gesinsterapie, essensieel vir die oplos van nie-funksionele gesinsinteraksies.

Waar 'n horende gesin met 'n dowe kind, veral 'n voorskoolse of 'n laerskoolse dowe kind, in gesinsterapie is, blyk spel en ander nie-verbale terapeutiese tegnieke aangewese te wees om 'n dowe kind sinvol te betrek in gesinsterapie. Deur die gebruik van spel en ander nie-verbale tegnieke, word die inherente vermoë van die dowe kind om nie-verbaal te kan kommunikeer, ten volle benut. Dié vermoë van die dowe kind word deur die gebruik van spel binne gesinsverband positief herdefinieer. Hierdeur word alle gesinslede ook meer bewus gemaak van hul eie nie-verbale kommunikasie. In die gesinsterapie waar spel primêr as die wyse van intervensie gebruik word, akkommodeer die terapeut dus beide verbale en nie-verbale kommunikasie. Die terapeut skep dus 'n gemeenskaplike ontmoetingsarea tussen die horende en dowe gesinslede, deur herhaaldelik te fokus op nie-verbale kommunikasie deur middel van spel.

In die beplanning van die spelaktiwiteite vir 'n gesin met 'n dowe kind, moet die terapeut dieselfde aspekte in gedagte hou soos wat vroeër bespreek is in hierdie hoofstuk. Jernberg (1979) se fisies intieme gestruktureerde spelaktiwiteite leen hulle egter uitstekend daartoe om met 'n dowe kind gebruik te word binne gesinsverband. Die aktiwiteite is, soos reeds genoem, 'n nabootsing van die interaksie tussen die moeder en kind in die pre-verbale en pre-simboliese stadium, naamlik die eerste ses maande van die kind se lewe. Soos dit navore gekom het in die bespreking van 'n dowe kind se interaksies met sy moeder gedurende hierdie stadium, reageer 'n dowe kinders dan heel toepaslik op die stimuli van hul ouers, omdat die normale stimuli in daardie stadium primêr visuele en taktiele stimuli is. Deur hierdie spelaktiwiteite (wat Jernberg indeel in vertroeteling, uitdaging, indringing en struktureering) te gebruik as 'n riglyn waarvolgens aktiwiteite vir dowe kinders beplan word, word die dowe kind se volle potensiaal tot kommunikasie benut.

HOOFSTUK 7

GEVALLESTUDIE

7.1 INLEIDING

7.1.1 Die aard van die studie

Hierdie gevallestudie bestaan uit die waarneming en beskrywing van 'n strukturele gesinsterapeutiese proses van 'n dowe kind met horende ouers. Die gesinsterapie-sessies word almal gedeeltelik of volledig beskryf sodat die idiosinkratiese eienskappe van die gesinsterapeutiese proses duidelik blyk.

In hierdie studie is die aanmeldingsprobleme van die dowe kind volgens 'n gesinsteraksionele verwysingsraamwerk geëvalueer, behandel en herevalueer. In die strukturele gesinsterapie is daarop gefokus om 'n ontmoetingsarea vir horende en dowe gesinslede te skep en ook om die dowe kind se inherente nie-verbale vermoëns positief te definieer.

Die gevallestudie se resultate kan nie as algemeen-geldend beskou word nie, maar moet slegs as 'n bron van idees en hipotese oor gesinsterapie met horende en dowe gesinslede beskou word.

7.1.2 Die metode van die studie

Die gevallestudie-metode is in hierdie ondersoek gebruik en daarom is daar slegs een gesin betrek. Die gesin is volgens die volgende kriteria geselekteer.

- Die geïdentifiseerde pasiënt moes vanaf geboorte doof gewees het. Met ander woorde die dowe kind moes nie taal en spraak op 'n natuurlike wyse kon aangeleer het nie.
- Die dowe kind moes 'n dagskolier wees, wat hoofsaaklik deur sy/haar primêre sosiale omgewing, naamlik sy/haar gesin, beïnvloed word.
- Ook moet die geïdentifiseerde pasiënt 'n laerskoolkind wees vir wie spel nog 'n natuurlike wyse van kommunikasie en self-ekspressie is.
- Laastens moet die ouers van die dowe kind beide horende persone wees.

Die gesin het elke tweede week vir 'n sessie van een uur lank gesinsterapie ontvang. Aanvanklik is met die hele gesinsisteesem gewerk. In die middelfase van terapie, is slegs met sekere subsysteme gewerk en die gesinsterapie is weer afgesluit met die hele gesinsisteesem om sodoende die verandering sinvol waar te neem. Daar was altesame agt gesinsterapie-sessies.

'n Diagnostiese evaluering van die aanmeldingsprobleme is gedoen deur 'n strukturele analise volgens Minuchin (1974) te doen. Die volgende ses areas is geëvalueer : die gesinstruktuur; die buigbaarheid van die gesinsisteesem; die effektiwiteit van die gesinsgrense; die gesin se lewenskonteks; die gesin se ontwikkelingstadium en die funksie van die geïdentifiseerde pasiënt se simptome. In hierdie evalueringsproses is gebruik gemaak van agtergrondgegewens, die waarneming van die gesinsinteraksies en gesinsvoorstelling (sculpting). Strukturele gesinsterapie is die behandelingsmetode wat primêr geïmplimenteer is. Verskeie strukturele terapeutiese tegnieke is gebruik in die aansluiting by en herstrukturering van die gesinsisteesem. Daar is veral klem gelê op nie-verbale speltegnieke binne die strukturele gesinsterapeutiese proses. Binne die terapeutiese proses is verskeie wyses van kommunikasie (spraak, liplees, gesistematiseerde en ongesistematiseerde gebare en skrif) gebruik om spontane en effektiewe kommunikasie te fasiliteer. Die nie-verbale kommunikasiewyses is dikwels met speltegnieke in die terapie gekombineer.

Die herevaluering van die gesin is op soortgelyke wyse as die evaluering, na verloop van die terapie gedoen. In die herevaluering is veral gelet op die mate waartoe die terapeutiese doelwitte bereik is.

7.1.3 Agtergrondgegewens

7.1.3.1 Gesinsamestelling en aanmeldingsprobleme

Die gesin bestaan uit 'n vader (42 jaar), 'n moeder (37 jaar), 'n seun (18 jaar), 'n dogter (17 jaar) en nog 'n dogter (9 jaar), Al die gesinslede het normale gehoorvermoë buiten die

jongste dogter wat doof vanaf geboorte is. Die jongste dogter is ook die geïdentifiseerde pasiënt in die gesin as gevolg van hanteringsprobleme. Sy presenteer met woedeuitbarstings en regresserende gedrag. Verder ondervind die horende gesinslede kommunikasieprobleme met die dowe kind.

7.1.3.2 Biografiese inligting

a) Die vader

Die vader is die vyfde oudste van sewe kinders in sy gesin van oorsprong. Beide sy ouers is reeds oorlede. Hy beskryf sy kinderjare as gelukkig. Hy beskik oor 'n standaard 8 kwalifikasie en is die laaste 18 jaar werksaam as 'n klerk by 'n groot maatskappy. Sy vrye tyd spandeer hy tans hoofsaaklik aan lees as gevolg van sy mediese probleem, naamlik Ankolysis Spondilites. Die siekte aan sy rug is ongeneeslik en hy word die afgelope 8 jaar slegs vir die pyn wat hy ervaar, medies behandel. Sy toestand verswak ook progressief. Alhoewel hy huidig nog as klerk werksaam kan wees, kan hy geen fisies uitputtende werk soos tuinwerk, motorherstelwerk of sport doen nie; aktiwiteite wat hy voorheen geniet het. Hy beskou homself tot 'n groot mate as gestremd en noem dat dit hom 'n aantal jare geneem het om sy siekte te verwerk en te aanvaar.

b) Die moeder

Die moeder kom uit 'n gesin van 5 kinders waarvan sy die tweede oudste is. Haar ouers is geskei toe sy 11 jaar oud was en die kinders is in die sorg van hul vader geplaas. Haar vader is ongeveer 'n jaar na die egskeiding weer getroud. Sy beskryf haar kinderjare as baie ongelukkig en noem dat sy tans baie min kontak met haar ouers het.

Sy behaal 'n standaard 8 kwalifikasie en doen ook klerklike werk voor haar huwelik en weer met onderbreekte periodes na die geboorte van haar tweede kind. Tans werk sy ononderbroke en reeds vandat haar jongste dogter op driejarige ouderdom kleuterskool toe is. In haar vrye tyd doen sy die huishouding en versorg sy die tuin.

c) Die oudste seun (A)

Die seun van 18 jaar, tans in standerd 10, presteer gemiddeld tot bogemiddeld op akademiese sowel as op sportgebied. Sosiaal word hy as 'n ekstrovert beskryf met 'n groot vriendekring. Hy behoort ook aan verskeie verenigings. Geen mediese, sielkundige of hanteringsprobleme was tydens sy ontwikkeling aanwesig nie.

d) Die oudste dogter (B)

Die dogter van 17 jaar is tans in standerd 9. Sy presteer gemiddeld op akademiese en sportgebied. Haar ouers beskryf haar as hardwerkend in haar skoolwerk asook in die huishoudelike take wat sy verrig. Sosiaal is sy meer 'n introvert alhoewel sy verskeie vriendinne het en ook aan hul kerk se jeugvereniging behoort. Geen mediese, sielkundige of hanteringsprobleme het voorgekom tydens haar ontwikkeling nie.

e) Die jongste dogter (C)

Die geïdentifiseerde pasiënt is huidig 9 jaar oud en in Graad 2 in 'n skool vir dowe kinders. Sy woon die skool vanaf driejarige ouderdom by, waar sy tot en met haar sewende jaar in die kleuterskoolafdeling van die skool was. Sy slaag Graad 1 binne die bestek van een jaar, ten spyte daarvan dat sy volgens haar klasonderwyseres se verslag, 'n laag gemiddelde intelligensie en geringe perseptuele en motoriese uitvalle het.

Na die geboorte van B, verloop agt jaar voordat die moeder swanger raak met C. Die ouers noem dat dié swangerskap beplan was. Tydens die eerste maand van die moeder se swangerskap met C, het die moeder Rubella gehad. Die geboorteproses self was heeltemal spontaan en het sonder enige komplikasies verloop.

Die diagnose van doofheid is die eerste keer ontdek deur 'n spesialis, toe die ouers as gevolg van hul vermoede dat C doof is, haar vir evaluasie geneem het. 'n Diagnose van bilaterale persepsiedoofheid is by 'n tweede geleentheid gestel. Op daardie

stadium was C twee en 'n half jaar oud. Hierdie tipe doofheid is onomkeerbaar deur mediese behandeling. Volgens oudiologiese evaluering het sy 'n gehoorverlies van 87% in haar linkeroor, van 100% in haar regteroor en 'n gemiddelde gehoorverlies van 89%. Hiervolgens word sy geklassifiseer volgens Levine (1960) se opvoedkundige klassifikasie, as 'n kind met ernstige gehoorverlies. Dit impliseer dat sy ten spyte van ouditiewe hulpmiddels nie taal en spraak deur middel van gehoor kon aangeleer het nie. 'n Plasing in spesiale skool vir dowes is essensieel vir haar om kommunikasie-en akademiese-vaardighede te ontwikkel.

Geen mediese komplikasies addisioneel tot doofheid, is by haar teenwoordig nie. Sy het op twee weke oorinfeksie in beide ore gehad en daarna slegs die gewone kindersiektes in 'n ligte graad.

Sosiaal was sy aanvanklik totaal teruggetrokke. Vandat sy egter die laerskool bywoon, het sy meer begin sosialiseer met kinders van haar portuur binne die dowe subgroep. Met horende persone buite haar gesin meng sy byna glad nie.

7.2 EERSTE GESINSTERAPIE-SESSIE

Die gesin is deur 'n skoolsielkundige van 'n skool vir dowes, na die terapeut verwys vir gesinsterapie. Die rede vir verwysing was hanteringsprobleme wat die ouers met hul negejarige dogter C, ondervind het. Na 'n telefoniese kontak, waartydens die eerste afspraak gefinaliseer is, ontmoet die terapeut en die gesin vir die eerste gesinsterapie sessie. Die doelstellings vir die eerste sessie was hoofsaaklik die aansluiting by en akkommodering tot die gesin, die nagaan van die gesin se siening van hul probleme, die waarneming van die gesinsinteraksies en gesinstruktuur en die gesamentlike formulering van die doelstellings vir terapie. Haley (1976) se benadering tot die eerste gesinsonderhoud is as uitgangspunt gebruik.

Die gesin neem die volgende posisies vir die eerste sessie in:

Pa

A

Ma

B

C

T

Na aanleiding hiervan word die volgende tentatiewe hipoteses gestel: Dit blyk dat daar moontlik 'n alliansie tussen die ma en C aanwesig mag wees. So ook 'n moontlike alliansie tussen A en B, wat die ouer kindersubstelsiem vorm.

Nadat die terapeut haarself voorgestel het en met elke gesinslid kennis gemaak het, was die onmiddellike doelstelling van die terapeut om by die gesinsistelsiem aan te sluit deur elke gesinslid beter te leer ken en 'n verhouding met elkeen op te bou.

Die gesprek is op die volgende wyse oopgestel:

T : "Vanaand dink ek is dit die belangrikste dat ek elkeen van u beter leer ken, by wie sal ons begin?"

Hierdeur plaas die terapeut die verantwoordelikheid op die gesin om te reageer en na 'n aanvanklike oomblik van stilte en spanning, kyk die man en vrou na mekaar en begin te giggel. Die vrou neem na 'n ruk inisiatief en stel haar man aan die woord, deur na hom te wys en te sê : "Die oudste."

Pa : "Ek bly maar die oudste."

Uit hierdie transaksie blyk dit of daar moontlik 'n onsekerheid tussen die man en die vrou is, wie van hulle twee die leiding in hierdie situasie moet neem.

Hierna gee die man agtergrondgegewens oor homself, sy gesin van oorsprong, sy werk en stokperdjies. Na aanleiding van sy mediese probleem (Ankylisis Spondilites) en die ambivalente wyse waarop hy van sy werk vertel het, vra die terapeut spesifiek hieroor uit.

T : "Hoe geniet u die werk?"

Pa : "Agge laat ek dit so stel: 'n Mens kom amper op 'n stadium wat jy berus. Jy raak half opstandig en dink jy het nou nie gevorder as jy hier by veertig kom ... dan neem jy dinge in oënskou en dink; dis nie werklik wat ek beoog het nie."

T : "'n Gevoel van onvergenoegdheid?"

Pa : "Laat ek dit so stel - ek is nou nie uitgelate oor my werk nie, maar ek aanvaar dit."

Hieruit blyk dit duidelik dat die man teleurgesteld voel oor sy werkprestasie. Tydens die gesprek met die man, het die kinders deurentyd baie passief gesit en luister. Die vrou het egter met haar hande begin vroetel toe die man sy gevoelens oor sy werksituasie geverbaliseer het. Hiervolgens blyk dit of sy moontlik ongemaklik oor haar man se werksituasie mag wees.

Direk hierna vertel die vrou spontaan van haar eie werk situasie.

Ma : "Ek werk lekker waar ek is en is nie van plan om te stop nie. Ek werk as 'n privaatsekretaresse."

Haar man maak haar nie-verbaal, deur bevraagtekend na haar te kyk, bewus van wat sy gesê het en hulle giggel weer.

Ma : "Eksuus, net 'n sekretaresse by Departement X."

T : "Hoe bedoel u, u wil nie stop nie?"

Ma : "... jy sien, ek wil nie bly waar ek is nie, ek wil so 'n bietjie hoër klim."

Die wyse waarop die vrou bogenoemde spontane mededeling oor haar gunstige werksituasie gemaak het, direk na haar man se mededeling, versterk die tentatiewe hipotese dat sy ongemaklik voel oor haar man se werksprestasie. Dit is asof sy op 'n indirekte wyse hom verwyf het vir sy werksprestasie en vir hom die boodskap gegee het dat sy meer toereikend is as hy. Dit kan daarop dui dat die vrou besig is en tot 'n groot mate alreeds die instrumentele leierrol oorgeneem het, as gevolg van haar man se siekte. Die ongemak wat navore kom, dui aan dat die verskuiwing van rolle nog nie afgehandel is nie.

Nadat die vrou van haar werksituasie vertel het, vertel sy voorts van haar gesin van oorsprong en van haar huis- en tuinwerk waarmee sy haarself besig hou.

Hierna beweeg die terapeut na C wat tot op hierdie stadium, as gevolg van haar onvermoë om die verbale kommunikasie te volg, nie betrokke was by die gesprek nie. Die terapeut trek haar aandag deur vorentoe te sit, aan haar stoel te raak en oogkontak met haar te maak. 'n Eenvoudige gesprek word op 'n verbale wyse tussen hulle gevoer. C kom baie skaam en teruggetrokke voor en antwoord telkens in enkel woorde terug. C se spraak is as gevolg van haar doofheid redelik onduidelik.

T : "Hoe oud is jy nou?"

C : "Nege jaar."

T : "Is jy in die skool?"

C : "Ja."

T : "Wat doen jy na skool in die middag?"

C : "Koshuis."

T : "Wat maak jy by die koshuis?"

C : "Speel, buite."

Ma : "Baklei met die seuns."

Ma kyk na C en praat met haar, ten spyte daarvan dat C nie na haar kyk nie en gevolglik nie kan liplees wat sy sê nie. Die terapeut maak die ma daarvan bewus deur te toets of C gehoor het.

T : "Het jy gehoor wat Ma gesê het?"

C skud haar kop.

Ma : "Wat het Ma gesê?"

C trek haar skouers op.

Ma : "Jy baklei met die seuns" (tergend)

C : "Nee." Sy lag terug.

In die transaksie tussen die ma en C kom die wedersydse positiewe aanvaarding tussen hulle na vore. Verder neem die ma in hierdie transaksie aan dat C haar verstaan het, alhoewel C onbewus daarvan was dat haar ma met haar gepraat het. 'n Tentatiewe hipotese dat 'n gebrekkige kommunikasie veroorsaak dat heelwat informasie en interaksie tussen hulle verlore gaan, word op grond hiervan in gedagte gehou.

A is die volgende gesinslid wat spontaan oor homself begin praat. Hy noem dat hy tans in standerd 10 is en volgende jaar Weermag tōe gaan. Daarna wil hy graag deelyds verder studeer. Verder vertel hy onder andere van sy lees en skaak stokperdjies. Terwyl A en die terapeut gesels, luister die pa en B aandagtig na die gesprek. Ma en C kyk ondertussen vir mekaar en giggel saam oor iets privaat tussen hulle. Die hipotese dat daar 'n alliansie tussen Ma en C is, word deur hierdie proseswaarneming verstrekk. Die terapeut vra A uit oor saam met wie hy skaak speel, om sodoende meer van die gesin se alledaagse interaksies te wete te kom.

A : "Niemand, met myself."

T : "Soms met een in die gesin?"

Ma wil net begin praat toe A antwoord.

A : "Partykeer teen my pa en partykeer teen my ma, maar hulle hou nie daarvan nie."

Ma : "Ons kan nie meer nie." (laggend)

Pa lag instemmend saam en kyk eers na sy vrou en daarna na A. Hierna gaan die terapeut die ander moontlike interaksies na.

T : "Wat van jou B?" (T direk aan B)

B : "Nee, ek kan nie skaak speel nie." (skud kop en lag)

Ma : "Jy het darem al probeer."

T : "Speel jy en A, skaak?" (T direk aan C)

Die ma sit dadelik vorentoe en voordat C die terapeut kan antwoord, verduidelik sy vir C weer die terapeut se vraag.

Ma : "C, die mannetjies ... jy en A ... mevrou vra of julle perd en kasteel speel?"

C : "Jaa ...". Die ma sit terug en ontspan.

Pa : "Sy het egter nie 'n idee daarvan nie." (Pa aan terapeut)

Ma : "Sy kan darem die pionne regsit." (Ma aan Pa)

Hieruit blyk dat elk van die gesinslede maklik vir A bereikbaar is. Uit die transaksies wat tydens die gesprek plaasgevind het, blyk die ma 'n baie aktiewe rol in die gesin se interaksies te speel, deurdat sy dikwels namens ander gesinslede praat. Opvallend is egter hoe sy die terapeut en C nie ruimte laat om alleen met mekaar te kommunikeer nie, maar dat sy tussenbeide tree. Verder neem die ma die leiding om te praat, wanneer A na albei sy ouers verwys. Aan die einde van die transaksie neem sy ook 'n effens uitdagende houding teenoor haar man in.

Hierna vertel A spontaan hoe hy met C speel en die terapeut volg dit op om 'n duidelike idee van die gesinstruktuur te kry.

T : "Speel jy die meeste met haar?"

A : "Ek sal nie sê die meeste nie."

Ma : "Ek sal sê B het die meeste met haar te doen."

A : "Omdat hulle in dieselfde kamer bly."

Ma : "Definitief, partykeer het sy selfs meer as ek met haar te doen. Hulle is byvoorbeeld vakansies heeltyd bymekaar. Sy werk nooit vakansies nie; sy kyk vakansie knaend na haar sussie. So - in 'n mate ken sy haar selfs beter as wat haar ma haar ken."

Hieruit blyk dit dat B met tye moontlik 'n ouerrol ten opsigte van C vertolk. Hiermee saam bevestig sy ook dat die alliansie tussen haar (Ma) en C die meeste in hulle gesin manifesteer.

Die laaste gesinslid waarby die terapeut aansluit en uitvra, is B. Sy noem dat sy veral die skool se sportaktiwiteite geniet, haar besig hou met huiswerk en verder met die gesin se huishouding help. Op hierdie stadium raak die ma ietwat ongemaklik en begin giggel. Die terapeut vermoed dat B moontlik die ouers se verantwoordelikhede tot 'n groot mate help dra en toets die hipotese deur haar twee rolle te etiketeer. Hierdeur toets die terapeut ook die gesinstruktuur se buigsamheid tot verandering ten opsigte van B se moontlike ouerrol.

T : "Jy is op skool en jy is al 'n huisvrou?"

B : "Lyk my so, ja" Sy lag, ook die ander gesinslede.

"My ma kom te laat by die huis en ons wil vroeg eet ... nou ja." Sy kyk af.

Die terapeut is op hierdie stadium onseker of B te veel van die ouerlike verantwoordelikhede dra en of die rolvervolking aanvaarbaar vir haar en die gesin se funksionering is. Op grond van die gesinsreaksies was die terapeut van mening om die ouerrol wat B vertolk, positief te formuleer, eerder as om die gesinstruktuur te veel uit te daag in so 'n vroeë stadium van terapie. Hierdie rol van B blyk 'n redelik rigiede gesinspatroon te wees. Die mate wat die rol funksioneel is aldan nie, is nog nie duidelik nie.

T : "Lyk my jou ouers berei jou vroegetydig voor vir later."

Ma : "Ja, sy moet weet wat in 'n huishouding aangaan."

T : "Hoe hou jy daarvan om kos te maak?"

B : "Ag ... nogal lekker."

T : "Nogal?"

B : "... Partykeer kla die mense net te veel."

Sy kyk glimlaggend na haar pa en hulle lag saam.

Die ma reageer instemmend op die terapeut se positiewe formulering van B se dubbele rol as kind en ouer gelyktydig.

Die versigtige wyse waarop B na haar pa se kritiek op haar kos-makery verwys, kan 'n aanduiding wees dat Pa in dié gesin-struktuur sy rol as ouer vertolk en dat B hierdie posisie van hom respekteer. Dit wil voorkom of die grense tussen die Pa en die kinders meer effektief is en die grens tussen Ma en die kinders meer diffuus is.

Ma sluit hierdie aanvanklike akkommodasie fase af, deur die voorafgaande soos volg saam te vat:

Ma : "Eintlik 'n baie gemiddelde gesin."

T : "Hoe bedoel u?"

Ma : "Ons het nie eintlik hoogte of laagte punte nie, ons is gemiddeld."

Hierdeur bevestig sy haar rol as die "spreker" van die gesin.

Op hierdie stadium lei die terapeut die probleemfase in deur 'n oop vraag aan die gesin te stel.

T : "Ek sal graag wil weet wat die probleme is wat u ondervind?"

Ma : "Soos?"

T : "Probleme waarvoor u hulp wil ontvang."

Die vrou kyk na haar man en weer eens is daar 'n oomblik van spanning - wie moet die inisiatief neem om te antwoord.

A red sy ouers uit die situasie en minimaliseer enige moontlike probleme soos volg:

A : "Ons het eintlik gewoon geraak aan die omstandighede, dit is vir ons normaal."

Hierna neem die Ma weer eerste inisiatief:

Ma : "Soms is ek ongeduldig om na alles van C te luister en alles te probeer verstaan. Soms as ek moeg is, raak ek maklik gefrustreerd."

T : "Watter situasies frusteer u?"

Ma : "As sy aanhou met iets en jy verstaan nie, dan raak 'n mens geïrriteerd en 'n bietjie kortaf en nou en dan kry jy jammer en gaan terug na haar toe as sy huil en vra haar wat verkeerd is."

Die ma se skuldgevoelens oor haar inkonsekwente hantering van C kom duidelik na vore.

Die terapeut toets die mate waartoe Ma en ander gesinslede, C moontlik oorbeskerm soos volg:

T : "Is Ma die een in die gesin wat die vinnigste jammer voel vir C?"

Pa : "Dit is eintlik vir my ook 'n bietjie van 'n probleem. Dan wil ek byvoorbeeld nuus of iets op televisie kyk. As ek haar die aandag gee wat sy vra, dit is nie asof dit te veel moeite is nie, maar dit word veeleisend. Dit neem lateraan somer 2 of 3 ure in beslag en gevolglik het ek baie kere nie 'n kans om aan die kinders (A en B) te bestee nie. Maar 'n mens kan ook nie sê : 'gaan nou maar weg', nie."

Uit die voorafgaande blyk die kern van die hanteringsprobleme wat die ouers ondervind, verband te hou met hul gebrekkige kommunikasie met hul dogter C, asook met hul eie skuldgevoelens dat hulle haar moontlik te nakom. Die pa gee hier 'n aanduiding hoedat die kommunikasieprobleem met C hulle gesinstruktuur beïnvloed. Die terapeut gaan na tot hoe 'n mate laasgenoemde plaasvind.

T : "So sy neem dikwels meer tyd in beslag sodat u tyd met die ander minder word?"

Pa : "Ja, selfs met my vrou. Partykeer kan daar nie eers 'n normale gesprek gevoer word nie, want sodra sy iets sê of vra, probeer almal om haar eers tevrede te stel. Dit is die gedurige onderbrekings wat soms die geselskap ontwrig."

Die pa dui aan dat die kommunikasieprobleem met C nie net sy interaksies met A en B verminder nie, maar ook sy interaksies met sy vrou. Die ouers bespreek voorts die hanteringsprobleme wat hulle ondervind.

Ma : "Vir 'n gewone kind kan 'n mens sê : 'man kyk gaan speel, ek is moeg!' Nie vir dié een nie. Sy wil nou aandag hê."

Pa : "Dan kyk ons byvoorbeeld televisie en dan vra sy : 'wat? wie?' Kyk die televisie is nou maar die aanknopingspunt vir al ons kommunikasie. Dan wil sy nou presies weet wat gaan aan en hoe kan jy 'n ding verduidelik wat ver bo haar vuurmaakplek is? Soos byvoorbeeld 'n bespreking oor hartaanvalle gisteraand. Ek lei haar egter dikwels om die bos en vertel haar iets wat ek dink sy kan verstaan. Ek weet

nie wanneer sy my sal uitvang nie. Soms sê ek vir haar, 'wag', en dan is sy geduldig. (Die man kyk na sy vrou). Dit is my ervaring, dalk is sy teenoor haar ma anders?"

Na aanleiding hiervan blyk dit dat die man, ten spyte van sy ambivalensie en inkonsekwente hantering van C, beter as sy vrou daarin slaag om duidelike grense tussen hom en C te trek. Dit is asof hy indirek sy vrou se hantering van C bevraagteken, alhoewel hy dit nie eksplisiet uitspreek nie. Sy vrou verdedig haarself deur die fokus van haar te verskuif na B toe. Die moontlikheid dat B soms 'n ouerrol vertolk kom weer na vore.

Ma : "As C iets wil hê, dan hou sy net aan skree tot sy dit kry. Dikwels is dit dan sussie wat deurloop, byvoorbeeld gisteraand het haar boek weggeraak en toe wil juffroutjie net haar boek hê en sy sal daar sit en skreeu tot sy haar boek kry."

Die terapeut gaan saam met die inligting wat die gesin verskaf en eksplorieer die kindersubstelsiem soos volg:

T : "Hoe so, dat jy dikwels die een is wat deurloop?"

B : "Sy baklei as sy nie kry wat sy wil hê nie."

T : "Met jou?"

B : "Ja, as sy byvoorbeeld haar tas op'n plek neergesit het en sy soek hom en kry hom nie, dan is dit nou maar net B wat moet soek. Dan soek ek maar."

T : "Dit klink vir my of julle in 'n groot mate eerste aan C aandag gee?" (T aan die gesin).

A hanteer weer die effense ongemak, wat in die gesin ontstaan na die terapeut se stelling. Hierdie herhaalde gedragspatroon van A dui daarop dat A waarskynlik die rol van "weerlig-afleier" in die gesin vertolk.

A : "Ek dink dis 'n verpligting wat ons het. Ek glo dat sy sou in ons midde geplaas gewees het, as ons nie so aandag aan haar moes gegee het nie. Dit is eintlik 'n verantwoordelikheid wat ons teenoor haar het."

Die terapeut sluit by die inhoud van A se reaksie aan, deur uit te vra oor die periode toe C gebore is. Volgens die

literatuur speel die pre- en postnatale houdings en reaksies van die gesin 'n essensiële rol in 'n dowe kind se ontwikkeling, asook in die gesinsaanpassing by die geboorte van 'n dowe kind in 'n horende gesin. Dit stel dus die terapeut in staat om C se probleme in perspektief te verstaan.

T : "Om julle so nege jaar terug te vat toe C in julle midde geplaas is, kan julle my vertel wat in die tyd met julle as gesin gebeur het?"

Ma : "Ek het Duitse-masels gehad toe ek haar 'n maand ver wag het, toe is die kind gebore en ek kon niks fout vind met haar nie. Op 'n jaar ouderdom het ons haar by 'n spesialis gehad, omdat ons gedink het sy is doof en hy het gesê sy is nie doof nie. Nou ja, toe raai iemand anders op 'n latere stadium ons aan om haar na 'n skool vir dowes te vat en hulle sê toe sy is wel doof. Dit was so op twee en 'n half jaar."

Weer eens neem die moeder eerste inisiatief en tree as die gesin se "spreker" op. Sy doen die mededeling op 'n feitlike en onpersoonlike (byna traak-my-nie-agtige) wyse en verberg duidelik haar dieper gevoelens hieromtrent.

Die inligting wat sy gee stem ooreen met die bevindings in die literatuur, dat die aanvanklike bindingsproses tussen die ouers en die baba spontaan verloop en dat die ouers in hul interaksie met hul dowe baba eers na 6 tot 9 maande agterkom dat hul baba nie reageer soos verwag word nie. Ook in hierdie gesin se geval is doofheid by die eerste konsultasie ontken en is die diagnose eers op 'n latere stadium bevestig.

Pa : "Sy noem dit natuurlik so, maar dit was 'n hengse trauma gewees, want ons het geweet wat die moontlike gevolge gaan wees omdat ons bewus was sy het Duitse-masels tydens swangerskap gehad ... dit was eintlik vir ons 'n nagmerrie gewees tot en met haar geboorte ... ek wil eintlik sê dat toe ons uitvind dat sy doof is, was dit eintlik vir my 'n verligting om te weet sy is nie verstandelik vertraag nie, maar net doof."

Die man, inteenstelling met sy vrou, slaag daarin om spontaan te noem dat die pre- en postnatale tydperk vir hulle as ouers 'n spanningsvolle periode was. Op grond van die man se bereidheid om die mededeling te maak, word 'n moontlike hipotese gestel, dat die man C se doofheid beter as sy vrou aanvaar. Die terapeut toets hierdie hipotese deur direk navraag te doen oor die moeder se ervarings rondom die geboorte van C en die diagnose van haar doofheid.

T : "So, aanvanklik toe u ver wag het en bewus was dat u Duitse-masels het, was dit 'n gespanne tyd?"

Ma : "Ja, want hulle wou my kind wegvat en ek wou nie. Ek hou nie daarvan om daaroor te praat nie - ek voel te seergemaak. Dit was werklik 'n gespanne tyd."

T : "U sê baie 'seergemaak'?"

Ma : "Ja, jy kry nagmerries, jy sien 'n waterkoppie, jy sien dit en dāt...."

Pa : "Eintlik het ons baie getwyfel, toe moes ons 'n toestemmings-brief kry en het toe besluit om deur te druk. Toe was dit maar net afgewag en kyk."

T : "Daar was 'n tyd dat julle getwyfel het wat om te doen?"

Ma : "Die dokter wou gehad het hulle moes my kind wegvat, toe sê ek nee. Toe stuur hy my na 'n spesialis om met my te praat en hy sê toe ons moet toestemming by die Prokureur-Generaal kry."

Die pa verduidelik hierna die feitelike aspekte van die toestemmingsertifikaat.

Die moeder gee hier 'n idee van haar pre-natale verwagtings, maar vind dit moeilik om van haar emosionele ervarings te deel en gaan oor in die verbalisering van die feitelike gegewens. Op grond van die vasberadenheid waarmee sy met die swangerskap wou voortgaan, kan haar betrokkenheid by C verstaan word. Die man verwys deurentyd na ons, en praat dus namens homself en sy vrou. 'n Tentatiewe hipotese dat die spanning van die swangerskap en geboorte van C, 'n invloed op hul huwelik-subsisteem gehad het, word op grond hiervan gestel.

T : "Gevolgtrek het julle die eerste 2 jaar vermoed sy is doof, alhoewel dit nie bevestig was nie?"

Pa : "Ja."

Ma : "Ons het dit eintlik vermoed, maar sy was so in 'n kokonnetjie toegevoeg dat dit nie vir ons saak gemaak het nie."

T : "Hoe bedoel u?"

Ma : "Want ... hier sit al vier van ons wat baie skuldig is. Sy mag nie met 'n ding speel nie, want ons is te bang sy kry seer; niemand mag aan haar vat of met haar speel nie ... Ons het haar opgepiep ... Soos 'n porseleinpoppie ... Eers toe sy skool toe gegaan het, was sy sielsongelukkig en ek wou haar net uit die skool vat ... As my kind ongelukkig was, was ek ongelukkig. Nou is sy beter by die skool."

Pa : "Sy was so - as jy vir haar melk neersit, dan sal sy nou sit en wag totdat jy dit na haar mond toe bring."

T : "So julle het baie dinge vir haar gedoen."

Pa en Ma : "Ja, ons het eintlik alles vir haar gedoen."

Ma : "Sy was en is nóg baie spesiaal vir ons."

Uit die voorafgaande gedeelte spreek dit duidelik dat al die gesinslede, maar veral Ma haar van kleins af oorbeskerm het en gevolglik haar ontwikkeling na onafhanklikheid belemmer het. Hulle het dus haar gestremdheid van doofheid uitgebrei tot dié van 'n totaal afhanklike. Dit gebeur dikwels in soortgelyke gesinne, volgens die literatuur.

Na aanleiding hiervan word 'n hipotese gestel dat C anders deur die ouers gehanteer is as A en B. 'n Interaksie wat dikwels in horende gesinne met horende sowel as dowe kinders voorkom, volgens die literatuur. Die hipotese dat daar vae grense tussen die ma en C is, word bevestig deur die ma se reaksie toe C skool toe is.

Die ouers vertel van C se eiewilligheid, maar minimaliseer terselfdertyd die feit dat hulle enige hanteringsprobleme met haar ondervind. Op grond van hierdie ambivalensie, besluit die terapeut om navraag te doen oor die dissiplinering en hantering van A en B en moontlik op so 'n wyse die hanteringsprobleme waarvoor hulle verwys is, na vore te bring.

Ma : "Dit was vreeslik maklik om hulle te dissiplineer. Hulle het saam grootgeword en was twee maatjies. Daar was geen ouer broers of susters nie, net Pa en Ma. Ek het soos 'n kind saam met hulle gespeel."

- Pa : "Kyk, met C is dit asof sy aan die hulpeloosheid wil vashou ... sy sal byvoorbeeld Ma beveel : 'Ma bring melk!'"
- T : "Wat gebeur dan?"
- Ma begin lag en gooi haar kop agteroor. Hierna begin die hele gesin lag.
- Ma : "Partykeer gaan haal ek die melk, ander kere sê ek sy moet dit self gaan haal. Gewoonlik hou sy aan."
- C sit agteroor met haar hande op haar kop en hou haar pa en ma dop.
- Pa : "Dan hou sy partykeer 'n hele paar minute aan. Dan skreeu sy vir B."
- T : "Wat dan?" (T direk aan B)
- B : "Dan sê ek vir haar sy moet haar eie melk gaan haal, ek is besig."
- T : "Jy gaan haal nooit vir C melk?"
- B : "Nee, net so nou en dan." (laggend)
- T : "As jy vra vir melk, wie bring?" (T direk aan C)
- C : "B."
- Ma : "Ons doen dit net om die vrede te bewaar en stilte te hê."
- A : "Ek sien sy doen meer dinge self."
- Pa : "Daar is 'n verbetering."
- T : "Watter dinge wil julle graag hê moet sy self kan doen, waarmee julle 'n probleem ervaar?"
- Ma : "As sy klaar gespeel het, dan sukkel sy om op te ruim soos enige ander kind. Partykeer doen sy dit nie en dan is ek nie lus om haar te slaan, nadat ek heeldag weg was van haar ... ook nie lus om te raas of te baklei nie ... dan help jy haar maar en doen dit vir haar ... sit haar in die bed in rus en vrede en gaan maak skoon."
- T : "Doen u dikwels dinge vir haar om die vrede te bewaar?"
- Ma : "Ja, want ek wil nie hê my kind moet met traantjies in haar oë gaan slaap nie."
- Pa : "Ek dink sy weet sy kan nie veel uit my uitkry nie, as sy sê: 'gaan haal melk', sal ek nie gaan nie. Ek is meer eiewillig, soos sy."
- T : "Kry sy dit meer met die ander drie reg?"
- Ma : "Eintlik nie met hom (A) nie ... hy kondisioneer haar sodat sy dit vir hom doen."

T : "Dis meer Ma en B?"

B : "Partykeer ... nie altyd."

A : "Ma het ook die gewoonte om elke dag lekkers vir C te bring en dan eet sy nie haar kos nie."

Pa : "Ek doen ook soms vir haar ietsie, soos vir die ander kinders. Ek glo egter nie dat sy fisies onaktief daar moet sit en ons moet alles vir haar doen nie."

T : "Dit klink of Pa en Ma oor hierdie punt verskil?"

Pa en Ma kyk vir mekaar en lag sonder om die terapeut se vraag te antwoord. Die terapeut besluit om die verskille wat bestaan in 'n latere sessie verder na te gaan. In die bogenoemde transaksie, is die terapeut baie aktief en direkief in die navolg van gesinsinteraksies en inligting. Die effek daarvan is dat die gesin meer spesifiek in hulle mededelings is.

Weer eens kom die patroon na vore dat Ma die probleme minimaliseer en dat Pa die werklike probleme na vore bring. Die vae grense tussen die ma en C kom al hoe duideliker na vore in die ma se oorbeskerming van C, inkonsekwente hantering van C en haar onvermoë om C te dissiplineer. Hierdie gedrag van die ma hou C se onaanvaarbare gedrag instand, omdat C dienooreenkomstig met die ma se optrede, reageer. Daar bestaan dus 'n sirkulêre verband tussen die ma en C se onaanvaarbare gedrag. Na aanleiding van die ma se toegewende gedrag teenoor C, kan 'n hipotese gestel word dat die ma ook 'n funksie van "vredemaker" en "konflik-vermyder" in die gesin vertolk. Op hierdie stadium van terapie het die terapeut ook vermoed dat die ouers verskillende opinies oor die hantering van C het. 'n Hipotese word na aanleiding hiervan gestel dat C 'n belangrike rol speel in die vernouding tussen die pa en ma; tot so 'n mate dat daar nie net 'n alliansie tussen Ma en C bestaan nie, maar moontlik 'n koalisie teen Pa. Verder blyk dit of Ma moontlik ondersteuning van B verwag wanneer sy na 'ons' verwys, as sy en B. Derglyke ondersteuning ontvang sy waarskynlik nie van haar man nie. Dit kan deels verklaar waarom die vrou haar meer skaar by die kindersubstelsiem as by haar man.

Ma : "Die kommunikasie en die verstaan bly egter die groot probleem. Ek weet nie wat gaan in haar koppie aan nie. Sy kan byvoorbeeld nie vir my sê sy is hartseer oor 'n hondjie wat doodgeroy

is ensovoorts. Sy hou dit vir haarself. Sy weet nie hoe om dit oor te dra nie, ek weet nie hoe om dit te verstaan nie."

T : "U voel kommunikasie is die kernprobleem en dit beïnvloed julle verhouding?"

Ma : "Ja, jy wil mos weet wat dieper aangaan."

T : "Hoe kommunikeer julle met C?"

Ma : "Praat net soos nou."

Pa : "Gebruik soms gebare, want ek voel sy verstaan dan beter. Aanvanklik het ek dit vermy as gevolg van die skoolbeleid wat my laat skuldig voel het. Ek regverdig dit nou omdat sy belangstelling verloor as sy nie verstaan nie."

Ma : "Ek beduie taamlik baie tot die skool dit uitvind ... ek gee eintlik nie om, my kind moet my verstaan en ons moet saam lewe. Waar twee horende mense gesels, kyk hoe baie gesels hulle met hul hande. Hoekom moet jy dit van 'n dowe wegvat?"

Pa : "Ek dink sy is bang om met haar handjies te praat. Ek dink hulle word gestraf by die skool. Maar sy kom baie na my toe en kom sit by my om gebare vir my te leer. Ek dink net sy is skrikkerig om dit oor die algemeen te gebruik."

Die feit dat die gebrekkige kommunikasie 'n invloed het op die gesinsinteraksies, word hier kortliks deur die gesin self aangedui. Die gesin kommunikeer primêr verbaal met C en alhoewel hul soms onsistematiese gebare gebruik, gebruik hulle nie vingerspelling of sistematiese gebaretaal nie. Soos aangedui in die literatuur, is dit ook in hierdie gesin duidelik hoe hulle hulself beperk tot hoofsaaklik verbale kommunikasie met C as gevolg van opvoedkundige standpunte oor die aangewese wyse van kommunikasie. Die ouers se skuldgevoelens oor die gebruik van gebare taal kom duidelik na vore, asook hoe hierdie skuldgevoelens alternatiewe wyses van kommunikasie belemmer.

Alhoewel die vrou deurentyd die terapeut eerste antwoord as sy 'n vraag aan die gesin rig en sodoende die hipotese dat sy die gesin se "spreker" is bevestig, is die man deurentyd die persoon wat meer die werklike gesinsproblematiek na vore bring en die effek wat C se doofheid op die gesin het erken en uitlig. Hieruit word 'n vorige hipotese dat die pa die doofheid van C, meer as die ma, as 'n realiteit erken en aanvaar, versterk.

Hierna was die tyd van die onderhoud verstreke en was die terapeut van mening dat heelwat inligting oor die funksionering van die gesinsisteem nog benodig word, veral rondom die wyses waarop hulle met mekaar in interaksie is. Die voortsetting van die aanvanklike evaluering van die gesin was gevolglik van die belangrikste doelstellings vir die tweede gesin sessie.

Die eerste sessie is afgesluit deur die gesin se doelstellings vir terapie uit te klaar en daarna is met hulle 'n ooreenkoms aangegaan van ± 8 tot 10 sessies van gesinsterapie. 'n Tuisopdrag vir die volgende twee weke is ook gegee.

Die gesin se voorlopige doelstellings vir terapie was soos volg:

- a. Beter kommunikasie : Insluitende om op 'n dieper vlak met C te kommunikeer. Beide ouers, veral die ma, het baie sterk hieroor gevoel, alhoewel A en B ook van mening was dat dit belangrik is.
- b. Dat C meer onafhanklik moet wees, spesifiek ten opsigte van haar selfversorging. Die man het dit meer beklemtoon as die vrou.
- c. Die man wou ook vir homself meer duidelikheid hê, oor hoeveel tyd hy aan C moet spandeer, sonder om skuldig te voel dat hy haar benadeel.
- d. Dat C se onaanvaarbare gedrag, soos haar aggressiewe uitbarstings, regressiewe gedrag en bevelende optrede teenoor gesinslede, getermineer sal word.

Ten slotte het die terapeut die navorsingsbevinding - dat die gelyktydige gebruik van spraak en gebare as die aangewese en gunstige wyse van kommunikasie met 'n dowe kind bevind is, aan die gesin meegedeel. As tuisopdrag sou elke gesinslid in die komende twee weke, meer bewustelik waarneem hoe hy/sy met C kommunikeer en hoeveel gebare hy/sy ken. Ook hoeveel gebare C vir hom/haar addisioneel in die eerskomende weke op 'n spelende wyse kan aanleer. Die rasionaal hiervoor, is om C meer te betrek in die gesin se interaksies en die gebruik van gebare en ander nie-verbale kommunikasie positief te definieer vir die gesin. Sodoende is daar begin om 'n ontmoetingsarea tussen die horende en dowe gesinslede te skep.

Samevatting

Na verloop van die eerste gesinsessie, neem die terapeut die gesin soos volg waar:

Dit blyk of hierdie gesinstruktuur skeef getrek is deurdat die man alleen indie ouersubstieem is en die vrou by die kindersubstieem geskaar is. Hierdie hipotese word versterk deurdat die man verskeie kere die grense tussen hom en die kinders duideliker trek as sy vrou. Daarenteen trek die vrou diffuse grense tussen haar en die kindersubstieem.

In 'n aanpassingsproses binne die huweliksustieem, is die egpaar besig om uit te klaar wie van hulle die toereikenste in die instrumentele leierrol is. Die blyk egter of die vrou hierdie rol van haar man oorgeneem het. Verder wil dit voorkom of die geboorte van C spanningsvol was vir die huweliksustieem en dat hulle as ouers uiteenlopende opinies oor C se doofheid en haar hantering het. Dit wil selfs voorkom asof die alliansie tussen Ma en C moontlik 'n koalisie teen Pa vorm. Hierdie hipotese moet nog bevestig word. Die wyse waarop die ma soms B as ondersteuner vir haar sien, dui daarop dat die man en vrou mekaar nie wedersyds genoegsaam ondersteun nie. A blyk dikwels die kind te wees wat die spanning tussen sy ouers aflei en op sy beurt vir Pa ondersteun.

Ma het 'n baie aktiewe rol in die gesin as 'n tipe "tussenganger" tussen die ouersubstieem en die kindersubstieem.

Die ouer-kindersubstieem funksioneer huidig oneffektief. Dit kom veral na vore in C se onaanvaarbare gedrag en haar ouers se hanteringsprobleme daarmee. Die ouers se verskille rondom hantering asook hulle inkonsekwente optrede, kan in sirkulêre verband met C se onaanvaarbare gedrag gesien word. Ook kom dit in die ouer-kindersubstieem voor dat die horende kinders A en B, anders hanteer en gedissiplineer word as die dowe kind C.

Die wyse waarop die kindersubstieem funksioneer, is op hierdie stadium nog vaag. Dit blyk wel dat B dikwels die kindersubstieem se grense oorskry deur 'n dubbele rol van ouer en kind, gelyktydig te vertolk.

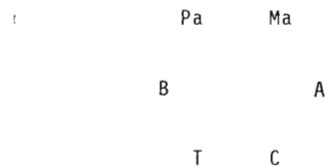
Die ouers se doelstellings vir terapie word deur die terapeut in strukturele terme soos volg geïnterpreteer:

Die gesinstruktuur moet weer in balans gebring word, deur duidelike grense tussen Ma en die kinders te trek. Veral om die alliansie tussen Ma en C te verbreek en Pa en Ma saam te bevestig in hul ouersubstelsiem, sodat dit duidelik onderskeibaar van die kindersubstelsiem is. Deur hulle verskille rondom C se doofheid en die hantering van C op te klaar en om gelyke standaarde vir die kinders uit te werk, sal die ouersubstelsiem ook meer effektief funksioneer. Gevolglik sal C se onaanvaarbare gedrag ook kan opklaar. 'n Verdere aspek wat die funksionering van die ouersistelsiem sal bevorder, is die deurwerking van skuldgevoelens en ander onverwerkte gevoelens rondom C se doofheid. Die huwelikssubstelsiem moet ook meer effektief sy funksie van wedersydse ondersteuning van die eglete uitvoer. Dit behels onder andere om die man en vrou meer effektief met mekaar te laat kommunikeer, en hulle wedersydse ondersteuning te fasiliteer. Die kommunikasieprobleem tussen die horende gesinslede en C as dowe gesinslid, word deur die terapeut ook waargeneem as 'n kernprobleem, wat die gesinsinteraksies belemmer en gevolglik 'n effek op die gesinstruktuur het. Die kommunikasieprobleem word egter wyer as slegs met C waargeneem, naamlik dat daar selfs ook tussen die horende gesinslede onderling, kommunikasieprobleme is.

7.3

TWEDE GESINSTERAPIE-SESSIE

Die posisies wat die gesin inneem, verskil van die posisies tydens die eerste sessie soos volg:



Die verandering in posisies is dat A tussen Ma en C sit. Terwyl die terapeut die video-apparaat aanskakel, versoek Ma vir A om met C plekke om te ruil, A weier egter. Na 'n rukkie se gestry, aanvaar Ma dat C nie langs haar gaan sit nie.

Dit is 'n positiewe verandering dat A die alliansie wat tussen Ma en C is, uitdaag. Die verandering is 'n aanduiding vir die terapeut dat die gesinsisteem redelik buigbaar is en die gesin se terapeutiese prognose goed is. Ma blyk die gesinlid te wees wat rigied die gesin se homeostatiese interaksies patrone probeer in stand hou.

Op navraag oor die gesin se tuisopdrag, antwoord Ma as "spreker" van die gesin, weer eens eerste. Deur op die tuisopdrag te fokus, dra die terapeut die boodskap aan die gesin oor dat verandering inherent van hulle afhang. Ma noem dat haar wyse van kommunikasie met C grotendeels dieselfde gebly het, deur dat sy verbale kommunikasie en ongesistematiseerde gebare gebruik. Sy was wel meer bewus dat sy C se vinnige gebruik van gebare tydens 'n gesprek met die dowe buurman, nie verstaan het nie. Pa noem dat hy en C heelwat meer gekommunikeer het en dat hy besef het dat hy nog baie moet leer om C en haar dowe portuur, ten volle te kan verstaan. Hy noem dat C hom vingerspelling leer en dat hy ook 'n aantal spesifieke gebare geleer het. A het ook 'n paar gebare geleer, terwyl B die meeste nuwe gebare aangeleer het. Uit hierdie terugvoer dat Pa en C se interaksies na een sessie vermeerder het, blyk dit dat daar slegs 'n alliansie tussen Ma en C is en nie 'n koalisie teen Pa nie.

Elke gesinlid demonstreer die nuwe gebare wat hulle tydens die afgelope twee weke geleer het. Die terapeut herhaal die gebare en klaar elkeen met C uit, sodat daar geen misverstand is nie en C besef dat die terapeut ook haar en haar wyse van kommunikasie aanvaar en wil fasiliteer. Wanneer 'n gesinlid nie daarin slaag om 'n sekere aspek aan C oor te dra nie, tree die terapeut as model op om vir die gesinlid alternatiewe wyses van kommunikasie te modelleer; deur byvoorbeeld die spesifieke woord te skryf.

A vertel spontaan aan sy ouers hoe hy vir die eerste maal 'n sinvolle gesprek met hul dowe buurman gevoer het. Beide ouers was baie belangstellend daaromtrent en wou weet hoe hy daarin geslaag het. A verduidelik hoe hy dit met behulp van gebare reggekry het. Die terapeut fasiliteer A se mededeling deur hom aan te moedig om uit te brei oor die wyse waarop hy die gesprek gevoer het en bied positiewe versterking aan vir A se inisiatief om, na jare, die eerste horende gesinslid te wees wat 'n sinvolle gesprek met die dowe buurman gevoer het.

Uit die voorafgaande is daar reeds aanduidings van geringe verskuiwings in die gesinstruktuur. Dit blyk of die grense tussen C en Pa meer deurdringbaar word, omdat die frekwensie van interaksies tussen hulle toegeneem het. Die verandering sal noodwendig 'n invloed hê op die alliansie tussen Ma en C. Uit die meerdere kontak wat C met Pa, A en B gehad het en A se uitdaging van die alliansie tussen Ma en C, blyk dit dat die res van die gesinsisteam die struktuur sodanig sal verander dat Ma haar posisie as "tussenganger" tussen die ouer- en kindersubsteme sal moet laat vaar.

Na aanleiding van Ma se ambivalensie oor die gebruik van gebare en die teenstrydige standpunte van die skoolbeleid en navorsingsbevindinge, doen die terapeut verdere navraag oor haar opinie daaromtrent. Sy noem dat sy nog altyd spontane gebare (meestal ongesistematiseerde gebare) gebruik het en dit vir haar moeilik was om die skool se beleid (dit wil sê nie gebare te gebruik nie) uit te voer. Pa noem dat hy aanvanklik by die skoolbeleid gehou het. Later het hy bewus geraak dat die gebruik van gebare noodsaaklik is, maar het skuldig gevoel as hy dit gebruik het. Nadat hy tot die besef gekom het dat C as gevolg van die kommunikasieprobleem, nie deel in die gesin se intimiteit nie, het hy dit die laaste tyd met vrymoedigheid begin gebruik.

Die hipotese dat Ma nie C se doofheid as 'n realiteit aanvaar nie, word in die volgende mededeling versterk.

Ma : "Miskien is dit anders by my. Ek het haar van kleinsaf nie as 'n dowe kind behandel nie ... Ek het nooit geglo sy is 'n

dowe kind nie, tot vandag toe is ek negatief daaroor."

Hieruit vloei die eerste openlike meningsverskil tussen die man en vrou. Hulle praat egter nie direk met mekaar nie, maar deur met die terapeut te praat val hulle mekaar indirek aan.

Pa : "Ek dink ek gaan jou nou aanval. (Kyk weg van sy vrou en praat met die terapeut) Vandag bel ek haar huis toe, toe roep sy daai een (C). Die kind kan nou glad nie hoor nie en ek kan so kwaad word vir haar (sy vrou). Ek hoor 'n woordjie, maar die kind kry geen kompensasie ... genot daaruit nie ... (Hy kyk vinnig na sy vrou en toe weer na die terapeut) En ek dink dit is verkeerd!"

Ma : "Ek dink nie dis verkeerd nie."

Pa : "Jy weet die kind het 'n gebrek en ons moet dit nie invryf nie."

Pa en Ma lig hierna beide hulle opinies toe met voorbeelde uit hul alledaagse lewe. Die terapeut onttrek en wys vir die egpaar om met mekaar te kommunikeer. Alhoewel die kommunikasie meer direk tussen die man en sy vrou raak, kyk beide kort-kort na die terapeut om haar in die konflik in te trek. Die terapeut bly egter uit die interaksie en wys telkens dat hulle met mekaar moet praat. Beide A en B se aandag is dadelik by die konflik. Ma bly baie sterk by haar opinie en Pa begin sy opinie minimaliseer. Die terapeut vorm 'n alliansie met die man sodat die konflik tussen die man en sy vrou eskaleer en die konflikvermydingspatrone verbreek word. Die alliansie word gevorm deur die man se standpunte telkens duideliker en sterker te formuleer.

Prosesmatig vind die volgende gesinsinteraksie plaas. A begin Pa ondersteun en val Ma aan en hulle twee stry verder. Sodoende bevry hy Pa uit die konflik. B ondersteun hierna vir Ma en val A direk aan. Gevolglik is beide Pa en Ma onaktief en sit hulle en toekyk. Die terapeut maak die gesin soos volg bewus daarvan.

T : "U is so stil?"

Ma : "Hy sit nou baie dinge en dink."

Pa : "Ek het hulle nou mooi aanmekaar gejaag." (laggend)

Hierna begin die gesprek weer tussen Pa en Ma, alhoewel A op 'n soortgelyke wyse soos hierbo beskryf weer na 'n tyd in die interaksie betrokke raak. Hieruit word 'n vorige hipotese dat A die grense van die huweliksstelsel oorskry om die spanning tussen Pa en Ma af te lei, bevestig. Die terapeut begin met herstrukturering deur A verbaal en nie-verbaal uit die interaksie te hou en vir die ouers die volgende taak te gee.

T : "Ek wil terugkom waar ons begin het. Laat U eerste vir U man sê wat presies is U mening oor C se gebruik van die telefoon, terwyl hy net luister. Dan kan U (Pa) vir haar sê wat U gehoor het."

Ma begin direk met die terapeut praat. Die terapeut wys vir haar op 'n nie-verbale wyse dat sy met haar man moet kommunikeer. Sy praat met 'n hoë en dringende stemtoon en klink baie aanvallend. Pa slaag daarin om te luister en haar opinie korrek saam te vat. Hierna kalmeer Ma deur terug te sit en op haar normale stemtoon verder te praat.

Die terapeut gee dieselfde taak as hierbo maar ruil nou net die man en vrou se rolle om. Die vrou slaag egter nie daarin om vir haar man te luister nie en val hom telkens met 'n teenargument aan. Ten spyte van die terapeut se pogings om haar telkens terug te bring na haar taak om net te luister, slaag sy (die vrou) nie daarin nie. Pa gee die argument gewonne. Op hierdie stadium het die terapeut die konflik soos volg positief geherformuleer.

T : "Julle is almal baie sensitief vir haar (C) gevoelens. Julle twee (Pa en A) sien dit van die een kant en julle twee (Ma en B) sien dit van die anderkant. Miskien kan julle by mekaar leer?"

Hierdeur gee die terapeut die verskil in opinies 'n positiewe perspektief en poog sy om die kanale vir konstruktiewe kommunikasie oop te stel.

Die man reageer hierop deur sy standpunt sterker te stel, en sy vrou krediet te gee vir haar standpunt. Sy vrou bly ook sterk by haar standpunt, maar gee nie haar man krediet vir sy standpunt nie. Hulle kom egter ooreen dat

C nie vir telefoon geroep sal word as ander mense daar kuier nie. Die oorblywende verskille sal hulle tuis verder bespreek.

Op hierdie stadium besluit die terapeut om 'n intervensie te maak om al die gesinslede, veral C, te betrek in 'n gesins-aktiwiteit wat nie-verbale kommunikasie 'n positiewe perspektief gee. Sodoende fokus die terapeut weer eens op totale kommunikasie, wat in die vorige sessie aandag geniet het.

T : "Goed, vanaand wil ek hê ons moet iets heel anders doen, sodat C ook meer kan deel voel. Ek wil hê ons moet 'n speletjie speel: 'n mimiekspeletjie. Want hoe 'n mens kommunikeer is nie noodwendig net hoe 'n mens praat nie, maar ook hoe 'n mens nie-verbale kommunikeer met jou gesiguitdrukkings, liggaam-houdings en gebare."

Na die terapeut se stelling, verander die hele gesin se gemoedstemming na 'n meer opgewekte en ligte gemoedstemming. Nadat die terapeut hulle versoek het om hulself in twee spanne te verdeel vind die volgende transaksie plaas:

A en B kyk vir mekaar.

A : "Oes teen die jonges." Hy wys die skeiding met sy hand aan.
 Ma : "B, ek en jy sal saam nê?" (Ma direk aan B)
 B : "Ja, die twee vrouens teen die mansmense."
 Pa : "A sê die oues teen die jonges." (Pa direk aan Ma)
 Ma : "Nee, vrouens teen mans."
 B : "Drie vrouens teen die mans."
 Pa : "Sal ons stem daaroor?" (ontevrede)
 A : "Okay, Pa kom ons wys hulle."

Hieruit is dit duidelik dat beide Pa en A die grense tussen die huwelikssubstelsel en kindersubstelsel wil trek. Ma verkies egter om deur B ondersteun te word en hou rigied aan hierdie homeostatiese gedragpatrone van die gesin vas. Hierdeur word die skeefgetrekte gesinstruktuur in stand gehou.

Die mimiekspeletjie word deur die terapeut verduidelik. Elke gesinslid kry 'n beurt om alleen deur middel van mimiek iets voor te stel wat een van hul gesinslede tuis doen. Sy/haar

span moet dan raai wat hy/sy voorstel. Die gesin beeld alledaagse situasies uit soos byvoorbeeld B maak kos, Ma tik, Pa kyk televisie, A luister musiek en C speel pop. Terwyl B 'n voorstelling maak, laat Ma C langs haar sit en help sy C deurentyd om te verstaan. C sit baie belangstellend vorentoe en neem aktief deel, waar sy voorheen nie kon nie. Die gesinslede is baie meer spontaan, gesinslede lag hardop en hulle beweeg vryelik in die vertrek rond. Dit is duidelik dat die gesinslede die ervaring dat alternatiewe wyses van kommunikasie bestaan en dat C 'n werklike deelnemende gesinslid is, positief beleef het. Die terapeut sluit af deur die ouers te herinner aan hul tuisopdrag om verder te gesels oor die konflik of C vir telefoon gesprekke geroep gaan word, aldan nie.

7.4 DERDE GESINSTERAPIE-SESSIE

Ma begin die sessie deur te noem dat sy moedeloos oor haar tikeksamen is. Sy is duidelik geïrriteerd en kortgebonde. Die terapeut sluit by die gesin aan en plaas Pa en Ma in interaksie oor Ma se frustrasie. Hierdeur toets die terapeut die mate van ondersteuning wat in die huweliksstelsel bestaan. Ma weier egter en sê dat almal haar moet uitlos.

Na aanleiding van die terapeut se vraag hoe dit die afgelope week met die gesin gegaan het, vermeld Ma dat sy en C gereeld saam 'n woordeskatpeletjie gespeel het. Beide A en B noem dat hulle as gesin weer die mimiekpeletjie op versoek van C gespeel het. Die terapeut vra C daarna uit.

Pa noem dat hy weer gesien het hoe C en die dowe buurman gebare taal praat en dat hy weer opnuut besef het, dat hy nog baie sal moet leer, alhoewel hy reeds vorder. Ma noem dat C telkens as sy alleen voor haar spieël is, gebare taal gebruik, maar sodra haar ma inkom, hou sy op daarmee. Die terapeut bespreek die feit dat C nog in die gesin terughoudend in haar kommunikasie is, inteenstelling met C se kommunikasie met hul dowe buurman. Dit word ook uitgelig dat dit belangrik is om vir C 'n duidelike boodskap te gee, naamlik dat dit vir hulle aanvaarbaar is om nou op verbale sowel as nie-verbale wyse met haar te kommunikeer. Die ouers probeer dit op verskeie

wyses aan C oordra, totdat hulle daarin slaag en verseker is C verstaan dit. In hierdie proses was Ma baie aktief en het telkens Pa se pogings onderbreek. Pa se reaksie hierop is om sy opinies terug te trek en in passiwiteit te onttrek.

Die terapeut is vanmening dat die gesin huidiglik nog al hulle probleme toeskryf aan C se doofheid en die kommunikasieprobleme met haar. Op grond hiervan besluit die terapeut dat 'n beeldende voorstelling (sculpting) op hierdie stadium aangewese is. Daardeur kan die gesin moontlik bewus raak dat die probleme wat hulle ervaar ook as gevolg van hul gesinsinteraksies en gesinstruktuur is. Die tegniek is by uitstek aangedui omdat C ook die nie-verbale boodskappe daarvan sal kan volg en sodoende 'n deelnemende lid van die gesinsterapie kan wees. Omdat Pa in die vorige transaksie passief was en Ma baie aktief was, word die taak om 'n beeldende voorstelling te maak eerste aan hom gegee.

T : "Nou wil ek hê moet ons iets anders doen en ek wil by Pa begin. Stel u voor dat elke gesinslid soos 'n stuk klei is wat u kan buig en vorm soos u wil, soos 'n mens 'n beeld maak. U moet r...u die gesin in ruimte rangskik soos u hulle in verhouding tot mekaar sien. Byvoorbeeld naby of ver, hoog of laag en dan moet u uself ook in die voorstelling 'n plek gee. Byvoorbeeld as twee persone kwaad is vir mekaar, sal u hulle ver van mekaar plaas. U kan die gesin voorstel soos u dink hulle op die oomblik teenoor mekaar voel."

Hierna ondersteun die terapeut Pa om sy voorstelling te voltooi. Hy rangskik die gesin soos volg:

Ma
 A B (kyk televisie)

 C (beweeg rond)

 Pa (lees)

Hierdie rangskikking bevestig weer eens die skeefgetrekte gesinstruktuur, met Ma eintlik in die kindersubstelsiem en Pa geïsoleer. Dit weerspieël Pa se belewenis van die gesin en gee 'n aanduiding dat hy bewus is van die gebrek aan ondersteuning van sy vrou.

T : "Hoe voel u in die posisie?" (T direk aan Ma)

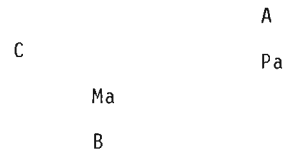
Ma : "Dis eintlik hoe ons altyd sit; ons bymekaar en hy half eenkant en C orals heen en weer."

Beide Ma en B protesteer dat die voorstelling nie is hoe hulle die gesinsverhoudings sien nie. Pa huldig egter 'n ander mening, alhoewel hy dit aanvanklik terughou.

Pa : "Ek het nou nie my opinie nou-nou gelig nie, nou sal ek seker maar moet. Dit is soos ek dink ons in 'n groot mate funksioneer! Hulle is nader aan mekaar, A en B bespreek meer dinge met hul ma ... dis soos ek ons gesin sien."

Dit wil blyk uit Ma se aktiewe rol as "tussenganger" tussen die ouers- en kindersubsteme, dat sy en haar man in konflik is oor wie in beheer van die gesinsisteem is. Dit blyk oënskynlik of Pa haar dit toelaat en heeltemal passief raak tot op 'n punt waar hy wel sy standpunt sterk en effektief stel. Op grond hiervan, sy geïsoleerde posisie in die ouersubsteme en omdat hy die emosionele aspekte van die gesin telkens eerste na vore bring, blyk hy tog die leiding te neem in die organisering van die gesinsisteem.

Hierna stel Ma die gesin voor soos sy hulle waarneem



Sy verduidelik die voorstelling soos volg:

Ma : "Daai twee sit in die sitkamer en die een (Pa) lees 'n boek en daai een (A) gesels met Pa oor die dag se gebeure. Ek sukkel met my hare, ons is baie haastig om klaar te kry. Hierdie een (B) soek 'n rok vir my. Daai een (C) het van die skool gekom en dis warm, sy wou koue water gehad het en ek het vir haar gesê sy moet dit self gaan haal. Toe is sy baie kwaad. Hierdie twee (Pa en A) is ook baie kwaad omdat ek nie vir hulle koffie gemaak het nie."

Ma gebruik 'n konkrete voorbeeld van 'n insident wat plaasgevind het, om die gesinsverhoudings uit te beeld. Hierdeur word 'n hipotese wat tydens die eerste sessie gestel is, bevestig, naamlik dat indien daar konflik in die huweliksstelsel is, dan ondersteun A vir Pa en B vir Ma. Verder is dit opvallend dat C, soos in Pa se voorstelling, in 'n geïsoleerde posisie ten opsigte van die ander gesinslede geplaas is. Die terapeut volg die inligting oor die gesinskonflik wat in hierdie voorstelling navore gekom het op deur eerste vir Pa uit te vra.

T : "Hoe voel u oor u posisie?"

Pa : "Wel ... ek voel nie altyd gelukkig daaroor nie ... maar ...e."

T : "Waaroor?"

Pa : "Asof ... 'n mens altyd probeer oorlog maak teenoor mekaar. Om 'n voorbeeld te gee; ek het nie eers gedink daaraan dat sy vir my moet koffie gee nie."

Hierna volg 'n argument tussen die man en die vrou. Die terapeut wys dit aan hulle uit dat beide afleidings van hul huweliksmaat se gedrag gemaak het, sonder dat hulle dit met hul huweliksmaat uitgeklaar het.

T : "Hoe voel u oor u eie posisie?" (T direk aan Ma)

Ma : "Ek voel nie altyd so nie ... ek was vanaand aggressief toe ek by die huis gekom het en ek kon nie bereik het wat ek wou nie. Dan moet hy my uitlos ... dit is nie dat hy 'n man is nie. Ek is aggressief en ek soek iemand om dit op uit te haal. Ek glo hy moet my verstaan en kan sien ek is aggressief en hy moet my bewerk dat my aggressie kan verander."

Die terapeut wys aan albei huweliksmaats uit dat die boodskappe wat hulle maats van hulle gedrag afgelei het, nie die regte boodskap was wat hulle eintlik wou oordra nie. Die effek van hierdie intervensie is dat die egpaar meer direk en spesifiek met mekaar kommunikeer. Hierdie meer direkte, kommunikasie gee egter aanleiding tot 'n openlike konfrontasie tussen die man en die vrou. Op hierdie stadium daag die terapeut die gesin se perspektief dat hulle slegs kommunikasie probleme met C as dowe kind het, direk uit.

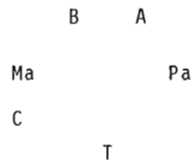
T : "As twee horende mense soms sukkel om mekaar te verstaan, soos julle twee nou, dan wonder ek hoe julle dit gaan regkry om C te kan verstaan?"

Pa : "Ek stem saam."

A : "Ek wil graag iets sê ... ons het eintlik 'n probleem om mekaar te verstaan. Ons kan nie eintlik ons emosies aan mekaar oordra as ons verskil nie. Ek het nou die dag gesien... toe jy vir my pa vra wat my ma bedoel het, dit hom heeltemal van stryk gebring, hy het nie geweet wat om te antwoord nie. As 'n mens daai vraag net meer vir mekaar kan vra, en dit nie noodwendig met woede uithaal nie, kan die ander persoon net meer sê wat hy eintlik bedoel. As 'n mens net probeer! En as jy 'n vraag vra, dat dit ordentlik geantwoord word."

Uit die voorafgaande transaksie wil dit voorkom of die konflikte in die huweliksstelsel aan die kern van die gesin se problematiek lê. Die man ondersteun die terapeut se standpunt en tree daardeur weer as die gesinstelsel se organiseerder op, wat die gesinsprobleme blootstel. A vertolk weer die rol om die huweliksstelsel se spanning af te lei.

Hierna gaan sit die gesin weer in 'n kring. Ma roep vir C om langs haar te kom sit in 'n opponerende posisie teenoor Pa.



Die volgende transaksie vind plaas terwyl A en B afkyk.

P : "Lyk my ek en sy het groter kommunikasieprobleme as met C."
(Pa direk aan T)

T : "Hoe so?"

Pa : "Na aanleiding wat ons hier gepraat het. Miskien moet ons daaraan ook aandag gee."

T : "U voel u wil nie net u kommunikasie met C verbeter nie, maar ook met u vrou en met die res van die gesin?"

Pa : "Ja, ek sou dit eintlik baie waardeer het as dit ... " Hy kyk vir Ma en lag.

Die werklike emosionele probleme wat in die gesin aanwesig is, word weer eens deur die man na vore gebring. Hy doen dit egter baie versigtig en sy blik na sy vrou en lag, is 'n aanduiding van die spanning wat tussen hulle heers.

Beide man en vrou noem dat hulle bewus is dat hulle as gesin mekaar dikwels misverstaan, maar dat hulle eerder konflikte en rusies vermy as om sake uit te klaar. Hierna besluit die gesin dat elke gesinslid in die komende twee weke sal poog om duideliker te kommunikeer, dit wil sê dat hulle verbale en nie-verbale boodskappe sal ooreenstem. Verder is dit ook elkeen se verantwoordelikheid om iets uit te klaar met 'n ander gesinslid as hy/sy nie sy/haar boodskap verstaan nie. Die sessie word hiermee afgesluit.

7.5 VIERDE GESINSTERAPIE-SESSIE

Slegs Pa, Ma, B en C daag vir hierdie sessie op. A is afwesig as gevolg van sy matriekeksamen. Terwyl die terapeut die video-apparaat aanskakel, rangskik die gesin hulself en die terapeut in die volgende posisies:

C	Pa
Ma	B
T	

Die gesin is besig om oor A se huisverlating te gesels toe die terapeut binne kom. Die terapeut sluit by die gesprek aan. Ma verbaliseer dat dit vir haar moeilik is om hom (A) nie meer soos 'n kind te behandel nie en dat hy binnekort die huis verlaat om Weermag toe te gaan. Pa voel egter die tyd is nou ryp vir A om die huis te verlaat. Hy is selfs bly vir A se onthalwe omdat hy so goed onthou toe hyself daardie ouerdom was. Die terapeut vra B uit oor haar toekomsplanne. Hierdeur maak die terapeut die ouers, veral Ma, bewus van die realiteit dat

beide hul oudste kinders besig is om uit die huis te beweeg. B is baie opgewonde daaroor en praat met entoesiasme oor haar toekomsplanne, wat vir beide ouers ietwat onverwags was.

Hierna manipuleer die terapeut die spasio om 'n herstrukturing van die gesinsposisies te bewerkstellig. Sy laat Pa en C plekke omruil en laat B en C nader aan mekaar sit. Sodoende is die huwelik- en die kindersubstieem duidelik gedifferensieer.

T : "Hoe het die kommunikasie tussen julle as gesin hierdie week verloop?"

Pa en Ma kyk na mekaar en begin lag.

Ma : "As iemand iets sê, veral hierdie meneertjie (Pa) dan sê ek: 'Eksuus, ek verstaan nie wat jy bedoel nie. Partykeer vererig ons ons vir mekaar, maar dan gaan dit beter."

T : "Spesifiek tussen julle twee?"

Ma : "Ja, ek en die kinders verstaan mekaar."

Pa lag ongemaklik.

T : "Hoe was dit vir jou?"

Pa : "Ek's bly want ek dink dit het definitief gehelp; in die eerste plek vererig hulle hul nie so as ek vra wat bedoel jy presies nie."

Die man kyk na sy vrou.

T : "Jy praat van hulle, wie bedoel jy?"

Pa : "E... verskillende kere tussen ons." (Egpaar)

Ma : "Met almal."

Pa : "Met haar en met B het ek soms gevra wat bedoel jy?"

Die vrou verwys in laasgenoemde transaksie na haar man as "meneertjie". Hieruit word die hipotese versterk dat sy hom minder toereikend as haarself sien en dat sy die instrumentele leierrol grotendeels oorgeneem het. Die man stel sy mening baie vaag en indirek teenoor sy vrou. Om hierdie rede ondersteun die terapeut hom om meer spesifiek en direk met sy vrou te praat.

Dit blyk uit die vorige sessie, sowel as die pas bespreekte transaksie, dat daar wrywing in die huweliksstelsel is. Om die grense tussen die huwelik en kindersstelsel nóg duideliker te trek, is die terapeut van plan om die kinders (B en C) later in die sessie uit te stuur om te gaan speel. Sodoende kan die terapeut ook meer direk met die huweliksprobleme werk. Voor- dat die terapeut die kinders uitstuur, gaan sy die kommunikasieprobleme tussen Pa en B (soos vermeld deur Pa) aan die hand van spesifieke voorbeelde na. Die terapeut plaas Pa en B in interaksie oor hul kommunikasieprobleme van hierdie week. Terwyl Pa en B in interaksie is, poog Ma dikwels om tussenbeide te kom en om Pa indirek aan te val deur B te ondersteun. Sy (Ma) word egter telkens deur die terapeut terruggehou. Pa en B kom tot 'n kompromie dat as hulle verskil, hulle eers sal uitklaar wat die ander een bedoel. Indien hulle steeds verskil, sal hulle mekaar se standpunte respekteer.

Op hierdie stadium verlaat die kinders die terapie lokaal. Die terapeut gaan meer spesifiek na hoe die kommunikasie tussen Pa en Ma die week verloop het.

Pa : "Ek sal eintlik sê tussen ons twee is dit eintlik 'n ander atmosfeer, 'n ander benadering."

T : "Ander benadering?"

Pa antwoord hierop deur spontaan en direk met sy vrou daarvoor begin te gesels.

Pa : "In die verlede sal jy iemand se woorde verkeerd vertolk het en dan begin 'n argument, dan word dit net erger. Nou sê jy wag 'n bietjie, ... en dan probeer ons mekaar verstaan."

T : "Asof julle meer oop is vir mekaar en minder afleidings maak."

Pa : "Dit is so ... ook meer geduld."

Ma : "Asof jy 'n beter verstandhouding het ... nie meer soos 'n kind wil stry nie."

Ma : "As hy 'n standpunt het, kry jy hom moeilik daarvan af."
(Ma direk aan T)

Die terapeut wil die indirekte wyse waarop die man en vrou met mekaar deur die terapeut kommunikeer stop en plaas hulle soos volg in direkte kommunikasie.

T : "Wat wil jy eintlik vir hom sê?"

Hierna klaar die vrou 'n onduidelike boodskap oor die gebruik van hul motor, met haar man uit. Die terapeut ondersteun hulle beide afwisselend, sodat die probleem opgelos kan word. Hierna noem die vrou dit dat haar man soms, volgens haar, te ernstig is en omdat sy 'n meer ligsinnige geaardheid het, lei dit dikwels tot struwelinge. Hul gesprek lei daartoe dat haar man sensitief is vir konflikte oor huislike aangeleenthede, voor vreemde mense. Hulle bespreek dit aan die hand van 'n onlangse situasie wat by vriendin gebeur het. Die vrou het vir haar vriendin vertel dat haar man soms vir haar koffie maak, terwyl hulle besig was om te gesels oor hoe hulle mans hulle help. Die man verduidelik na aanleiding hiervan vir sy vrou dat hy sensitief is oor sy werksituasie waar hy as gevolg van sy mediese probleem (Ankylisis Spondilites) klerklike werk saam met vrouens doen en gevolglik ook dikwels moet koffie maak. As gevolg daarvan was hy sensitief daarvoor dat sy koffiemakery voor ander bespreek is. Verder het hy ook gekrenk gevoel dat die vriendin se man hom alleen gelaat het en by die vrouens gaan gesels het. Die vrou aanvaar egter glad nie haar man se verduideliking nie. Dit blyk duidelik uit haar gedrag, deurdat sy vinnig en met 'n hoë stemtoon praat en sy hom steeds geagiteerd aanval dat hy te ernstig is.

Die terapeut gee die vrou die taak om vas te stel hoe haar man die situasie beleef het en bring haar telkens terug na haar man se gevoelens toe. Hierdeur fokus die terapeut op die vrou se vermoë om die regte boodskap van haar man te ontvang. Na 'n tyd slaag sy soos volg daarin:

Ma : "Was jy geïrriteerd?"

Pa : "Ja, eintlik was ek ... ek sou sê vernedered gevoel."

Die vrou praat in 'n laer stemtoon en meer sensitief.

Ma : "Hoekom het jy vernedered gevoel?"

Pa : "... Ek sou nie so opgetree het nie, net opstaan en iemand in die sitkamer alleen los nie. Dit is ook nie die eerste maal wat hy dit doen nie, hy het dit al baie gedoen ... dit is eintlik skerts met seermaak.

Soos toe jy vir Marie (kollega van die man) ontmoet het, toe vra jy of sy dieselfde werk doen as ek. Dan dink ek miskien is my vrou nie so trots op my nie, dis hoekom ek nie daarvan hou dat jy oor daardie situasies met ander praat nie."

Ma verstaan haar man se gevoelens en optrede nou beter. Sy noem dat as sy in so 'n situasie was, sy iemand wat haar so swak behandel sal ignoreer of direk konfronteer. Sy is egter steeds van mening hy is te liggeraak.

Ma : "... maar as hy 'n beginsel het sal hy nie daarvan afwyk nie. Dit is soos ek hom waardeer. Ek sal afwyk soos die kinders."

Pa : "Ek voel daar is sekere dinge waaroor jy ernstig is en party goed oor nie."

Ma : "Soos A nou die dag gesê het - Ma, ek het 'n Pa soos 'n rots, as hy so staan dan staan hy so, 'n baie trotse Pa!"

Die man en vrou glimlag tevrede saam.

Ma : "Dis hoekom ek na hom opsien as man, maar ek gaan afwyk en aanpas by situasies." (Ma direk aan T)

T : "Ek hoor dat jy twee dinge sê. Enersyds dat jy waardeer dat hy vasstaan op sekere dinge en andersyds dat hy soms te ernstig is oor nietighede." (T direk aan Ma)

Ma : "Ja, dit is so!"

Omdat die vrou haar telkens by die kindersubsteeem voeg, kom dit in die voorafgaande gedeelte weer na vore dat die man nie die nodige ondersteuning van sy vrou ontvang nie.

In die skewe gesinstruktuur bevind die vrou haar egter tussen die kindersubsteeem en haar man in 'n moeilike "tussengangerrol". Enersyds tree sy op asof sy soos die kinders, min verantwoordelikheid het en plaas haarself sodoende in 'n ongeskikte posisie teenoor haar man. Dit veroorsaak dat haar man, wat die instandhouding van die gesinsisteeem betref, alleen in die ouersisteeem is. Andersyds is sy op gelyke vlak met hom en vertolk sy die instrumentele leierrol. As gevolg van die konflik waarin die rol as "tussenganger" haar plaas, slaag sy nie daarin om haar man voldoende te ondersteun nie. Sy bly dus in hierdie "tussengangerrol". Indien sy daarin kan slaag om haar

man voldoende te ondersteun, sal sy haar huwelikssubsteem funksies meer effektief uitvoer. Die grens tussen die oer-substeem en die kindersubsteem sal gevolglik ook meer effektief wees.

Nadat die vrou wel daarin slaag om haar man in bogenoemde transaksie te ondersteun, bespreek haar man met haar sy ervaring. Dit kring dan ook verder uit deurdat sy hom 'n positiewe kompliment gee. Die terapeut sluit hierdie sessie af deur 'n positiewe herformulering van die verskille wat die egpaar bespreek het, te gee.

T : "Julle is werklik 'n bevoorregte huwelikspaar. Julle sorg saam dat twee van die belangrikste eienskappe in julle huwelik is, naamlik dat julle aan die eenkant nie van sekere vaste beginsels afwyk nie en aan die anderkant buigbaar is in sekere situasies

Hierdeur word beide die man en die vrou se optrede vir hulle huweliksmaats in 'n positiewe perspektief gestel. Die kinders word doelbewus nie in die bogenoemde afsluiting betrek nie. Hierdeur laat die terapeut by hulle die boodskap dat hul huwelikssubsteem onafhanklik van die kindersubsteem bestaansreg het.

7.6 VYFDE GESINSTERAPIE-SESSIE

In hierdie sessie is slegs Pa, Ma, A en C teenwoordig. B daag as gevolg van haar eksamens nie op vir hierdie sessie nie. Weer eens is die gesin besig om oor A se huisverlating, asook sy laat tuiskoms saans te gesels, toe die terapeut die lokaal binne kom. Die terapeut sluit by die gesin aan deur die gesprek oor A se huisverlating verder te fasiliteer, reeds omdat die tema volgens die terapeut belangrik is vir die gesin se funksionering. Hierdeur is die terapeut ook van mening dat dit goed is dat die fokus tydelik van C afgelei word, sodat sy in die terapeutiese sisteem nie as die oorsaak van alle gesinsproblematiek beskou word nie.

Beide ouers stel hul standpunte oor A se tuiskoms saans. Pa verwag van A net 'n aanduiding wanneer hy in die aande inkom. Ma skerm egter deurentyd vir A se behoeftes en stel geen perke aan hom nie. Sodoende tree sy weer duidelik op as "tussenganger"

tussen die ouer- en kindersubsteme. Sy noem dat sy ook soms laat inkom. Die terapeut ervaar weer eens dat Ma haarself meer soos 'n kind as 'n ouer in die gesin beleef. Na aanleiding hiervan gee die terapeut opdrag dat hulle as ouers eers as 'n span saam moet besluit wat hulle verwag en dit dan saam aan A moet stel.

In die proses wat hierop volg is dit opvallend hoe A telkens kommentaar wil lewer of aan die gesprek wil deelneem. Die terapeut blokkeer A telkens uit die transaksie tussen sy ouers, totdat A die grense van die ouersubsteme erken en terugsit en luister. Die terapeut lei voorts beide ouers afwisselend om spesifiek en direk te kommunikeer. Ook om nie namens die ander persoon te praat nie, maar om elkeen sy eie opinie te lig. Die terapeut sluit ook aan by die vorige sessie se positiewe formulering van die huwelikssteme en maak dit hier van toepassing op die ouersubsteme. Enersyds is Pa die een wat 'n vaste beginsel wil handhaaf, dat A hom net 'n aanduiding moet gee hoe laat hy inkom. Andersyds is Ma die buigbare een wat voorsiening maak vir uitsonderings. Die ouers kom, in vergelyking met die vorige sessie, makliker tot 'n vergelyk en Pa dra hulle standpunt aan A oor.

Beide A en B is besig om die huis te verlaat en die gesinssteme blyk nog nie gereed te wees om by hierdie interne verandering aan te pas nie. Om hierdie rede fokus die terapeut op die realiteit dat die substeme (Pa, Ma en C) sonder hulle (A en B) moet kan funksioneer. Die terapeut stuur dan ook vir A vir die oorblywende tyd van hierdie sessie uit. Hierdeur word A uit beide die rol as "weerlig-aflieger" van die gesin en die rol as "ondersteuner" van Pa, waarin die gesinssteme hom geplaas het, tydelik bevry. Deur A as "ondersteuner" van Pa uit die situasie uit te sluit, word die vrou gedwing om weer die ondersteuning van haar man waar te neem. Hierdie intervensie is dus primêr daarop gerig om die skewe gesinstruktuur te herstruktureer.

Op navraag hoe dit met C gaan, begin die Ma spontaan die vingeralfabet vir C demonstreer, waarop C sê watter gebare reg en watter verkeerd is. Ook herhaal Pa die demonstrasie van die

vinger-alfabet. Die terapeut prys die ouers vir wat hulle bereik het en wens ook C met die hand geluk dat sy hulle so mooi geleer het. Dis opvallend dat Ma eers in hierdie stadium van terapie begin om ekstra moeite te doen om meer gebare taal en/of vingerspelling spesifiek aan te leer, terwyl Pa, A en B reeds vroeër in die terapie daarmee begin het. Dit gee vir die terapeut 'n aanduiding dat die ma nou gereed is om uit haar rigiede transaksionele patrone met C uit te beweeg en om C se doofheid meer as 'n realiteit te aanvaar.

Die terapeut stel voor dat die ouers 'n balspeletjie met C speel. Die ouers moet eers saam oor die reëls van die speletjie besin en die reëls dan aan C oordra. Die terapeut beklemtoon ook dat die kern van die speletjie is dat hulle regverdige reëls moet handhaaf, ook ten opsigte van C. Deur hierdie intervensie wil die terapeut die ouers in 'n situasie stel om op 'n positiewe en speelse wyse vir C perke te stel, en as ouers konsekwent daarby te hou. Die primêre doelwit is om Ma te ondersteun om die reëls te handhaaf en sodoende duideliker grense tussen haar en C te stel. Hierdeur word Pa in 'n meer informele situasie met C geplaas wat daartoe kan lei dat Pa en C meer in interaksie tree. Indien die doelwit kan slaag, sal die nie-funksionele alliansie tussen Ma en C verbreek word, alhoewel Ma C nog steeds toepaslik psigososiaal ondersteun. Deur die strukturering van die speletjie aan die ouers oor te laat en dat die terapeut nie deelneem aan die speletjie nie, beweeg die terapeut na 'n meer perifêre posisie en word die ouers as toereikend gedefinieer.

Beide ouers maak voorstelle vir die speletjie en hulle kom vinnig tot 'n kompromie, alhoewel Ma in hierdie besluitneming, meer aktief is. Hierop reageer die terapeut deur vir Pa die taak te gee om die reëls van die speletjie aan C oor te dra. Sodoende word hy weer aktief in die interaksie. Hy slaag egter nie die eerste maal daarin om dit aan haar te verduidelik nie. Hierna laat die terapeut Pa en Ma plekke omruil sodat Pa en C direk langs mekaar sit.

Pa

C Ma

T

Na 'n tweede, meer nie-verbale poging, verstaan C beter. Pa beperk homself egter nog grotendeels tot komplekse verbale kommunikasie en enkele sistematiese gebare. Omdat daar nog onduidelikheid is of C al die detail verstaan, modelleer die terapeut vir die ouers dat hulle deur minder en eenvoudiger verbalisasies, die gebruik van liggaamshouding en spasie en ook die meerdere gebruik van gebare, dieselfde boodskap duideliker en effektief kan oordra. Die terapeut neem ook vrymoedigheid om van C te verwag om óf vir haar te wys hoe die speletjie werk óf vir haar duidelik te vertel. Hierna is alle onsekerheid uitgeskakel en C verstaan waaroor die speletjie gaan.

Tydens die speletjie verander die gesin se gemoedstemming merkbaar. Dit is duidelik uit die gesin se lag en gesels dat hulle die interaksie met mekaar geniet. Die terapeut bring Ma enkele kere terug na die reëls en daarna slaag beide die ouers met gemak daarin om die reëls te handhaaf ten opsigte van C sowel as ten opsigte van hulself. Positief in die ouers se interaksie met C, is dat hulle spontaan erkenning gee aan C as sy die bal raak vang. Beide ouers erken spontaan as hulle fouteer het en onderwerp hulself dan ook aan die reëls. C geniet dit aanvanklik terdeë dat haar ouers ook feilbaar is. Deur die eenvoudige speletjie en die toepassing van die reëls, leer C twee beginsels. Eerstens dat sy nie deur haar ouers bejammer word nie, maar dat hulle die reëls streng op haar toepas. Tweedens dat die gesinslede se posisies buigbaar is en al is beide haar ouers in outoritêre posisies, kan hulle ook fouteer.

Na die speletjie vra die terapeut C uit oor watter speletjies sy tuis baie geniet. Beide Pa en Ma wil C help antwoord, alhoewel die terapeut hulle telkens blokkeer en die antwoorde van C self verwag. Die effek hiervan is dat C self vertel wat sy geniet. Laastens gee die terapeut die ouers die opdrag om in

die komende week vir C deur middel van speletjies te leer om by reëls en beperkings te hou en ook dat hulle as ouers konsekwent ten opsigte van die reëls moet optree.

7.7 SESDE GESINSTERAPIE-SESSIE

Die terapeut reël met die gesin dat slegs die ouers en C vir hierdie sessie kom, met die doel om spesifiek aandag te gee aan die ouers se hantering van C. Die terapeut daag hierdie subsisteem (Pa, Ma en C) uit om onafhanklik van die twee adolessente gesinslede (A en B) te funksioneer. Sodoende word A en B bevry van hulle rolle om onderskeidelik vir Pa en Ma te ondersteun en word die ouerpaar in 'n situasie geplaas waar hulle mekaar moet ondersteun.

Die gesin neem die volgende posisies in:

C

Ma

Pa

T

Hierdie posisies gee vir die terapeut 'n goeie aanduiding dat die verandering in die alliansie tussen Ma en C, wat die funksionering van die huweliks subsisteem belemmer, nog onvoldoende is. Nadat die terapeut almal gegroet het, fokus sy dadelik op hulle posisies en manipuleer die spasie deur Pa en C te laat plekke omruil. Hierna verneem die terapeut na die tuisopdrag van die vorige sessie. Alhoewel die frekwensie van vrye spelinteraksies tussen die ouers en C toegeneem het, het hulle nie spesifieke reëls in die speletjies ingebou nie. Die terapeut oorweeg twee moontlike redes waarom die tuisopdrag nie korrek uitgevoer is nie. Die gesin is nog nie gereed om hulle homeostase te verander nie, of die rasionaal van die opdrag was nie vir die ouers duidelik nie. Om laasgenoemde onsekerheid uit te klaar beweeg die terapeut dadelik na 'n konkrete vlak en doen navraag oor spesifieke hanteringsproblematiek wat hulle nog met C ondervind.

Ma : "Sy is soms te lui om te bad. Die laaste tyd los ek haar maar."

Ma se oorbeskerming van C en die diffuse grense tussen Ma en C, kom weer eens na vore uit die inligting wat die ma verskaf. Sy gee egter geringe aanduidings dat sy as ma vir C struktuur begin bied. Die terapeut beweeg hier weer in 'n sentrale posisie in en daag hierdie diffuse grense direk uit. Sy praat direk met C en gebruik totale kommunikasie sodat C verstaan waaroor dit gaan.

T : "Het ma jou gebad tot nege?"

Ma : "Ma jou nog bad?"

C skud haar kop instemmend.

Die terapeut wil die boodskap aan C oordra dat dit 'n uitdaging is om groot te wees en beklemtoon haar positiewe punte.

T : "Jy is al groot, dis net babatjies wat Mamma's nog moet bad."

Pa kyk na Ma en glimlag.

Ma : "Soms is ek haastig en sy bad nie skoon nie, dan help ek."
(verdedigend)

T : "Wat dink Pa, 'n meisie van nege moet sy gebad word?"

Pa : "Nee, nooit." (Pa direk aan Ma)

T : "Wat voel jy daarvoor?" (T direk aan Ma)

Ma : "Partykeer doen ek dit om 'n skreeuery te voorkom."

Verder vertel sy hoe sy nou vir C op 'n speelse wyse gekry het om soms heeltemal op haar eie te bad. Die terapeut daag die diffuse grense nog verder uit voordat sy vir Ma positiewe erkenning gee vir die veranderinge wat reeds plaasgevind het.

T : "Sit Ma nog haar klere uit?"

Ma : "Ja, net om besig te bly en om nie in die badkamer in te gaan nie."

T : "Wat anders kan jy in daardie tyd doen?"

Ma : "O ... in die bed bly (lag en kyk vir Pa) maar dan maak ek jou wakker ... of toebroodjies maak." (laggend)

Pa : "O, ek gee nie om."

T : "Dit klink vir my Ma het genoeg om te doen sodat C haar eie klere kan uithaal. Jy het baie hard gewerk en kan nou bietjie ruskans kry."

Ma : "Ja, sy kan seker self."

Pa stil en passief.

T : "Hoe dink Pa?"

Pa : "Ek dink so ... op 'n stadium waar sy alles, in daardie opsigte self kan doen."

T : "Selfversorging?"

Pa : "Ja."

Dit is duidelik uit die boonstaande inligting dat die verbreking van die oorbetrokkenheid tussen Ma en C, meer ruimte sal laat vir die huweliksstelsel endat die pa dit verwelkom. Die terapeut formuleer die ma se oorbetrokkenheid in 'n positiewe lig om haar sodoende in staat te stel om die gedragspatrone te laat vaar.

Die terapeut vra aan die ouers hoe hulle dit gaan implimenteer om C so ver te kry om haarself te versorg. Hierdeur word die volle verantwoordelikheid daarvan aan die ouers gegee en die terapeut beweeg weer uit op die periferie. Die ouers besluit self op 'n gedragsmodifikasie kaart, waar sy na elke dag wat sy haar selfversorging alleen gedoen het, 'n sterretjie sal kry. Na vyf sterretjies sal sy 'n beloning ontvang.

Die terapeut gee aan die ouers die taak dat een van hulle twee presies aan C sal verduidelik wat hulle van haar verwag en hoe sy beloon sal word. Hierop reageer die pa spontaan en poog om dit vir C te verduidelik. Hy praat weer eens vinnig, baie herhalend en gebruik enkele gebare. Dit is positief dat tydens hierdie interaksie tussen Pa en C, Ma nie eenmaal tussen beide tree om C te ondersteun nie.

Na Pa klaar verduidelik het, is dit onduidelik of C verstaan. Ma probeer ook, maar slaag ook nie daarin nie. Weer eens modelleer die terapeut vir die ouers hoe om deur middel van eenvoudige kort sinne saam met die gebruik van gebare en skrif, met C te kommunikeer en seker te wees sy verstaan waaroor dit gaan.

T : "Wat is dit?" (T teken 'n ster)

C : "Ster."

- T : "Ja, as jy slaap en word wakker, wat moet jy doen."
 C : "Tande borsel."
 T : "Ja en nog? Bad?"
 C : "Ja."
 T : "Klere uit haal."
 C : "Ja."
 T : "Self, nie mamma nie."
 C : "Ja."
 T : "Wat dan?"
 C : "Hare borsel."
 C : "Kamer skoonmaak."
 T : "Slaaptyd, gaan Pa en Ma vir jou 'n ster gee as jy alles self
 gedoen het."
 Ma : "Ja, onthou Pierewit en Pollie moet kos en water kry, nie B nie,
 C."
 C : "Ja."
 T : "Nie B nie, nie mamma nie. Jy is groot! Watter standerd is
 jy volgende jaar?"
 C : "Twee."
 T : "Sien, jy is groot!"
 T : "As jy vyf sterre het, wat dan?"
 C : "Almal swem."

In die bogenoemde interaksie tussen T en C laat Ma meer ruimte vir T en C om alleen te kommunikeer. Dit versterk dus die hipotese wat vroeër in die sessie gestel is, dat die oorbetrokkenheid tussen Ma en C besig is om te verander.

Hierna bespreek die ouers die probleem dat hulle nie weet hoe C dinge beleef en ervaar nie. Deur te fokus op die waarde van nie-verbale nuanses in die kommunikasie van emosies, dra die terapeut die boodskap aan die ouers oor dat C se doofheid en gevolglik beperkte taal en spraakvermoë, hulle nie behoort te verhinder om van haar emosionele belewenis bewus te wees nie.

Die terapeut skryf die basiese emosies wat die ouers noem, op flitskaarte en laat C dit lees. Hierna laat die terapeut die ouers hierdie emosies op 'n nie-verbale wyse demonstreer waarna C die kaart met die regte emosie op uitwys. Ma en Pa demonstreer onderskeidelik die verskeie emosies waarop C die regte

kaart wys en later die regte emosie noem. Op haar beurt demonstreer C weer die verskeie emosies en haar ouers raai wat sy voorstel. Bogenoemde speletjie vind in 'n ligte luim plaas. Hierdie effektiewe kommunikasie tussen die gesinslede plaas 'n positiewe perspektief op hulle vermoë as gesin om intiem mekaar se emosies met mekaar te deel, ten spyte van C se doofheid.

Om die effek van laasgenoemde intervensie te laat veralgemeen in die gesin se alledaagse doen en late, gee die terapeut die ouers die taak om by C uit te vind hoe sy 'n onlangse situasie beleef het. Pa vra byvoorbeeld hoe sy gevoel het toe sy die eerste maal gaan skaats het, waarop sy antwoord dat sy bly was, alhoewel 'n bietjie bang. Ma vra onder andere hoe sy voel as sy sonder koel drank moet gaan slaap, waarop sy antwoord dat sy hartseer voel.

Die terapeut sluit af deur aan die ouers die opdrag te gee om in die eerskomende week, eerstens hulle gedragsmodifikasie vir C se selfversorging te implimenteer. Tweedens dat hulle in die situasies wat opkom, deur middel van C se nie-verbale kommunikasie, probeer vasstel hoe C voel en dan met haar uitklaar of hulle korrek is.

Net voor die gesin die lokaal verlaat vind die volgende interaksie plaas:

- Pa : "As sy nou hier uit stap, praat sy heeltemal anders en duideliker oor die algemeen. Dit is elke keer as daar net een vreemde persoon by is, is sy selfbewus. Sy ken u nou al so goed en in ander situasies is dit ook so."
- Ma : "Dit is 'n ding dat sy nie met ander wil kommunikeer. By die skool kla hulle ook sy praat te sag. By die huis skreeu sy soms. Dit is net asof sy te bang is om te gee as daar iemand by is."

Die terapeut formuleer dit weer eens in 'n positiewe lig en verduidelik aan die ouers dat die meeste kinders selfbewus tussen vreemdes is. Sy sluit af deur vir die ouers te sê dat hulle by die volgende sessie meer spesifiek by C se swak selfvertroue tussen vreemde mense, sal stilstaan.

7.8 SEWENDE GESINSTERAPIE SESSIE

Die terapeut fokus in hierdie sessie weer eens op die subsisteem bestaande uit Pa, Ma en C, om die ouers se hantering van C te bevestig. Hierdie gesinslede neem spontaan die volgende posisies in:

Pa

Ma

C

T

Omdat die ouersubsiteem in bogenoemde plasing duideliker afgebaken is, is die skewe gesinstruktuur besig om in balans te kom.

Nadat die terapeut die terapie lokaal binnegekom het, sluit sy by die gesinsproses aan waar Pa en Ma besig is om vir C harder te laat praat. Die terapeut gee die gesin positiewe erkenning en laat blyk dat hulle spontane gesinsinteraksie eintlik 'n goeie intervensie is. Hierdeur bevestig die terapeut hulle as toereikende ouers wat weet wat hulle kind nodig het. So-ook dat C as kind weet hoe sy moet optree om vir haar ouers die geleentheid te gee om hulle vaardighede as ouers te beoefen. Die ouers werk saam en daag C uit om bekende rympies hard en duidelik op te sê terwyl hulle en die terapeut onderskeidelik hulle oë toehou. Hulle slaag daarin om C so te laat optree voor die terapeut, terwyl beide die ouers en C die interaksie geniet. Die terapeut gee vir beide C en haar ouers positiewe erkenning vir hul prestasie, waarop die ma volg met positiewe terugvoer aan C.

Positief uit hierdie interaksie is dat die ouers mekaar weder-syds ondersteun en dieselfde gedrag van C verwag. Verder ook dat die ouers daarin slaag om C se gedrag op 'n spelende wyse binne 'n positiewe atmosfeer te verander. Hierdie positiewe punte versterk die hipotese dat die skewe gesinstruktuur besig is om te herstel, omdat die ouers nou saam in die ouersubsiteem funksioneer.

Op die terapeut se navraag oor die tuisopdrag, reageer beide ouers positief. Die ma noem dat C nou meer besef dat hulle as ouers van haar verwag om ouderdomstoepaslik op te tree en dat sy dit as 'n uitdaging beleef. Sy noem verder hoedat C hulp geweier het en ontsteld was as ander gesinslede van haar take wou oorneem.

- Ma : "Sy het my uit die badkamer gejaag - 'n paar keer."
 Pa : "Sy het selfs vir my koel drank gemaak."
 T : "Jy, vir Pa koel drank gemaak?" (T direk aan C)
 C : "Jaa..."
 Ma : "Sy het selfs die badkamer self skoongemaak." (Ma direk aan T)
 T : "En die badkamer?" (T direk aan C)
 C : "Skoongemaak."
 T : "Nie B nie?"
 C : "Nee."
 T : "Jy?"
 C : "Ja." (C antwoord met meer selfvertroue)
 T : "B het nie gehelp nie, wat van Mamma en Pappa?"
 C : "Nee."
 T : "Seker A?"
 C : "Nee." (laggend)
 Ma : "Nee, man sy was nou regtig oulik daar was geen frustrasies nie!"

Dit is duidelik dat die oorbetrokkenheid wat tussen Ma en C was, besig is om te verdwyn omdat die grense tussen Ma en C nou duideliker getrek word. In die bostaande transaksie tree die terapeut aktief in interaksie met C om haar uit te daag om selfverseker oor haar nuwe onafhanklikheid te wees. Terselfder tyd het dit die effek dat die ma weer eens C se gedrag komplimenteer.

Die terapeut definieer die gedragsverandering in C in interaksionele terme deur vir die ouers te vra wat hulle tuis gedoen het om C sover te kry. Hulle is van mening dat hulle dit konsekwent van haar verwag het en haar daartoe uitgedaag het.

- Ma : "Sy moet ook voel sy is 'n menswaardige mens en dat 'n mens nie alles altyd uit haar hande vat nie. Al kry sy 'n paar keer seer, voel ek nou sy moet leer."

- Pa : "... wat ek wel sien, dit bou haar selfvertroue baie op."
- Ma : "Ja, nee beslis. Want kyk nou dat ons met die ding besig is, het haar selfvertroue ontsettend baie verbeter. Ek mag nie eers haar kas oopmaak nie, of naby kom nie, dan jaag sy my weg."
- T : "So, C trek ook nou die grense goed tussen wat is Ma se werk en wat is haar eie werk."
- Ma : "Ek sal so sê ja (lag). Nou sit ek en koffie drink in die oggend en hou hom wakker."
- Pa : "Dit pla my nie."
- Ma : "Ek maak hom wakker en gesels."
- Pa kyk vir Ma en glimlag.
- Pa : "Pla my nie."
- T : "So, deurdat julle meer ontspan en minder dinge vir haar doen, het sy meer ruimte om dinge self te doen."
- Ma aanvaar die interaksionele perspektief en erken haar eie aandeel in C se gedrag.
- Ma : "Ja, ... dis hoekom sy elke keer meer dinge self wil doen."
(nadenkend)
- Die terapeut fokus op dieselfde interaksionele gedrag deur dit te herhaal.
- T : "So julle optrede speel 'n rol in haar selfvertroue. As sy weet Pa, Ma, A of B gaan iets vir haar doen, los sy dit. As sy weet sy moet dit self doen, dan is dit vir haar 'n uitdaging."
- Hierna bespreek die ouers verdere takies wat hulle stelselmatig aan haar wil oorlaat en ook dat hulle die sterretjies kaart geïmplimenteer het en dat dit goed werk.
- Opvallend uit bogenoemde interaksie is hoe die meer effektiewe grense tussen Ma en C daartoe aanleiding gegee het dat die frekwensie van interaksie tussen die man en vrou verhoog het. Die vrou is dus duidelik besig om van haar rol as "tussenganger" tussen die kindersubstelsiem en die huweliksstelsiem weg te beweeg na 'n volwaardige lid van die huweliksstelsiem.
- Beide ouers verwys weer na die probleem dat C nie selfvertroue voor vreemde mense het nie, soos gestel deur die pa aan die einde van die vorige sessie. Hierop reageer die terapeut deur

die ouers in interaksie te plaas met die opdrag om as ouers te bespreek wat hulle daaraan gaan doen. Sodoende is die terapeut in 'n meer passiewe rol en die ouers meer aktief. Die ouers se verskillende sienings oor C se doofheid kom weer na vore. Pa is van mening dat mense C se doofheid in ag moet neem deur na haar te kyk as hulle met haar praat, duideliker te praat en om hulpmiddels soos gebare te gebruik. Ma daarenteen wil dat mense gewoon met C praat. Die terapeut wys die twee uiteenlopende standpunte uit en plaas hulle weer in interaksie.

Pa kom met konstruktiewe voorstelle om advies aan mense te gee hoe om met C te kommunikeer. Ma ondersteun egter nie Pa se voorstelle nie, maar spreek telkens die vrees uit dat ander mense sal moed opgee en nie werklik belangstel om met C te kommunikeer nie. Pa verseker Ma dat hy ook sensitief vir C se gevoelens is en dat dit op 'n simpatieke wyse hanteer moet word. Die reaksie van Ma hierop is om te ontspan en verder ook na Pa te luister.

Pa : "Ons moet vir ander leer hoe."

Ma : "Ja, en mense sê altyd, sê vir haar. Hulle kan byvoorbeeld net hulle hand klap."

Beide ouers maak afwisselend voorstelle.

Prosesmatig kyk die man en vrou deurentyd vir mekaar en betrek die terapeut glad nie in hulle gesprek nie. Hulle sit ook deurentyd en "voetjie-voetjie" speel. Dit is positief dat die huweliksstelsel binne die terapeutiese stelsel onafhanklik kan funksioneer. Op grond hiervan stel die terapeut die hipotese dat die huweliksstelsel binne die gesinsistelsel ook onafhanklik kan funksioneer en dat A en B grotendeels beviy is van hul vorige rolle om onderskeidelik Pa en Ma te ondersteun.

Die praktiese wenke waarop hulle besluit om aan die ander mense te gee is die volgende: om vrymoedigheid te neem om met C te praat, om ietwat harder en stadiger met haar te praat, om oogkontak met haar te maak en direk self met haar te praat. Verder besluit die ouers dat hulle nie namens C gaan praat, as sy in interaksie is met ander persone nie. Hulle is van mening dat C sodoende in 'n situasie geplaas word waar sy self

sal moet praat. Die terapeut baken die mense met wie die ouers bogenoemde wil implimenteer af tot slegs intieme familie en vriende. Hierdeur word die ouers se doelwit meer bereikbaar en word verseker dat die ouers vinniger sukses ervaring sal ondervind.

Die terapeut sluit hierdie sessie af deur 'n intervensie waar sy met C 'n selfvertroue speletjie speel. Enersyds om weer te fokus op C se positiewe punte en om haar onafhanklikheid te versterk. Andersyds om dadelik binne die terapeutiese sisteem, die ouers te toets of hulle ruimte kan laat vir die interaksie tussen die terapeut en C, sonder om tussen beide te tree.

Die terapeut stel uitdagings soos die volgende aan C : "Hoe lank is jy? Kom ons kyk in die spieël; Hoe hoog kan jy spring? Hoe hoog kan jy teen die muur raak? Hoe sterk is jy? Maak jou spiere dat ek voel." Hierna speel C en die terapeut saam 'n "armdruk" speletjie volgens sekere reëls.

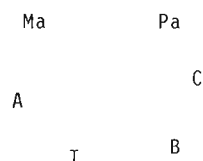
Tydens die terapeut en C se interaksie raak C al hoe meer spontaan en geniet die uitdagings. Die ouers geniet C se prestasies, alhoewel hulle nie eenkeer tussen die terapeut en C inkom met 'n aanmerking, teregwyding of 'n bevel aan C nie. Met tye gesels hulle net met mekaar en vergeet heeltemal van die terapeut en C. Hierdie optrede van die ouers bevestig die terapeut se hipotese dat daar 'n verskuiwing in die gesinstruktuur gekom het, naamlik dat die grense tussen die huweliks-sisteem en kinders-sisteem nou effektief is, sodat die vrou herstel is in die huweliks-sisteem. Die herstrukturering wat plaasgevind het, het daartoe aanleiding gegee dat die gesinsisteem meer effektief funksioneer en die aanmeldingsprobleme besig is om te verdwyn. Op grond van hierdie bevinding besluit die terapeut om die hele gesin vir die volgende sessie te sien en die gesinsterapie te termineer.

Hierna beweeg die terapeut weer na 'n perifere rol en sluit af deur die ouers onderskeidelik op 'n soortgelyke wyse in interaksie met C te plaas. Deur hierdie intervensies, word aan die ouers oorgedra dat hulle die rol van die terapeut binnekort heeltemal

gaan oorneem. Verder ook dat hulle elkeen as ouer, individueel toeganklik is vir C, ten spyte daarvan dat hulle huweliksstelsel nou meer afgebaken is en onafhanklik funksioneer.

7.9 AGSTE GESINSTERAPIE-SESSIE

Tydens die termineringsessie is al die gesinslede op die versoek van die terapeut teenwoordig. Hulle neem die volgende posisies spontaan in:



Die hipotese van die vorige sessie dat die gesinstruktuur meer in balans is word deur die posisies van die gesinslede weer eens bevestig. Nadat die terapeut die lokaal binne gekom het, sluit sy by die gesin se gesprek aan wat handel oor die kinders se uitslae. B en C se uitslae is reeds bekend en die terapeut wens hulle geluk.

Om kontinuïteit met die vorige sessie te verkry, word daar verneem na die tuisopdrag. Ma vertel hoe hulle haar suster gevra het om met C te gesels en hoe hulle haar ook advies gegee het hoe om met C te kommunikeer. C en haar tannie het aanvanklik moeilik met mekaar gekommunikeer, maar het ten spyte daarvan net aangehou totdat hulle mekaar begin verstaan het.

T : "Julle het dit positief aanvaar."

Pa : "Ja, definitief."

Ma : "Sy (C) kyk altyd na my, dat ek vir haar iets moet sê. Toe laat ons haar vir C in die slaapkamer vat en die deur toemaak. So ek was gladnie naby om te help nie. Hulle het speletjies gespeel en gesigte mooi gemaak."

Uit die terugvoer wat die ouers oor die tuisopdrag gee, blyk dit duidelik dat die gesin se selfregulerende meganismes geaktiveer is. Dit word duidelik uit die feit dat die ouers,

uit hulle eie, effektiewe grense trek tussen hulle en C en haar sodoende in staat stel om meer onafhanklik en selfstandig te funksioneer.

Die terapeut vra C uit oor die interaksie tussen C en haar tannie. C vertel hiervan asook hoe sy koekies gebak het. Tydens die vertelling, wou Ma telkens namens C antwoord. Die taak om die ma te blokkeer uit C se kommunikasie met die terapeut word aan die pa gegee omdat die terapeut doelbewus besig is om na die periferie te beweeg.

T : "Vanaand wil ek hê ons moet teruggaan na julle aanvanklike doelstellings en evalueer tot hoe'n mate julle dit bereik het en hoe dinge vir julle as gesin dienooreenkomstig verander het."

Ma : "Ek kan definitief sê, sy het met my spesifiek meer selfstandig begin optree, omdat ek my meer begin terugtrek het. Ek doen nie meer alles vir haar en behandel haar nie meer soos 'n pap babatjie wat in doeke toegevou is nie, ek laat haar meer uitkom."

Die terapeut fokus op die positiewe veranderinge wat die ma noem soos volg:

T : "U kry dit reg om meer te ontspan sodat sy meer onafhanklik kan wees?"

Ma : "Dis hy, ja, ek oorbeskerm haar nie meer so baie nie - as sy wil skree moet sy maar skree."

T : "En u?"

Pa : "Eintlik stem ek saam. Sy tree meer selfstandig op. Ek sien dit eintlik as 'n proses wat nou begin, daar is nog baie ontwikkeling wat gaan kom."

Die terapeut se doelstellings vir hierdie laaste sessie is om elke gesinslid bewus te maak van die positiewe veranderinge wat wel plaasgevind het en wat elke gesinslid gedoen het om die veranderinge teweeg te bring. Hierdeur bevestig die terapeut die interaksionele perspektief van die aanmeldingsprobleme wat hulle as gesin eers as direkte gevolg van C se doofheid gesien het. Verder daag die terapeut daardeur die gesin se selfregulerende meganismes uit om in die toekoms by probleemsituasies aan te pas.

T : "Wat het julle anders gedoen sodat C meer onafhanklik is?"

- Ma : "... ek hou meer by wat ek gesê het, al is dit met 'n bietjie pakslae en trane by, sy sal nie doodgaan daarvan nie."
- T : "Aan die begin was sy baie spesiaal vir julle, byna te spesiaal om pak te kry. (Ma lag en skud haar kop bevestigend) Nou is dit asof julle daardeur kon beweeg en wel vir haar 'n pak kan gee as sy dit nodig het."
- Ma : "Dis asof sy groot geword het, Ek kan nou met haar baklei en raas ook. Sy is nog spesiaal, soos die ander, ook is sy net nie meer 'n babatjie nie."
- Die terapeut gee erkenning aan die ma vir wat sy met C bereik het.
- T : "Dis nou so dat jy haar volgens haar ouderdom kan hanteer."
- Ma : "Dis reg. Ek was altyd so bekommerd sy gaan nie lekker skool toe nie - sy moes altyd lag as sy skool toe gaan. As sy hartseer is moet sy dit nou self verwerk - ek wou dit altyd vir haar gedoen het - nou weet ek, ek kan nie; sy moet self!"
- Die terapeut fokus herhaaldelik op die meer effektiewe grense tussen Ma en C en stel dit hierdie keer na aanleiding van Ma se laaste stelling baie pertinent en sterk.
- T : "Julle is nou nie meer soos een mens nie, elkeen het sy eie dinge wat hy self moet hanteer."
- Ma dink hieroor na en skud haar kop instemmend.
- Ma : "Ja, so iets."
- Pa : "Sy duik nie meer elke tweede aand in ons bed nie."
- Pa kyk na Ma. Sy glimlag en bevestig dit.
- Ma : "Ja, sy slaap nie meer elke tweede aand by my nie."
- Deur die diffuse grense wat voorheen tussen Ma en C bestaan het oor te beklemtoon, fasiliteer dit Pa om spontaan, vir die eerste keer, te noem dat C dikwels by hulle geslaap het. Die terapeut eksploreer hierdie nuwe inligting verder.
- T : "Was dit iets wat voorheen baie gebeur het?"
- Pa : "Ja, nou nie elke aand nie, sê so vyftig-vyftig, en wie kry dit oor die hart om die kind uit te stuur?"
- Ma : "In 'n koue bed?"

Pa : "Ja, ek het gevoel dit is nie heeltemal reg nie, maar dit het nou verander, ek weet nie hoe nie, maar dit het verander."

T : "Sodat sy in haar eie bed slaap en julle jul eie privaatheid het."

Pa : "Ja.. ja."

Hierdie verandering wat Pa meedeel, bevestig dat die huwelik-subsisteem se grense nou ook deur C gerespekteer word. Die terapeut maak C ook bewus wat bespreek word en gee vir haar positiewe erkenning:

T : "Jy raak groot, jy slaap al in jou eie bed."

C instemmend.

Pa : "Sy is meer gretig om self dinge te doen ... Ek dink sy begin verstaan ons begin dinge van haar te verwag. Voorheen sou sy gesê het sy is besig. Nou doen sy dit ... Vandat ons nuwe aanknooppunt gekry het met kommunikasie ... selfs tussen ons, soos ek ander keer genoem het, ek dink tussen ons as gesin het daar ook 'n verbetering gekom."

Die terapeut verwelkom die pa se perspektief dat gesinsinteraksie in geheel verbeter het en fokus doelbewus op hierdie stelling sodat C verder bevry kan word van die "swartskaprool".

T : "Die verandering wat u sien is dus wyer as net C, die verandering was in die hele gesin."

Pa : "Ja, ek voel definitief so, volgens my eerlike opinie, veral tussen my en R (sy vrou) en ook tussen B en C.

T : "Wat het u self gedoen om die verandering te veroorsaak?"

Pa : "Ek dink dat ek meer spesifiek uitgevind het wat die ander een wil oordra en ook gelet op my eie kommunikasie."

Die man en vrou kyk vir mekaar en lag spontaan hardop, terwyl die kinders passief sit.

Ma : "Ons het nou 'n hele spottery by die huis, as iemand iets sê dan vra jy : 'Presies wat bedoel jy? Verduidelik asb.'"

Die egpaar lag weer.

Ma : "Waar dit voorheen op 'n rusie uitgeloop het, loop dit nou op 'n hele grap uit; 'n Gelag in plaas van dikbekke!"

T : "Asof die hele atmosfeer verander het; dat dit meer gemaklik is?"

Ma : "Ek sal sê definitief, ja."

Pa : "Ek dink daar het bietjie lig gekom." (laggend)

Omdat die egpaar telkens vir mekaar kyk en saam gelag het, terwyl die kinders nie-verbaal sowel as verbaal, passief was, wil dit blyk of die egpaar eintlik verwys na hulle huweliks-verhouding wat meer ontspanne is.

Pa bespreek hierna die feit dat hy die afgelope ruk ervaar het dat die tyd wat hy met C spandeer het, meer gekonsentreerde tyd was; saam het hulle misverstande en onduidelikhede grootliks uitgeskakel. Ma noem ook dat sy meer tevrede voel oor haar verhouding met C omdat sy nou met behulp van gebare en vingerspelling voorheen onoorbrugbare onduidelikhede uit die weg kan ruim. Verder noem Ma ook hoe verstom sy is oor C en 'n vierjarige horende kind se goeie kommunikasie. Die terapeut sluit by Ma aan deur vir haar uit te wys dat die kinders met behulp van spel en gebare kommunikeer. Hierdeur fokus die terapeut weer eens op die positiewe definiering van C se nie-verbale vaardighede.

Hierna beweeg die terapeut na A toe en vra na sy siening en bydrae uit.

A : "Ja, dinge het verander. C stel meer vrae en stel meer belang om dinge te doen. Ek speel ook baie met haar."

Ma : "Bietjie baie meer deesdae."

T : "Meer as eers?" (T direk aan A)

A : "Ja ... ek kielie haar meer. Verder dink ek nie het ek veel anders gedoen nie. Sy het meer moeite gedoen om te verstaan en dan doen ek ook meer moeite."

Dit blyk volgens die inligting van die laaste transaksie dat die oplos van C se probleme nie direk spruit uit veranderinge in A en C se interaksie nie, maar eerder direk uit die herstrukturering van die hele gesinsisteem. Die herstrukturering van die gesinsisteem het egter A en C se posisies ten opsigte van mekaar verander en sodoende ook die interaksies tussen hulle positief beïnvloed. Op grond van die sirkulêre verband tussen die herstrukturering van die gesinstruktuur en die veranderinge in A en C se interaksies, het laasgenoemde indirek bygedra tot die oplos van die aanmeldingsprobleme.

In reaksie op navraag oor B se bydrae antwoord B skamerig terug.

B : "Ek weet ook nie wat ek gedoen het nie, ek dink ook C het meer moeite gedoen. Alhoewel ek meestal met haar praat, gebruik ek 'n bietjie meer gebare en skryf af en toe vir haar iets. Dit het ek nie voorheen gedoen nie."

Ook B en C se interaksies het kwalitatief sowel as kwantitatief verbeter. Omdat B voorheen dikwels 'n oerlike rol ten opsigte van C vertolk het, eksploreer die terapeut spesifiek die tema van oorbeskerming deur die ander gesinslede as net Ma.

Ma : "A leer C om nou self in die kafee in te stap en iets te koop. Nog 'n ding, as B en C baklei, het Pa altyd beskerm, nou sê hy los hulle uit. Nou is dit meer asof die kinders se bakleiere hulle eie is. Nou raas ons met C en B."

Hieruit word weer vanuit 'n ander situasie gesien hoedat die gesinstruktuur nou beter funksioneer deurdat elke sub sisteem sy eie funksies onafhanklik uitvoer. Die kindersub sisteem se grense word nou deur die ouers gerespekteer en stel sodoende die sub sisteem in staat om onder andere sy funksie as eerste sosiale laboratorium, waarin portuur verhoudings ge- eksploreer word, uit te voer.

Die terapeut versterk die grens tussen die ouersub sisteem en die kindersub sisteem deur B en C se stoele nader aan mekaar te skuif. Sy toets ook of C verstaan en besef dat haar ouers vir haar en B nou regverdig hanteer.

T : "As B en C baklei, dan gaan Pa en Ma nie help nie."

C verstaan egter nie en T skryf aan C:

"As B en C baklei, wie kry raas?"

C : "B."

T : "C eerste met B baklei, raas Pa of Ma met C. As B eerste met C baklei, raas Pa of Ma met B."

Steeds bly dit onduidelik of C verstaan, en die terapeut besluit om dit nie-verbaal voor te stel en laat B en C kamma baklei. B begin eerste en Ma raas met haar. Hierna ruil die rolle om en Ma raas met C. Steeds bly dit onduidelik of C verstaan en die gesin neem eie inisiatief om die

illustrasie meer uitgebrei voor te stel. Hieruit blyk dit dat die ouers nou meer effektief kommunikeer met C, omdat hulle bly fokus tot sy verstaan.

C slaan kamma eerste.

Pa : "Wat gaan hier aan? Wie het eerste geslaan?"

C stem in dat dit sy is, waarna Pa haar kamma oor sy skoot trek en pak gee. Hierna slaan B eerste. Ma raas en sê: "Wie het eerste geslaan?"

C : "Dis nie ek nie, B!" Hierna kry B weer kamma pak.

Uit C se deelname in bogenoemde voorstelling, is dit duidelik dat C bewus is en verstaan dat haar ouers vir haar en B regverdig gaan hanteer.

Pa : "Wat ek nou eintlik wil sê, vandat ons hier begin het - dit sal jy (sy vrou) saam stem - is dit asof sy minder van hierdie vreeslike nukkerigheid het."

Ma : "Uitbarstings?"

Pa : "Ja, op 'n stadium was dit so, as sy nou een of ander iets wou gehad het, kon haar wil nie gebuig word nie. Nou is dit nie meer so 'n probleem nie."

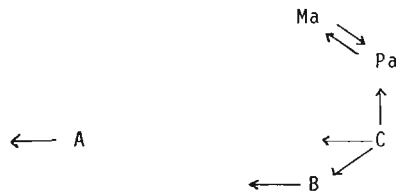
Uit bogenoemde transaksie blyk dit duidelik dat Pa en Ma nou spontaan dinge direk met mekaar bespreek, iets wat hulle met die aanvang van die gesinterapie met moeite kon doen. Op hierdie stadium van terapie word nie die kinders of terapeut in hulle interaksie betrek nie. Hierdie proses verseker die terapeut dat die gesin nou gereed is om te termineer en self voort te gaan.

Die terapeut sluit hierdie sessie af met die doelstelling om die gesin op 'n nie-verbale wyse bewus te maak van die strukturele veranderinge sodat die belangrikheid daarvan vir die gesinslede beklemtoon word. Die impak van so 'n nie-verbale voorstelling is volgens die terapeut ook 'n meer effektiewe afsluiting vir die gesin met beide horende en dowe gesinslede as bloot net 'n verbale afsluiting. Terselfde tyd is dié gesinsvoorstelling 'n wyse waarop die terapeut die gesin f'naal kan herevalueer.

T : "Interessant hoe julle as gesin verander het en ook hoe julle posisies verander het. Kan julle dit vir my in ruimte nie-verbaal demonstreer?"

Hierop reageer Pa deur die spanpoging tussen hulle as ouers verbaal uit te wys; dat hulle mekaar ondersteun en mekaar nie meer saboteer nie. Die terapeut sluit hierby aan deur weer die positiewe herformulering oor hulle ouersubstelsiem, dat hulle 'n bevoorregte ouerpaar is wat beide liefde en struktuur kan gee, te stel.

Die terapeut beweeg egter terug na die opdrag en verduidelik die beginsels van so 'n voorstelling weer aan die gesin. Hierna stel Pa sy gesin soos volg voor:



Volgens hierdie voorstelling kyk Pa en Ma na mekaar, kyk C afwisselend na Pa, Ma en B, B kyk weg en is besig om uit die kerngesin te beweeg en kyk A na die deur se rigting en is reeds uit die kerngesin.

Uit hierdie voorstelling is dit dus duidelik dat die man en vrou saam gevestig is in die huweliksstelsiem van die gesin. Die alliansie tussen Ma en C wat dikwels Pa uitgesluit het, het verdwyn. Dit stel die man en vrou in staat om mekaar weer toepaslik, in terme van die ouer- en huweliksstelsiem se funksies, te ondersteun. Die meer effektiewe grense tussen Ma en C bevry C ook om hoofsaaklik in die kindersstelsiem te funksioneer. Die grense tussen Pa en die kinders is nou meer deurdringbaar as vroeër en direkte kommunikasie kan nou meer spontaan plaasvind. Laasgenoemde aspekte van die gesinsfunksionering laat Ma se rol as "tussenganger" tussen die ouers- en kindersstelsiem verval en lei saam daartoe dat die gesinsstelsiem weer in balans is.

Alhoewel daar volgens die terapeut nog onopgeloste aspekte tussen die man en vrou is, is daar nou 'n positiewe klimaat tussen hulle waarbinne hulle interaksies kan verbeter.

Hierdie positiewe verandering het veral die laaste twee sessies momentum gekry. In die voorstelling kom dit ook duidelik na vore, hoedat hulle primêr op mekaar gerig is, alhoewel nog in die sirkel van die kerngesin en gevolglik ook toeganklik vir die kinders. Die verbeterde huweliks-verhouding veroorsaak ook dat die ouersubstelsel sy funksies meer konsekwent, regverdig en effektief uitvoer.

Positief in die voorstelling is die feit dat die twee ouer kinders, toepaslik vir die gesin se ontwikkelingsfase, losgelaat word. A word reeds onafhanklik van die gesin voorgestel en B as besig om uit te beweeg uit die kerngesin. Dit verskil drasties van die aanvanklike patrone waar A deur die stelsel gedwing was om Pa te ondersteun en so-ook B om vir Ma te ondersteun en dus nie in staat was om uit die gesin te beweeg nie.

Dit is opmerklik dat Pa noem dat C afwisselend na elke gesinslid kyk in die voorstelling. Hieruit lei die terapeut af dat C se kommunikasieprobleme met die gesinslede nie meer 'n primêre struikelblok is nie. Pa het ook deur 'n gesinsperspektief aan die kommunikasieprobleme te gee, C bevry van die "swartskaaprol".

Met hierdie voorstelling is die terapie afgesluit en nadat die terapeut en die gesin gegroet het, verdaag die gesin.

SAMEVATTING

Die herevaluering van die gesin was 'n deurlopende proses soos die gesinsterapie gevorder het. Veranderinge wat in die gesinstruktuur en -aanpassing plaasgevind het, is finaal geëvalueer met behulp van die laasgenoemde voorstellingstegniek. Die strukturele doelwitte van die eerste sessie, is deur die toepassing van strukturele gesinsterapie met die klem op nie-verbale speltegnieke en totale kommunikasie grootliks bereik. Die strukturele verandering word kortliks saamgevat:

Die skewe gesinstruktuur is weer in balans herstel met duidelike en effektiewe grense tussen die ouer- en kindersubstelsels. Faktore wat onder andere daartoe bygedra het is

die verbreking van die alliansie tussen Ma en C, deur effektiewe grense tussen hulle te bevestig. Verder ook deur B te bevry van die ouerrol wat sy soms moes vertolk. Ma se posisie en verantwoordelikheid as ouer is ook weer bevestig, sodat sy nou weer saam met Pa in die ouersubstelsiem funksioneer. Die ouersubstelsiem se funksies word ook nou meer effektief uitgevoer. Die hanteringsprobleme van C het opgeklaar deurdat die ouers nou saamstem oor C se hantering en dit konsekwent uitvoer. Die ouersubstelsiem slaag ook nou daarin om A en B toepaslik los te laat om geleidelik die huis te verlaat.

Die huweliksstelsiem se funksionering is ook grootliks verbeter deurdat A en B bevry is van hulle onderskeie rolle om Pa en Ma tydens konflikte te ondersteun. Die effek daarvan was dat die egpaar konflikte binne die huweliksstelsiem opgelos het en mekaar wedersyds begin ondersteun het.

Kommunikasie tussen die horende en dowe gesinslede het heelwat verbeter deurdat die gesin 'n gemeenskaplike ontmoetingsarea met behulp van totale kommunikasie kon skep. Die rigiede wyses van kommunikasie is verbreek en hulle kon verskeie alternatiewe wyses (vingerspelling, gesistematiseerde gebare, nie-verbale nuanses en skrif) implimenter wat hulle gesinsaanpassing verbeter het. Die kommunikasieprobleme tussen die horende gesinslede het ook verbeter. Die gesin se meer positiewe perspektief van kommunikasiewyses met C en ook dat kommunikasieprobleme nie net as gevolg van doofheid ontstaan nie, het C van die "swartskaaiprof" bevry. Die gesin neem hulle gesinsprobleme nou ook meer realisties waar en skryf nie meer alle gesinsprobleme aan C se doofheid toe nie.

Deur hierdie positiewe strukturele veranderinge, slaag die gesin dus daarin om meer effektief by hulle huidige situasie aan te pas. Op grond van die feit dat die gesinslede in die laaste sessie in staat was om meer eie inisiatief te neem en meer aktief en direkief met mekaar in interaksie te tree, terwyl die terapeut meer op die periferie was, wil die terapeut voorspel dat die gesin se selfregulerende meganismes die positiewe verandering in stand sal hou en die veranderinge moontlik verder sal uitbrei.

HOOFSTUK 8

SAMEVATTING

Die ontwikkeling van psigoterapeutiese tegnieke, met die doel om effektiewe en blywende gedragsveranderinge by dowe kinders met sielkundige probleme te realiseer, het eers onlangs momentum gekry. Daar is nog weinig spesifieke tegnieke ondersoek en nagevors. Die psigoterapeutiese tegnieke wat wel in die literatuur gevind is, is onder andere spel terapie, oerleiding, gedragsterapie en groepsterapie. Heelwat struikelblokke is in die tradisionele psigoterapeutiese tegnieke ondervind omdat die klem hoofsaaklik op insig en simboliek geval het. 'n Behoefte het dus ontstaan aan die verdere ontwikkeling en verfyning van sielkundige behandelingsmetodes met dowe kinders. Vir die sinvolle verdere ontwikkeling van genoemde tegnieke, word kennis van doofheid en die gevolg daarvan op menslike bestaan vereis.

Hoewel daar nog heelwat onduidelikheid bestaan oor hoe doofheid presies 'n kind se ontwikkeling beïnvloed, bevestig die meeste skrywers dit dat doofheid wél 'n komplekse effek op 'n kind se algemene ontwikkeling en funksionering het. Die gevolge van doofheid word hoofsaaklik in twee groepe verdeel: Eerstens die onvermydelike gevolge van doofheid en tweedens die gevolge van omgewingsfaktore. Die onvermydelike gevolge van doofheid, kan waargeneem word in die emosionele interaksies, waarnemingsvermoë, taalontwikkeling en kommunikasie van 'n dowe kind. Isolاسie en eensaamheid binne interpersoonlike verhoudings, is egter die ingrypendste gevolg van doofheid, wat voortspruit uit hierdie aspekte. Verder het die verskeie omgewingsisteme waarbinne 'n dowe kind hom/haar bevind 'n effek op sy/haar ontwikkeling. Die belangrikste omgewingsisteme is die gesin, skool, dowe subkultuur en breë samelewing.

Levine (1960) konstateer dat die negatiewe vooroordele en houdings van die sosiale omgewing waarbinne 'n dowe kind hom/haar bevind, 'n kind meer beïnvloed as doofheid *per sé*. Die volgende hipotese is op grond van hierdie stelling van haar, gestel: Indien die psigoterapeut daarin slaag om 'n meer gunstige sosiale omgewing vir 'n dowe kind met sielkundige probleme, te skep, sal meer effektiewe en blywende gedragsveranderinge by sodanige kind realiseer.

Die gesin is egter die eerste sosiale omgewing van 'n dowe kind en bepaal direk 'n kind se interaksie met die breër sosiale omgewing. Die gesin is dus, op grond hiervan, 'n aangewese beginpunt vir die psigoterapeut om 'n gunstige omgewing vir 'n dowe kind te skep. Dit vereis egter kennis van 'n dowe kind se interaksie met sy/haar gesin.

In die literatuurstudie is die aard van 'n horende gesin met 'n dowe kind, se struktuur en aanpassing, nagegaan en beskryf volgens Minuchin (1974) se strukturele benadering. Die gesin se rol in 'n dowe kind se problematiek het duidelik na vore gekom in die gesinsinteraksionele perspektief wat aan die dowe kind se emosionele belewenisse en gedrag gegee is. Daar is gevind dat hierdie gesinne, in die eerste plek gesinne is met unieke gesinstrukture en aanpassingsvermoëns en in die tweede plek gesinne met 'n dowe kind is. Uit goed aangepaste gesinne met goed aangepaste dowe kinders, blyk dit duidelik dat die realistiese implikasies wat 'n dowe kind meebring, nie sodanig is dat dit gesonde gesinstrukture en -aanpassing ingrypend behoort te strem nie. Funksionele en nie-funksionele gesinsaanpassing is onderskei volgens die wyse waarop sodanige gesinne kon aanpas by die interne en eksterne bronne van spanning, wat veroorsaak is deur die geboorte van 'n dowe kind.

Die doel van hierdie studie was om die gestelde hipotese te toets aan die hand van gesinsterapie. Die volgende vereistes is in die hipotese gestel vir die skep van 'n gunstige omgewing deur die psigoterapeut:

- die betrokkenheid van die sosiale omgewing in psigoterapie;
- 'n interpersoonlike raamwerk waarvolgens 'n dowe kind se problematiek geëvalueer en behandel word;
- die kommunikasieprobleem van die dowe kind moet so ver moontlik oorkom word;
- 'n positiewe perspektief van die dowe kind se inherente sterktes en aanpassingsvermoë moet bevestig word.

Gesinsterapie stel die terapeut instaat om bogenoemde vereistes te akkomodeer en derhalwe 'n gunstige omgewing vir 'n dowe kind te skep, omdat dit:

- die gesin aktief en direk betrek by die behandeling van 'n dowe kind en gevolglik die invalshoek van die primêre sosiale omgewing benut;
- uit hoofde van sy inherente aard, alle problematiek interpersoonlik evalueer en behandel;

- deur die gebruik van algemene kommunikasie-intervensies, die benutting van nie-verbale tegnieke en die gebruik van totale kommunikasie, die kommunikasieprobleem grootliks oorbrug;
- deur die geïnteraksionele definiëring van probleme en die gebruik van aksie-tegnieke, 'n positiewe perspektief van die dowe kind ontwikkel.

Die strukturele gesinsterapie van Minuchin (1974), is in die literatuur beskryf en in die gevallestudie gebruik. In die bespreking is die rasionaal, terapeutiese doelwitte en terapeutiese tegnieke, asook die toepassing daarvan op 'n horende gesin met 'n dowe kind, nagegaan. Spesifieke aspekte kenmerkend aan gesinsterapie met hierdie gesinne is uitgelig in die vorming van 'n terapeutiese sisteem, die gesinsevaluering en die proses van gesinsterapie. Kenmerkend aan die proses van gesinsterapie met die betrokke gesinne is onder andere die deurwerk van die rouproses, intervensies ten opsigte van kommunikasie en intervensies ten opsigte van die gesinstruktuur. In gesinsterapie met 'n horende gesin met 'n dowe kind, moet die terapeut oordeelkundig te werk gaan en slegs nie-funksionele gesinstrukture verander as dit daartoe lei dat 'n gesin meer effektief aanpas by hul spesifieke omstandighede.

Die gebruik van spel in gesinsterapie met 'n dowe kind, is ook in die literatuur nagegaan. Die rasionaal hiervoor is dat spel 'n natuurlike wyse van selfekspresie en kommunikasie van 'n kind, by uitstek van 'n dowe kind, is. Spel is ook 'n aanvaarbare en effektiewe wyse waarop die terapeut by die gesin kan aansluit, die gesinsisteem kan evalueer en ook die gesinsisteem kan herstruktureer.

In die gevallestudie is 'n gesinsterapie van 'n horende gesin met 'n negejarige dowe kind beskryf. Strukturele gesinsterapie met die klem op aksie- en speltegnieke is in die gevallestudie geïmplimenteer.

Die eerste fase van hierdie terapie is gekenmerk deur die vorming van die terapeutiese sisteem. Dit is bewerkstellig deur by elke gesinslid individueel aan te sluit. Die terapeut het ook aangesluit by die horende gesinslede se meer verbale kommunikasie en dowe gesinslede se meer nie-verbale kommunikasie. Totale kommunikasie is gebruik wanneer die dowe kind in die gesprek betrek is. Verder is daar ook van aksie-tegnieke en spel-intervensies gebruik gemaak. Sodoende is 'n ontmoetingsarea tussen

die horende en dowe gesinslede geskep, binne die terapeutiese sisteem. In die vorming van die terapeutiese sisteem, is die gesin bewusgemaak van die interaksionele definiëring van gedrag deurdat die terapeut die gesinsinteraksies telkens nagegaan het en die gesin daarop attent gemaak het.

'n Diagnostiese evaluering is gedoen, deur 'n strukturele analise van die gesin te maak. In hierdie evalueringsproses is gebruik gemaak van agtergrondgegevens, die observering van die gesinsterapeutiese proses en nie-verbale gesinsvoorstelling (sculpting). Die gesin het aanvanklik al die gesinsproblematiek toegeskryf aan die feit dat C doof is en het hulle gesinsprobleme geminimaliseer. Deur die gebruik van speltegnieke, het hulle egter hulle kernprobleme uitgebeeld en gevolglik ook self daarvan bewus geraak. 'n Voorbeeld hiervan is dat hulle na so 'n tegniek, besef het dat die kommunikasieprobleme ook tussen horende gesinslede aanwesig is.

In die herstrukturering van die gesin is daar van die volgende intervensies gebruik gemaak: Effektiewe grense is op verskeie wyses tussen die sub-sisteme bevestig. Positiewe herdefiniëring was 'n intervensie wat gebruik is om die gesin se verandering van nie-funksionele gedragspatrone, te fasiliteer. Spel is ook suksesvol gebruik as herstruktureringstegniek binne die breër gesinsterapeutiese proses. Die gebruik van spel was veral effektief om die dowe kind se positiewe eienskappe vir die gesin uit te lig. Vir die betrokke gesin was spel 'n aanvaarbare medium waardeur hulle hul nie-funksionele gedragspatrone kon verander. Hierdie verandering het binne 'n positiewe en gemoedelike atmosfeer plaasgevind.

Aan die einde van die terapie was dit duidelik dat die skeefgetrekte gesinstruktuur weer in balans was en dat die gesin se selfregulerende meganismes in werking was. Die gesinslede het self inisiatief geneem om die positiewe veranderinge te bevestig en uit te bou. Die gesin het ook spontaan begin om die dowe kind in staat te stel om effektief met die breër sosiale sisteem in interaksie te tree.

Die positiewe resultate wat verkry is deur die toepassing van gesinsterapie by 'n dowe kind, versterk die gestelde hipotese. Met behulp van gesinsterapie is daarin geslaag om vir hierdie dowe kind 'n meer gunstige primêre omgewing te skep, wat gelei het tot positiewe gedragsverandering. Gesinsterapie het dus die verskeie struikelblokke, wat in die tradisionele

psigoterapeutiese proses aanwesig was, grootliks oorbrug. Hierdie studie moet slegs beskou word as 'n voorstudie, waarvan die resultate nie veralgemeen kan word nie, alvorens verdere uitgebreide navorsing genoemde resultate bevestig het. Die positiewe resultate dien egter as 'n aanduiding dat gesinsterapie effektief as 'n alternatiewe sielkundige behandelingsmetode aangewend kan word by dowe kinders.

BIBLIOGRAFIE

- Altshuler, K Z : The social and psychological development of the deaf child: Problems, their treatment and prevention. American Annals of the Deaf, 1974, 119, 365-376.
- Altshuler, K Z; Deming, W E; Vollenweider, J; Rainer, J D & Tendler, R : Impulsivity and profound early deafness: A cross cultural inquiry. American Annals of the Deaf, 1976, 121, 331-345.
- Allen, J C & Allen, M L : Discovering and accepting hearing impairment: Initial reactions of parents. Volta Review, 1981, 5, 279-285.
- Andolfi, M : Family therapy, An interactional approach. New York: Plenum Press, 1979.
- Anthony, R A : A pilot study of the effect of training in interpersonal process recall on the affective sensitivity and empathy of hearing parents of deaf children. Dissertation Abstracts International, 1980, 41, 1018A.
- Aponte, H J & Van Deusen, J M : Structural family therapy. In A S Gurman & D P Kniskern (Eds), Handbook of family therapy. New York: Brunner/Mazel, 1981.
- Axline, V : Play therapy. New York: Ballantine Books, 1947.
- Barker, P : Basic Family Therapy. London: Granada, 1981.
- Barsch, R H : The parent of the handicapped child. Springfield: Charles C Thomas, 1968.
- Bateson, G; Jackson, D D; Haley, J & Weakland, J : Towards a theory of schizophrenia. Behavioral Science, 1956, 1, 251-264.
- Beckett, J A : General systems theory, psychiatry and psychotherapy. International Journal of Group Psychotherapy, 1973, 23, 292-305.
- Bentovim, A; Barnes, G G & Cooklin, A : Family therapy : Complementary frameworks of theory and practice, Volume 2. London: Academic Press, 1982.
- Black, D : Handicap and family therapy. In A Bentovim, G G Barnes & A Cooklin (Eds), Family therapy: Complementary frameworks of theory and practice, Volume 2. London: Academic Press, 1982.
- Bloch, D A : Techniques of family psychotherapy: a primer. New York: Grune and Stratton, 1973.
- Bolton, B : Psychology of deafness for rehabilitation counselors. Maryland: University Park Press, 1976.
- Burr, W R; Hill, R; Nye, F L & Reiss, L L : Contemporary Theories about the family, Volume 2. New York: The Free Press, 1979.

- Cantor, D W & Spragins, A : Delivery of psychological services to the hearing-impaired child in the elementary school. American Annals of the Deaf, 1977, 122, 330-335.
- Corliss, P A : Communication patterns of mothers of young deaf children. Dissertation Abstracts International, 1981, 42, 1006A.
- Dale, D M C : Deaf children at home and school. London: University of London Press Ltd, 1969.
- Dalgleish, B : Communication preference and the social conditions of language learning in the deaf. American Annals of the Deaf, 1975, 120, 70-77.
- Dare, C & Lindsay, C : Children in family therapy. Journal of Family Therapy, 1979, 1, 253-269.
- Freeman, R D; Malkin, S F & Hastings, J O : Psychosocial problems of deaf children and their families: A comparative study. American Annals of the Deaf, 1975, 120, 391-405.
- Fundudis, T; Kolvin, I & Garside, R F : Speech retarded and deaf children: Their psychological development. London: Academic Press, 1979.
- Garweck, S & Ysseldyke, J E : Limitations of current psychological practices for the intellectual assessment of the hearing-impaired: A response to the Levine study. The Volta Review, 1975, 77, 243-248.
- Getz, S : Environment and the deaf child.. Springfield: Charles C Thomas, 1953.
- Gildenhuys, A A : 'n Diepte ondersoek na die spelterpie van 'n sesjarige dogter met hoë angs. Ongepubliseerde M.A.-Verhandeling, Universiteit van Pretoria, 1980.
- Ginsberg, B G; Stutman, S S & Hummel, J : Notes for practice: Group filial therapy. Social Work, 1978, 23, 154-156.
- Glick, M D & Kessler, D R : Marital and family therapy. New York: Grune and Stratton, 1980.
- Greenberg, M T : Mode use in deaf children: The effects of communication method and communication competence. Applied Psycholinguistics, 1980, 1, 65-79.
- Gregory, S : The deaf child and his family. London: Allen & Unwin, 1976.
- Griff, M D : Family Play Therapy. In C E Schaefer & K J O'Conner (Eds), Handbook of Play Therapy. New York: John Wiley and Sons, 1983.

- Groht, M A : Natural language for deaf children. Washington: Alexander Graham Bell Association for the Deaf, 1967.
- Gurman, A S & Kniskern, D P : Handbook of family therapy. New York: Brunner/Mazel, 1981.
- Haworth, M R : Child psychotherapy: Practice and theory. New York: Basic Books, 1964.
- Haley, J : Strategies of Psychotherapy. New York: Grune and Stratton, 1963.
- Haley, J : Problem solving therapy. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1976.
- Hearn, J & Lawrence, M : Chipping away at family problems. Social Work Today, 1983, 14, 8-10.
- Hersch, L B & Solomon, M A : A Comprehensive approach to understanding deafness. American Annals of the Deaf, 1973, 118, 34-36.
- Howarth, J N & Hughes, M E : Verbal interaction between mothers and their young hearing-impaired children. Proceedings of the International Congress on the Deaf, Hamburg, 1980. Julius Groos Verslag, 1982, 527-531.
- Hoyt, M F; Siegelman, E Y & Schlesinger, H S : Special issues regarding psychotherapy with the deaf. American Journal of Psychiatry, 1981, 138, 807-810.
- Jernberg, A M : Theraplay. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1979.
- Kapp, J A : 'n Psigodiagnostiese ondersoek na die persoonlikheidsstruktuur van 'n groep gehoorgebreekte leerlinge. Ongepubliseerde M.A.-verhandeling, Universiteit van Pretoria, 1965.
- La Monte Ohlson, E : The meaningfulness of play for children and parents: An affective counseling strategy. Journal of Family Counseling, 1974, 2, 53-54.
- Levine, E S : Youth in a soundless world. New York: University Press, 1956.
- Levine, E S : The psychology of deafness. New York: Columbia University Press, 1960.
- Levine, E S : Psychological test and practices with the deaf: A survey of the state of art. Volta Review, 1974, 76, 298-319.
- Liben, L S : Deaf children: Developmental perspectives. New York: Academic Press, 1978.

- Liversidge, E B & Grana, G M : A hearing impaired child in the family: The parent's perspective. Volta Review, 1973, 75, 174-184.
- Lewis, M M : Language and personality in deaf children. London: King, Thorne and Stace, 1968.
- Meadow, K P : Early manual communication in relation to the deaf child's intellectual, social and communicative functioning. American Annals of the Deaf, 1968, 118, 29-41.
- Meadow, K P : Deafness and child development. London: Edward Arnold Publishers, 1980.
- Meadow, K P; Greenberg, M T; Erting, C E & Carmichael, H : Interactions of deaf mothers and deaf preschool children: Comparisons with three other groups of deaf and hearing dyads. American Annals of the Deaf, 1981, 126, 454-469.
- Mills, B N : Parent guidance - Multiple family group counseling. Proceedings of the International Congress on Education of the Deaf, Hamburg, 1980. Julius Groos Verslag, 1982, 2, 545-547.
- Minuchin, S : Families and Family therapy. London: Tavistock Publications, 1974.
- Mook, B : The dimension of self in psychotherapy with children. Psychotherapeia, 1978, 4, 8-13.
- Moustakas, C E : Children in Play Therapy New York: McGraw-Hill, 1953.
- Myklebust, H R : The psychology of deafness. New York: Grune and Stratton, 1960.
- Neuhaus, M : The relationship between parental attitudes and the emotional adjustment of deaf children in early childhood, late childhood and adolescence. Dissertation Abstracts International, 1967, B28, 4299B.
- Northern, J L & Downs, M P : Hearing in children. Maryland: The Williams and Wilkins Company, 1978.
- Orgun, I N : Playroom setting for diagnostic family interviews. American Journal of Psychiatry, 1973, 130, 540-542.

- Parson, T & Bales, R F : Family socialization and interaction process. New York: Free Press, 1955.
- Rainer, J D; Altshuler, K Z & Kallmann, F J (Eds.) : Family and mental health problems in a deaf population. Springfield: Charles C Thomas, 1969.
- Robert, M & Simon, M D : Sculpting the family. Family Process, 1972, 2, 49-59.
- Robinson, L D & Weathers, O D : Family therapy of deaf parents and hearing children: A new dimension in psychotherapeutic intervention. American Annals of the Deaf, 1974, 119, 325-331.
- Rubin, M R : Investigating the needs of fathers of deaf children using direct interviews. Proceedings of the International Congress on Education of the Deaf, Hamburg, 1980. Julius Groos Verslag, 1982, 2, 538-543.
- Rutter, M & Hersor, L (Eds.) : Child Psychiatry: Modern Approaches. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1977.
- Schaefer, C E & O'Conner, K J : Handbook of Play Therapy, New York: John Wiley and Sons, 1983.
- Schlesinger, H S & Meadow, K P : Sound and Sign: Childhood deafness and mental health. Berkeley: University of California Press, 1972.
- Shapiro, R J & Harris, R I : Family therapy in treatment of the deaf: A case report. Family Process, 1976, 15, 83-96.
- Sheedy, B C : The creative encounter: Meeting through play in conjoint family therapy. Dissertation Abstracts International, 1978, 38, 3907B.
- Simon, R M : Sculpting the family. Family Process, 1972, 11, 49-57.
- Smuts, H E : Groepterapie met dowe adolessente. Ongepubliseerde M.A.-Verhandeling, Universiteit van Suid-Afrika, 1980.
- Sobol, B S : Art therapy and strategic family therapy. American Journal of Art Therapy, 1982, 21, 43-52.
- Steyn, H J T : 'n Ortopedagogiese besinning oor die probleem van kommunikasie by die opvoeding van die dowe kind. Ongepubliseerde M.Ed.-Verhandeling, Universiteit van Pretoria, 1969.

- Stojnič, B; Krstuč, M & Jojanin, S : Play therapy and behavior changes of the deaf children. Proceedings of the International Congress on Education of the Deaf, Hamburg, 1980. Julius Groos Verslag, 1982, 3, 337-340.
- Sullivan, H S : The interpersonal theory of psychiatry. New York: Norton, 1953.
- Szarek, T : Parenting deaf children - A closer look. Proceedings of the International Congress on Education of the Deaf, Hamburg, 1980. Julius Groos Verslag, 1982, 2, 547-553.
- Tavormina, J B; Boll, T J; Dunn, N J; Luscomd, R L & Taylor, J R : Psychosocial effects on parents of raising a physically handicapped child. Journal of Abnormal Child Psychology, 1981, 9, 121-131.
- Van der Lem, G J : A way of hometraining. Proceedings of the International Congress on Education of the Deaf, Hamburg, 1980. Julius Groos Verslag, 1982, 3, 476-481.
- Van Etten, G; Arkell, C & Van Etten, C : The severely and profoundly handicapped: Programs, methods and materials. London: The C V Mosby Company, 1980.
- Van Kessel, W : Interactie: Een model ter beschrijving van gestoord gedrag en van psychotherapie. Maarsen: Skrywer, 1978.
- Verruggio, S L & Waters, P : Early identification and diagnosis of deafness: Implications for parenting. Proceedings of the International Congress on Education of the Deaf, Hamburg, 1980. Julius Groos Verslag, 1982, 3, 484-491.
- Visser, P J : Gesinsterapie met die gesinsisteem as verwysingsraamwerk. Ongepubliseerde M.A.-Verhandeling, Universiteit van Pretoria, 1982.
- Von Bertalanffy, L : General systems theory: Foundations, Development, Application. New York: Braziller, 1968.
- Walrond-Skinner, S : Family Therapy: The Treatment of Natural Systems. London: Routledge and Kegan Paul, 1976.

- Watzlawick, P; Beavin, J H & Jackson, D D : Progmatics of human communication: a study of interactional patterns, pathologies and paradoxes. New York: Norton, 1967.
- Wedell-Monnig, J & Lumley, J M : Child deafness and Mother-child interaction. Child Development, 1980, 51, 766-774.
- Winnicot, D W : Therapeutic Consultations in Child Psychiatry. London: Hogarth Press, 1971.
- Wisch, F W : Acceptance of the deaf child. Proceedings of the International Congress on Education of the Deaf. Hamburg, 1980. Julius Groos Verslag, 1982, 2, 554-447.
- Ziegler, R G : Task-focussing therapy with children and families. American Journal of Psychotherapy, 1980, 34, 107-118.