

OPSOMMING

'n Onderzoek na die toepassing van die Schoemanmodel in terapie met serebraal gestremde kinders

Deur: Willem Dirk van der Spuy

Studieleier: Dr. Herman Grobler

Graad: Magister Diaconiologiae (Rigting: Speltherapie)

Uit literatuur en persoonlike ondervinding het dit aan die lig gekom dat serebrale gestremdheid 'n toestand is wat fisiese uitdagings stel ten opsigte van die alledaagse lewens van kinders wat met hierdie toestand gediagnoseer is. Afbrekende en negatiewe terugvoer vanaf die samelewing en betekenisvolle persone kan lei tot die ervaring van 'n emosionele wanbalans by hierdie kinders. Alhoewel verskeie modelle vir die aanspreek van emosionele kwessies by serebraal gestremde kinders bestaan, word hulle behoeftes nie binne die terapeutiese opset aangespreek nie. Die doel van hierdie studie was om die toepassing van die Schoemanmodel in terapie met die serebraal gestremde kind te ondersoek. Die Schoemanmodel is 'n terapeutiese model wat op die Gestaltfilosofie gebaseer is en aan die hand van Gestaltspeltherapie gebruik word. Deur die verskeie aspekte van hierdie model te gebruik, bied die studie insig ten opsigte van die toepassing van die Schoemanmodel in terapie met die serebraal gestremde kind.

Sleutelterme: Serebrale gestremdheid; Schoemanmodel; Speltherapie; Gestalttherapie; Kwalitatiewe navorsing; Semi-gestruktureerde onderhoude

SUMMARY

An investigation into the application of the Schoeman model in therapy with children with cerebral palsy

By: Willem Dirk van der Spuy

Supervisor: Dr Herman Grobler

Degree: Master of Diaconiology (Direction: Play Therapy)

Through literature and personal experience it became apparent that cerebral palsy is a condition that poses physical challenges to the everyday lives of children diagnosed with this condition. Negative feedback from society and significant others in the lives of these children may lead to an emotional imbalance in these children. Although various models for addressing emotional issues in children with cerebral palsy exist, their needs within a therapeutic setting are not addressed. The purpose of this study was to investigate the use of the Schoeman model in therapy with the child with cerebral palsy. The Schoeman model is a therapeutic model that is based on the Gestalt philosophy and is used in conjunction with Gestalt play therapy. Through applying the different aspects of this model the study sheds light on the usefulness of the Schoeman model in therapy with the child diagnosed with cerebral palsy.

Key terms: Cerebral palsy; Schoeman model; Play therapy; Gestalt therapy; Qualitative research; Semi-structured interviews

VERKLARING

Hiermee verklaar ek dat 'N **ONDERSOEK NA DIE TOEPASSING VAN DIE SCHOEMANMODEL IN TERAPIE MET SEREBRAAL GESTREMDE KINDERS**, ter gedeeltelike vervulling van die vereistes vir die graad **MAGISTER DIACONIOLOGIAE (SPELTERAPIE-RIGTING)** aan die **UNIVERSITEIT VAN SUID-AFRIKA**, my eie oorspronklike werk is en dat dit nie vantevore aan enige ander universiteit of fakulteit oorhandig is nie. Voldoende erkenning is gegee aan alle bronne wat geraadpleeg en vir die doel van hierdie studie gebruik is.

.....

HANDTEKENING

(MNR. W.D. VAN DER SPUY)

STUDENTENOMMER: 3591-500-5

.....

DATUM

| Taalversorger: Margaret Müller

ERKENNING

Ek is opreg dankbaar teenoor Hoërskool Martie du Plessis vir die fasiliteite en ondersteuning wat vrylik en sonder voorbehoud tot my beskikking was. Baie dankie aan mnr. Kobus Kruger, wat altyd beskikbaar was vir 'n bespreking en wat in my geglo het. Dankie vir u onbaatsugtige hulp, openhartige raad en leiding. Groot dank aan me. Riekie de Kruijff vir u bystand en ondersteuning met die studie. U was 'n waardevolle bron van inligting en inspirasie. Dankie ook aan mnr. Martin Brink, wat altyd bereid was om te luister.

Hierdie studie was nie moontlik sonder my studieleier, dr. Herman Grobler, nie. Dankie dat u verby die teleurstellings, hopeloosheid en frustrasie gekyk het en my deurentyd op inspirerende wyse, soos 'n ware Gestaltmentor, as volwaardige persoon gerespekteer en gehelp het om hierdie studie as deel van my persoonlike groeiproses te assimileer. Dankie dat u die kuns van menseverhoudings verstaan en dit uitleef. Baie dankie vir die laat aande, opofferings, leiding, telefoongesprekke en aanmoediging; dit word opreg waardeur.

Baie dankie aan my ouers en vriendin, Ilse Hattingh. Dankie vir julle gebede, woorde van bemoediging en vertroue in my. Julle opregte omgee en ondersteuning kan nie verwoord word nie en was van onskatbare waarde. Ek is waarlik geseënd. Nogmaals dankie.

Dankie Pappa God, vir die wyse waarop U my onvoorwaardelik liefhet en aanvaar. Dankie vir die voorreg om hierdie onverdiende troos en liefde met ander te deel.

OPDRA VAN DIE STUDIE

Ek dra hierdie studie op aan elke kind wat deel was van hierdie navorsing en 'n impak gehad het op my as terapeut en mens. Dankie vir die voorreg om deel van julle lewens te kon wees en dankie dat julle my bygestaan het in hierdie ontdekkingsreis. Julle is die rede vir hierdie navorsing en sonder julle was hierdie studie onmoontlik.

Inhoudsopgawe

HOOFSTUK 1	1
1.1 INLEIDING	1
1.2 RASIONAAL VIR STUDIE EN PROBLEEMSTELLING	3
1.2.1 Motivering van navorsingstema	3
1.2.2 Probleemformulering	6
1.2.3 Navorsingsvraag	9
1.2.4 Doel en doelwitte van die studie	10
1.3 NAVORSINGSBENADERING	10
1.3.1 Kwalitatiewe benadering	10
1.3.2 Soort navorsing	11
1.3.3 Navorsingsontwerp	12
1.4. NAVORSINGSMETODOLOGIE	13
1.4.1 Navorsingsprosedure en -werkswyse	13
1.4.1.1 Bestudering van literatuur	13
1.4.1.2 Paradigmatiese perspektief	13
1.4.1.3 Teoretiese aannames	15
1.4.1.4 Data-insameling en -ontleding	15
1.4.2 Universum	16
1.4.3 Populasie	16
1.4.4 Steekproef en wyse van steekproefneming	17
1.5 ETIESE MAATREËLS	17
1.6 DEFINISIES VAN HOOFKONSEPTE	18
1.6.1 Gestaltterapie	18
1.6.2 Gestaltspeltherapie	18
1.6.3 Schoemanmodel	18
1.6.4 Serebrale gestremdheid	19
1.7 OPSOMMING	20

HOOFSTUK 2: WESENLIKHEID VAN DIE SEREBRAAL GESTREMDE KIND	21
2.1 INLEIDING	21
2.2 EPIDEMOLOGIE	21
2.3 KLASSIFISERING VAN SEREBRALE GESTREMDHEID	23
2.3.1 Diplegie	23
2.3.2 Hemiplegie	23
2.4 SOSIALE EN EMOSIONELE PROBLEME	24
2.5 VOLWASSENES SE PERSEPSIES VAN SEREBRALE GESTREMDHEID	25
2.6 BLOOTSTELLING AAN STRES EN TRAUMA	27
2.7 DEFINISIES VAN KONSEPTE	29
2.7.1 Stres	29
2.7.2 Trauma	30
2.7.3 Verlies	31
2.8 PYN	33
2.9 MOEGHEID	34
2.10 OPSOMMING	35
HOOFSTUK 3: ESSENSIE VAN DIE SCHOEMANMODEL	37
3.1 INLEIDING	37
3.2 UITEENSETTING VAN DIE SCHOEMANMODEL	38
3.2.1 Die verhouding	38
3.2.1.1 <i>Dialog</i>	40
3.2.1.2 <i>Respek</i>	43
3.2.1.3 <i>Verantwoordelikheid</i>	43
3.2.1.4 <i>Nieverbale kommunikasie</i>	44
3.2.1.5 <i>Grense binne die terapeutiese verhouding</i>	44
3.2.2 Sensoriese modaliteite	45
3.2.2.1 <i>Sensoriese bewustheid</i>	45

3.2.2.2	<i>Sensoriese modaliteite</i>	46
3.2.3	Die kind se proses	48
3.2.4	Assessering van die kind se projeksie	49
3.2.4.1	<i>Eienaarskap van die projeksie</i>	50
3.2.5	Alternatiewe	50
3.2.6	Opklaring	51
3.2.7	Bemagtiging	52
3.2.8	Evaluering	53
3.2.9	Selfvertroeteling	53
3.3	OPSOMMING	54
 HOOFSTUK 4: EMPIRIESE BEVINDINGS EN BESPREKING		56
4.1	INLEIDING	56
4.2	VERTROUENSWAARDIGHEID VAN DIE STUDIE	56
4.2.1	Geloofwaardigheid	57
4.2.2	Oordraagbaarheid	58
4.2.3	Afhanklikheid	59
4.2.4	Bevestiging	59
4.3	INLIGTING MET BETREKING TOT RESPONDENTE	60
4.4	DATA-INSAMELING	61
4.4.1	Semi-gestruktureerde onderhoude	62
4.4.1.1	<i>Semi-gestruktureerde onderhoude met terapeute</i>	62
4.4.1.2	<i>Semi-gestruktureerde onderhoude met serebraal gestremde respondente</i>	64
4.5	DATA-ONTLEDING	68
4.5.1	Lees en skryf van memo's	69
4.5.2	Ontwikkeling van hoof- en subkategorieë	69
4.5.3	Kodering van data	69
4.5.4	Toets van onderliggende begrip	69
4.5.5	Soeke na alternatiewe verduidelikings	70
4.6	EMPIRIESE DATA	70

4.6.1 Fisiese uitdagings	70
4.6.1.1 <i>Moegheid</i>	70
4.6.1.2 <i>Ervaring van fisiese pyn</i>	73
4.6.2 Emosionele aspekte	75
4.6.2.1 <i>Skaamte</i>	75
4.6.2.2 <i>Stres</i>	76
4.6.2.3 <i>Trauma</i>	78
4.6.2.4 <i>Verlies</i>	79
4.6.3 Samevatting	81
4.7 OPSOMMING	83
HOOFSTUK 5: SAMEVATTING EN GEVOLGTREKKINGS	84
5.1 INLEIDING	84
5.2 DOEL EN DOELWITTE VAN DIE STUDIE	84
5.2.1 Die bestudering van bestaande literatuur	84
5.2.2 Semi-gestruktureerde onderhoude met terapeute	85
5.2.3 Semi-gestruktureerde onderhoude met serebraal gestremde respondente	87
5.2.4 Gevolgtrekkings en aanbevelings	87
5.3 NAVORSINGSPROBLEEM	88
5.4 NAVORSINGSVRAAG	90
5.5 GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS	91
5.5.1 Moegheid	91
5.5.2 Ervaring van fisiese pyn	93
5.5.3 Skaamte	94
5.5.4 Stres	95
5.5.5 Trauma	96
5.5.6 Verlies	97
5.6 TEKORTKOMINGS	98
5.7 BYDRAE	99
5.8 OPSOMMING	99

BRONNELYS	101
BYLAAG 1: TOESTEMMINGSBRIEF AAN SKOOLHOOF EN OUERS	113
BYLAAG 2: TOESTEMMINGSBRIEF AAN SKOOLTERAPEUT	116
BYLAAG 3: TOESTEMMINGSBRIEF AAN SKOOLTERAPEUT	117
BYLAAG 4: GETRANSKRIBEEERDE DATA EN SKETSE	118
BYLAAG 5: BOYD SE DISC TEMPERAMENT-ANALISE	129

HOOFSTUK 1

1.1 INLEIDING

Terapie met die kind bied verskeie uitdagings. Buiten die feit dat terapie ruimte moet laat vir die kind sowel as die terapeut om op terapeutiese vlak te eksplorieer en alternatiewe te vind, moet dit ook effektief wees in die daarstelling van 'n gepaste milieu sodat terapie sinvol geïmplementeer kan word. Reynolds en Mortola (2005:155) dui aan dat die vernaamste verskil tussen kinders en volwassenes in terapie hulle vlak van ontwikkeling is. Dit is vanselfsprekend dat kinders en volwassenes nie ooreenstemmend gaan reageer ten opsigte van moeilike kwessies wat hulle in die gesig staar nie. Ferreira en Read (2004:217) is van mening dat alhoewel kinders tydens die ervaring van 'n verlies deur dieselfde emosies as volwassenes beweeg, kinders se uitdrukking van hulle gevoelens sal verskil van dié van volwassenes. Die skrywer tref dan ook onderskeid tussen die verskillende ontwikkelingsvlakke van die kind en die gepaardgaande uitdrukking en ervaring van sy/haar gevoelens.

Reynolds en Mortola (2005:155) noem verder dat dit vanuit die Gestaltperspektief vir die terapeut van groter belang is om op die proses van die kind eerder as sy/haar ontwikkelingsvlak te fokus. Blom (2004:179) stem hiermee saam en voer aan dat aangesien Gestaltherapie eerder 'n prosesgeoriënteerde as 'n inhoudgebaseerde terapie is, die fokus nie op die kind se simptome moet wees nie (cf. Mackewn, 2004:34). Laasgenoemde skrywer is van mening dat die primêre fokus van die terapeut moet wees om die kind te help om bewus te word van sy eie proses. Blom (2004:52) definieer die kind se proses as "what they do and how they do it". In Gestaltspelterapie word die kind se proses aangespreek soos dit in die hede presenteer. Schoeman (2004:155) sluit hierby aan en noem dat Gestaltspelterapeute in die hier en die nou werk en dus hulle aandag rig op dít wat hulle waarneem terwyl die kind in terapie is.

Prochaska en Norcross (1999:173) noem dat dit deel van die Gestaltterapeut se verantwoordelikheid is om in die hier en die nou te wees. Die skrywers dui verder aan dat om teenwoordig-gesentreerd te wees beteken dat die Gestaltterapeut nie

vooropgestelde patrone of oefeninge na die terapie bring nie. Hulle voer aan dat 'n oefening of tegniek op 'n spesifieke oomblik tydens die terapie deur die terapeut gebruik kan word indien hy/sy van mening is dat dit die kliënt sal help om bewus te word van die aspek wat hom/haar verhoed om in die hier en die nou te bly. Hierdie wyse van terapie, waar daar op die ingewing van die oomblik op oefeninge en tegnieke besluit word, kan dalk vir die terapeut ongemak veroorsaak. Dit bring egter 'n mate van avontuur na die terapie. Die kind is byvoorbeeld gedurig nuuskierig en sy eie kreatiwiteit kan deur hierdie "onvoorspelbaarheid" geprikkel word. Prochaska en Norcross (1999:173) toon aan dat alhoewel die Gestaltterapeut nie voorafbeplande oefeninge na die terapie bring nie, hulle 'n magdom tegnieke en oefeninge tot hulle beskikking het om 'n groter mate van bewustheid by die kliënt te bewerkstellig. Blom (2004:101-112, 122-128, 139-166) maak melding van die verskillende tegnieke wat in Gestaltspelterapie met die kind aangewend kan word. Hierdie tegnieke en mediums strek van sandbakwerk en tekeninge tot onder andere kleiwerk en die leëstoeltegniek. Okun (2002:50) noem dat dit belangrik is vir die terapeut om gedurig selfondersoek te doen. Hierdeur word 'n groter mate van bewuswording bewerkstellig en die terapeut bekom groter insig in sy/haar eie voor- en afkeure.

Weens die fisiese beperkings wat deel uitmaak van die serebraal gestremde kind se alledaagse bestaan, kan hierdie verskeidenheid van tegnieke en mediums bydra tot die kwaliteit van die terapeutiese ondervinding van die serebraal gestremde kind. Mediums en tegnieke kan op so 'n manier aangepas en gebruik word dat die spesifieke uitdagings van serebraal gestremde kinders aangespreek kan word. Sodoende kan gevoelens van ontoereikendheid, skaamte en skuld moontlik speltherapeuties aangespreek word.

In hierdie hoofstuk word verder verwys na die rasionaal vir die studie, sowel as die probleemformulering, navorsingsvraag, doel en doelwitte, navorsingsprosedure en etiek. Die navorsingsmetodologie wat in die studie gebruik is, word ook bespreek.

1.2 RASIONAAL VIR STUDIE EN PROBLEEMSTELLING

1.2.1 Motivering van navorsingstema

Die feit dat serebraal gestremde kinders spesifieke uitdagings in hulle alledaagse lewe ervaar, is onbetwisbaar. Cooley and the Committee on Children with Disabilities (2004:1110) ondersteun hierdie stelling wanneer hulle sê: “Cerebral palsy poses life-long challenges for those affected.” ‘n Studie deur Krakovsky, Huth, Lin en Levin (2006:9) toon aan dat serebraal gestremde kinders onder volgehoue druk verkeer om binne ‘n veeleisende samelewing te funksioneer, aangesien verskeie dagtake, sowel as verskeie fisiese en motoriese komponente van hulle ontwikkeling, bemeester moet word. Serebraal gestremde kinders mag nie afgeskeep word wanneer dit by terapie kom nie en moet die kans gegun word om die emosionele komponent van hulle lewens op voldoende wyse aan te spreek.

Alhoewel daar terapeutiese modelle bestaan wat hierdie emosionele komponent by die versorgers en gesinslede van serebraal gestremde kinders aanspreek, is die toepassing van ‘n spesifieke model, naamlik die Schoemanmodel, op serebraal gestremde kinders ondersoek in hierdie studie. Aangesien die navorser in die Gestaltbenadering en Schoemanmodel opgelei is, is dit vanuit ‘n persoonlike en professionele oogpunt vir hom belangrik om die gebruik van die Schoemanmodel in terapie met serebraal gestremde kinders te ondersoek. Die toepassing van hierdie model is volgens die navorser nog nie voorheen ondersoek met betrekking tot serebraal gestremde kinders nie. Hierdie kinders lê die navorser as spelterapeut na aan die hart. Die navorser is as toesighouer en spelterapeut betrokke by ‘n skool vir serebraal gestremde kinders. Die motivering vir die studie het gevolglik weens hierdie persoonlike betrokkenheid in die lewens van serebraal gestremde kinders ontwikkel.

Terapeutiese modelle dien as riglyne om te verseker dat die terapeut aan al die uitdagings en behoeftes wat terapie bied, voldoen (cf. Schoeman, 2004:118). Therapie met die serebraal gestremde kind gaan egter gepaard met unieke uitdagings. Na aanleiding van hierdie uitdagings wil die navorser die benutting van die Schoemanmodel met gestremde kinders ondersoek. Die Schoemanmodel is ‘n

buigsame model en aangesien dit op die Gestaltterapeutiese proses gebaseer is, laat dit ruimte vir kreatiwiteit by die spelterapeut en kind. Schoeman (2004:118) dui aan dat alhoewel die Schoemanmodel 'n raamwerk aan die terapeut bied om binne die Gestaltfilosofie te werk, die volgorde van die verskeie aspekte binne die Schoemanmodel nie streng gevolg hoef te word nie. Daar kan van een aspek na 'n volgende beweeg word en terug, solank al die aspekte tydens terapie aangespreek word. Uit die navorser se persoonlike ondervinding is gevind dat die serebraal gestremde kind weens gebrekkige konsentrasievermoë en beperkte kognitiewe vermoëns groot waarde heg aan struktuur (cf. Kulak, Sobaniec, Kuzia & Boćkowski, 2006:4-11). Die struktuur wat die Schoemanmodel aan terapie verleen, kan dus van groot waarde wees by die serebraal gestremde kind. Met die oog op hierdie studie en ten einde die wetenskaplikheid van die studie te verseker, sal al die verskeie aspekte van die Schoemanmodel tydens elke kontakssessie met elke respondent aangespreek word. Laasgenoemde sal meer veiligheid en sekuriteit aan die serebraal gestremde kind verleen binne die terapeutiese milieu.

Buiten die buigsamheid van die Schoemanmodel, laat dit ook ruimte vir 'n magdom tegnieke wat binne die raamwerk van hierdie model gebruik kan word. Blom (2004:139) toon aan dat verskillende aktiwiteite, tegnieke en media met betrekking tot emosies in die algemeen gebruik kan word vir dialoog met die kind. Die skrywer voer aan dat dit kinders se emosionele woordeskat uitbrei en aan hulle die geleentheid bied om redes vir hulle emosies te verskaf. Volgens die skrywer help dit die kinders ook om emosies in ander se nieverbale kommunikasie te onderskei. Tegnieke en aktiwiteite help die kinders om bewus te word van hulle eie emosies en ook hulle liggame se reaksie op hierdie emosies (Blom, 2004:139-140). Volgens die *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* (2005:1211) ondervind serebraal gestremde kinders dikwels sensoriese neurologiese gehoorverlies. In die geval van serebraal gestremde kinders is dit dus van belang om vas te stel watter sintuiglike waarneming vir die kinders prominent is en of hulle al hulle sintuie ewe goed kan gebruik. Schoeman (2004:137) dui op die belangrikheid van sintuiglike waarneming deur die kind. Die skrywer voer aan dat die kinders deur hulle sintuie kontak maak met hulle wêreld.

Kulak en Sobaniec (in Kulak *et al.*, 2006:5) noem dat serebraal gestremde pasiënte ook kognitiewe probleme en epilepsie kan ervaar. In die semi-gestruktureerde onderhoud met die sielkundige is daar dus ook gefokus op die kognitiewe vermoëns van die respondente ten einde vas te stel of terapie op konkrete eerder as abstrakte wyse benader moet word.

Reynolds en Mortola (2005:156) noem dat die terapeut aandag moet skenk aan die kind se mees prominente sensoriese en persepsiële domein en dit dan moet gebruik om kontak te maak met die kind. Die Schoemanmodel laat ruimte vir oefeninge en tegnieke wat al die sintuie, naamlik tas, sig, gehoor, smaak en reuk, insluit. Volgens die navorser is die Schoemanmodel gepas vir terapie met serebraal gestremde kinders, aangesien dit oplossings en opsies aan die terapeut sowel as die kinders bied ten einde te verseker dat die kinders meer bewus word van hulleself en hulle omgewing. Britner, Morog, Pianta en Marvin (2003:335-348) het ook gevind dat serebraal gestremde kinders en hulle gesinne 'n groter mate van stres ervaar in hulle alledaagse lewens. Schoeman (2004:152) maak egter in haar model voorsiening vir ontspanningsoefeninge, wat aangewend kan word indien die kind dit benodig.

Aspekte van die Schoemanmodel sluit ook bemagtiging en selfvertroeteling in. Met bemagtiging moet die terapeut die kinders herverseker van hulle deel in die proses. Die wete dat hulle verantwoordelikheid vir hulle eie besluite geneem het, help om aan die kinders mag en beheer te gee (Schoeman, 2004:178). Hierdie gevoel van mag en beheer is belangrik vir kinders wat magteloos voel weens hulle fisiese gebrek. Deur selfvertroeteling leer kinders ook dat dit reg is om goed te wees vir hulleself en dat hulle hulleself as waardige persone kan liefhê.

Die navorser het ook met rede besluit om die studie van toepassing te maak op kinders wie se ouderdomme wissel van sewe tot twaalf jaar. Ferreira en Read (2004:218-219) toon aan dat kinders op hierdie ouderdom reeds hulle skoolloopbaan begin het en dat hulle die basiese vaardighede met betrekking tot sosiale interaksie aangeleer het. Die

skrywer noem ook dat kinders van hierdie ouderdom deel uitmaak van 'n groter sosiale netwerk en dat dit hulle juis sensitief maak vir ander se opinies en kommentaar. Pennells en Smith (in Ferreira & Read, 2004:219) noem dat hierdie kinders ook leer wie hulle met hulle gedagtes en gevoelens kan vertrou. Laasgenoemde is belangrik vir die opbou van 'n vertrouensverhouding tussen die kind en die terapeut. Tydens hierdie ontwikkelingsfase begin die kind ook konkrete gedagtes en 'n groter kognitiewe vermoë ontwikkel (Ferreira & Read, 2004:218-219). Die feit dat Gestaltspelterapie waarde heg aan die gesonde funksionering van die totale organisme, wat die sintuie en emosies insluit (cf. Oaklander in O'Conner & Schaefer, 1994:143), kan ook vir die serebraal gestremde kind tot voordeel wees.

'n Verdere motivering vir die studie is die feit dat alhoewel daar genoegsame bronne bestaan wat die fisiese terapie ten opsigte van die serebraal gestremde kind aanspreek, beperkte bronne bestaan wat die psigiese aspek van terapie met hierdie kind beskryf. Die navorser voel dus dat daar 'n leemte bestaan wat nagevors behoort te word.

1.2.2 Probleemformulering

Die navorser kon tydens die literatuurstudie geen bestaande literatuur aangaande die implementering van die Schoemanmodel in terapie met serebraal gestremde kinders vind nie. Tydens die literatuurstudie het die navorser Seligman en Darling se Familie-loopbaanmodel, wat die verskeie fases van aanpassing deur gesinne van serebraal gestremde kinders bespreek, gevind (cf. Seligman & Darling in Green, 2002:22). Literatuur is ook gevind wat dui op narratiewe konstruksie ten einde die gesinslede en versorgers van serebraal gestremdes te help om by hierdie uitdagende situasie aan te pas (cf. Orbuch, Harvey, Harvey, Carlson & Huff in Green, 2002:30) Laasgenoemde bied egter geen insig of leiding aan die gesinslede, terapeut of kliënt aangaande die terapeutiese sessie nie. Green (2002:23) voer aan dat gebrekkige en/of ondoeltreffende berading een van die struikelblokke is wat kan verhoed dat die gesinne van serebraal gestremde kinders normaal funksioneer. Die implikasies hiervan is die volgende:

Frustrasie by die kliënt:

Die terapeutiese milieu in die geval van serebraal gestremde kinders is in sekere opsigte verskillend van die terapeutiese opset van kinders wat nie fisiese beperkings het nie. Die fisiese gebrek van die serebraal gestremde kind bied aansienlike uitdagings aan versorgers en gesinslede. Brehaut, Kohen, Raina, Walter, Russell, Swinton, O'Donnell en Rosenbaum (2004:182) stel dit soos volg: "Caring for any child involves considerable resources, but the demands for these resources are often increased when caring for a child with a disability. These demands have implications for the psychological and physical health of the caregiver." Indien hierdie spesifieke fisiese uitdagings nie aangespreek word nie en die terapeut dit nie in ag neem nie, kan dit tot groter frustrasie by die serebraal gestremde kind lei.

Probleemgedrag:

Oaklander (in O'Conner & Schaefer, 1994:144) dui aan dat kinders in 'n groot mate dieselfde reageer op verlies en trauma (cf. Ferreira & Read, 2004:212). Die skrywer is ook van mening dat kinders verwerping vrees en bang is dat hulle basiese behoeftes nie bevredig sal word nie. Sy voer aan dat kinders enigiets sal doen om hulle behoeftes te bevredig en dikwels onvanpaste gedrag openbaar weens 'n gebrek aan emosionele en intellektuele volwassenheid. In die geval van die serebraal gestremde kind is hierdie vrees vir verwerping deur hulle maats 'n alledaagse werklikheid. Indien hierdie vrese weens fisiese gebreke en ervarings van trauma nie tydens terapie aangespreek word nie, kan probleemgedrag voorkom.

Oneffektiewe kommunikasie:

Pennington, Goldbart en Marshaal (2003:151) dui ook aan dat die serebraal gestremde kind dit dikwels moeilik vind om kommunikasievaardighede aan te leer. In gevalle waar hierdie gebrekkige kommunikasievermoë nie aangespreek word nie, kan dit verhoudingbou en eindelijk die kontakssessie negatief beïnvloed. 'n Studie deur Dallas, Stevenson, en McGurk (in Warschausky, Argento, Hurvitz & Berg, 2003:250) het byvoorbeeld bevind dat serebraal gestremde kinders spesifieke probleme ondervind in hulle portuurgroep. Hierdie probleme sluit sosiale verwerping en/of afskeping in en is

soms die gevolg van die serebraal gestremde kind se beperkte vermoë om sosiale probleme op te los, wat toegeskryf word aan oneffektiewe kommunikasie deur die serebraal gestremde kind.

Ervaring van kwellende emosies:

Die vrees vir verwerping kan versterk word deur die alternatiewe maniere waarop serebraal gestremde kinders funksioneer. So byvoorbeeld maak die vorm van serebraal gestremde kinders se voorarms dit vir hulle moeilik om voorwerpe vas te hou en te gryp (Bunata, 2006:274), aksies wat in die meeste gevalle reeds deur hulle maats van dieselfde ouderdomsgroep baasgeraak is. Nog 'n uitdaging vir serebraal gestremde kinders kan wees om voorgrond van agtergrond te onderskei. Mackewn (2004:16) voer byvoorbeeld aan dat mense nie na hulleself en hulle omgewing as een ongedifferensieerde massa kyk nie. Hierdie skrywer is van mening dat mense een aspek waarin hulle belangstel, uitsoek en daarop fokus. Hierdie aspek, wat 'n mens of proses kan wees, word die figuur wat teen 'n vae agtergrond uitstaan. In die geval van die serebraal gestremde kind is dit nie verregaande om aan te neem dat hierdie aspek waarop gefokus word, byvoorbeeld om 'n glas vas te hou, nie kan plaasvind nie. Indien die serebraal gestremde kind nie in staat is om so 'n eenvoudige taak uit te voer nie, kan die kind skaamte en 'n gevoel van hopeloosheid ervaar.

Lee en Wheeler (1996:57) voer aan dat skuld en skaamte belangrike komponente vir sosialisering is. Wanneer kinders iets verkeerd doen, byvoorbeeld as hulle ander kinders seermaak, leer die omgewing kinders dat hulle gedrag verkeerd en sleg is. As kinders egter gewenste grense oorskry, faal of ander teleurstel, is hulle reaksie skaamte. Skaamte is die affek aangaande die persoon se aard of menswees. Hierdie affek vorm deel van die proses van verandering in normale ontwikkeling. Wanneer skuld of skaamte by die situasie pas en nie oordrewe is of die kind openlik afkraak nie, vorm beide skaamte en skuld deel van normale groei en ontwikkeling. Tog stuur skaamte dikwels die boodskap aan kinders dat hulle onaanvaarbaar is, nie werd is om liefgehê te word nie en nie waardige persone is nie (Yontef & Fuhr, 2005:91). Kaufman (in Wheeler, 1995:82) skryf die volgende oor skaamte: "Shame is felt as an inner torment,

as sickness of the soul. It is the most poignant experience of the self by the self... Shame is a wound felt from the inside, dividing us both from ourselves and from one another.” Hierdie gevoel van skaamte en onwaardigheid word dikwels deur serebraal gestremde kinders ervaar. Die effek van hierdie kwellende emosies is destruktief in terme van enige kind se funksionering, en die implikasies daarvan is vanselfsprekend negatief.

In die lig van bogenoemde probleemformulering word die volgende probleemstelling daargestel: Die bestaande modelle wat betrekking het op die serebraal gestremde kind spreek nie die behoeftes van hierdie kinders in die terapeutiese opset aan nie.

1.2.3 Navorsingsvraag

Die navorsingsvraag verwys na die “wat” wat die studie beantwoord, met ander woorde dít wat die navorser met die studie wil uitvind (Knight in Fouchè & De Vos, 2005:100). Huysamen (1998:10) noem verder dat in die geval van verkennende navorsing, waar gevestigde teorieë of vorige navorsingsbevindings oor die spesifieke onderwerp ontbreek, daar nie ‘n spesifieke navorsingshipotese gestel word nie, maar eerder ‘n vraag. Alhoewel daar reeds terapeutiese modelle bestaan wat gemik is op die versorgers en gesinslede van die serebraal gestremde kind, is daar nie modelle wat spesifiek die psigiese behoeftes van die serebraal gestremde kind aanspreek nie (sien 1.2.1). Welman, Kruger en Mitchell (2005:188) noem verder dat kwalitatiewe navorsing meer van toepassing is op studies wat nie binne bestaande teorieë of hipoteses inpas nie, terwyl kwantitatiewe navorsing meer aangewend word om hipoteses te toets. Die navorsing vir hierdie studie is verkennend van aard, aangesien die spesifieke behoeftes van die serebraal gestremde kind binne die terapeutiese verhouding verken word. Die navorsingsvraag rakende hierdie studie lui as volg:

Hoe kan die Schoemanmodel binne die terapeutiese milieu met serebraal gestremde kinders gebruik word?

1.2.4 Doel en doelwitte van die studie

Fouchè en De Vos (2005:104) onderskei tussen die doel en doelwitte van 'n studie deur aan te voer dat die doel die eindresultaat van die studie is, of dít waarna gewerk word. 'n Doelwit word omskryf as die onmiddellike stappe wat gevolg en bereik moet word ten einde die navorser in staat te stel om hierdie eindresultaat of doelwit te bereik. Vir die doeleindes van hierdie navorsing word die volgende doel en doelwitte voorgehou:

Doel van die studie: Om die gebruik van die Schoemanmodel as terapeutiese model by serebraal gestremde leerders binne 'n Gestaltherapeutiese raamwerk te verken. Hierdie doel is bereik deur die volgende doelwitte te volg:

❖ Literatuurstudie:

Om bestaande literatuur rakende Gestaltspelterapie, die serebraal gestremde kind en die Schoemanmodel te bestudeer.

❖ Empiriese ondersoek:

Om serebraal gestremde kinders binne 'n terapeutiese milieu waar te neem en te beskryf en sodoende die praktiese uitvoerbaarheid van die Schoemanmodel te beskryf. Onderhoude is gevoer tot voldoende inligting bekom is. Die fisiese uitvoerbaarheid van sekere Gestalttegnieke deur die serebraal gestremde kind is ook beskryf.

Om semi-gestruktureerde onderhoude met die skoolsielkundige en -fisioterapeut te voer ten einde voldoende agtergrondkennis aangaande die uitdagings wat hierdie kinders van dag tot dag in die gesig staar, te bekom.

❖ Om gevolgtrekkings en aanbevelings ten opsigte van die navorser se bevindings in verslagvorm aan die leser weer te gee.

1.3 NAVORSINGSBENADERING

1.3.1 Kwalitatiewe benadering

Die navorser maak gebruik van kwalitatiewe, toegepaste navorsing wat verkennend en beskrywend van aard is. Fortune en Reid (1999:94) dui aan dat die waarneming van respondente en ongestruktureerde onderhoude tipies is van kwalitatiewe navorsing.

Weens die feit dat waarneming tydens terapie met serebraal gestremde kinders en semi-gestruktureerde onderhoude met terapeute gebruik is om inligting te versamel, is kwalitatiewe navorsing van toepassing op hierdie studie. Volgens Fouché (2005:268) ontwikkel kwalitatiewe navorsers byna altyd hulle eie ontwerp soos hulle met hulle navorsing vorder en gebruik hulle een of meer strategieë as riglyn tydens die navorsing. Neuman (2003:382) voeg verder by dat waarneming, notas, terugblikke na die verlede en geduld alles aspekte van navorsing is wat relevant is by kwalitatiewe navorsing. Aangesien hierdie aspekte ook van toepassing was in hierdie studie, het kwalitatiewe navorsing gepas geblyk te wees.

1.3.2 Soort navorsing

Neuman (2000:105) dui aan dat toegepaste navorsing daarop fokus om probleme in die praktyk op te los. Aangesien hierdie studie juis die toepassing van die Schoemanmodel op serebraal gestremde kinders in die praktyk ondersoek, het die navorser op toegepaste navorsing besluit. Fouché en De Vos (2005:106) is van mening dat die behoefte aan verkennende navorsing die gevolg is van min inligting wat bestaan ten opsigte van 'n sekere belangstellingsveld. Soos reeds genoem, bestaan daar volgens die navorser nie tans 'n terapeutiese model wat die Gestaltbenadering volg en die psigiese behoeftes van serebraal gestremde kinders aanspreek nie.

Die navorsing is verder ook beskrywend en volgens Rubin en Babbie (2001:125) verg beskrywing binne kwalitatiewe navorsing meer intensiewe verkenning van die relevante fenomeen. Beskrywende navorsing het ten doel om spesifieke besonderhede van 'n situasie, sosiale omgewing of verhouding te skets (Neuman in De Vos, 2005:106). Gesien vanuit hierdie oogpunt, is daar eers 'n diepgaande literatuurstudie gedoen ten einde groter begrip van serebraal gestremde kinders sowel as die Schoemanmodel te bekom. Literatuur aangaande die Gestaltfilosofie is ook bestudeer. Die navorser het dus vasgestel of die serebraal gestremde kind vanweë sy unieke daaglikse uitdagings as gevolg van sy fisiese gebrek wel 'n behoefte het aan psigiese terapie. Op grond van die teoretiese ondersoek en empiriese bevindings is die toepaslikheid van die Schoemanmodel in terapie met die serebraal gestremde kind in hierdie studie beskryf.

1.3.3 Navorsingsontwerp

Fouché (2005:268) voer aan dat terwyl kwantitatiewe navorsers 'n spesifieke navorsingsontwerp uit 'n aantal moontlike ontwerpe kies, kwalitatiewe navorsers hulle eie ontwerp ontwikkel soos wat hulle navorsing vorder. Creswell (in De Vos, 2005:269) identifiseer die volgende vyf strategieë wat vir die ontwerp van kwalitatiewe navorsing gebruik kan word:

- ❖ Biografie: Hierdie strategie word gebruik om verslag te lewer oor 'n individu se lewe en/of ondervindings soos dit aan die navorser vertel word of in dokumente of argiefmateriaal gevind kan word.
- ❖ Fenomenologie: Die doel van hierdie benadering is om die navorser te help om tot groter insig te kom oor die betekenis wat die respondente aan hulle alledaagse lewens heg. Die navorser moet hom dus in die skoene van die respondent kan plaas.
- ❖ Gegronde teorie: Volgens Creswell (1998:241) genereer die navorser in hierdie tipe studie 'n abstrakte, analitiese skema, met ander woorde 'n teorie wat 'n sekere handeling, interaksie of proses verduidelik.
- ❖ Etnografie: Creswell (1998:246) definieer hierdie benadering as 'n tipe studie oor 'n kulturele of sosiale groep wat primêr gebaseer is op waarnemings oor 'n verlengde tydperk waartydens die navorser tyd in die veld deurbring.
- ❖ Gevallestudie: Volgens Creswell (1998:61) kan 'n gevallestudie beskou word as 'n eksplorasië of diepgaande ontleding van 'n gebonde sisteem (gebonde deur tyd en/of plek) oor 'n enkel- of veelvoudige geval oor 'n bepaalde tydperk.

Vanuit bogenoemde moontlikhede was dit vir die navorser duidelik dat die gevallestudie die mees gepaste navorsingstrategie vir hierdie studie is. Die instrumentele gevallestudie word volgens Fouché (2005:272) gebruik om uit te brei op 'n teorie of om 'n sosiale kwessie beter te verstaan. Die gevallestudie help die navorser dus om meer kennis aangaande die sosiale kwessie te versamel. Stake (2005:445) sluit hierby aan en noem dat 'n instrumentele gevallestudie gebruik word om insig in 'n kwessie te verkry. Die skrywer noem dat hierdie studie 'n groter begrip in dít wat nagevors word,

fasiliteer.

1.4. NAVORSINGSMETODOLOGIE

Die navorser is van mening dat die volgende metodes vir die data-insamelingsproses van hierdie studie toepaslik was:

1.4.1 Navorsingsprosedure en -werkswyse

1.4.1.1 Bestudering van literatuur

Fouché en Delpont (2005:123) is van mening dat die bestudering van beskikbare literatuur bydra tot 'n beter begrip van die aard en definisie van die probleem wat deur die navorser geïdentifiseer is. Navorsing aangaande die fisiese ontwikkeling van serebraal gestremde kinders is by die Departement Fisioterapie, UV, Bloemfontein, beskikbaar. Bepaalde konsepte wat verband hou met die Schoemanmodel en die toepassing daarvan, is verken deur middel van 'n literatuurstudie van die model soos uiteengesit in 'n aanbieding deur dr. Schoeman. Literatuur aangaande Gestaltspelterapie is bestudeer. Dit sluit aanbevole handboeke vir die studierigting MDiac (Spelterapie), joernale, internetartikels en boeke in. Die navorser het besluit om 'n breë spektrum van Violet Oaklander se bronne te bestudeer, aangesien sy as 'n baanbreker van Gestaltspelterapie beskou kan word. Literatuur in verband met die fisiese behoeftes van serebraal gestremde kinders in die vorm van boeke, joernale en internetartikels is geraadpleeg, asook literatuur relevant tot die Schoemanmodel. Literatuur is vanuit 'n fenomenologiese verwysingsraamwerk bestudeer.

1.4.1.2 Paradigmatiese perspektief

Die navorser beskou die wêreld vanuit 'n fenomenologiese verwysingsraamwerk. Gevolglik is dit vir die navorser belangrik om die waarde van die ondervinding tydens navorsing te beskryf. Die navorser wil tot binne die lewenswêreld van die respondent dring en as't ware in sy skoene staan. Laasgenoemde is bewerkstellig deur die ontleding van onderhoude en interaksie met respondente. Patton (2002:106) dui aan dat interpretasie vanuit 'n fenomenologiese perspektief belangrik is, juis omdat die persoon se interpretasie van 'n situasie of ondervinding die persoon in staat stel om die

ondervinding te verstaan. Die skrywer noem verder dat hierdie perspektief fokus op die wyse waarop individue dít wat met hulle gebeur, bymekaarvoeg ten einde hulle te help om sin te maak van hulle wêreld.

Die navorser beskou die studie vanuit die Gestaltfilosofie en het dus probeer om enige aanvanklike vooroordele ten opsigte van die betrokke persoon of serebrale gestremdheid opsy te sit. Hierdeur is ontoepaslike verwagtings en afleidings by die navorser verminder. Die navorser het verder onmiddellike waarnemings gedoen sonder om die respondente se reaksies te interpreteer. Deur vrae te vra, is duidelikheid aangaande die respondente se terugvoer verkry, en groter bewustheid ten opsigte van die ontmoeting tussen die navorser en respondente is ook hierdeur bewerkstellig (cf. Spinelli, 2005). Welman *et al.* (2005:192) noem dat fenomenoloë nie gemoeid is met die beskrywing van 'n fenomeen of ondervinding nie, aangesien laasgenoemde apart staan van die persone wat dit ondervind het, maar dat hulle eerder fokus op die wyse waarop die betrokke persone die fenomeen ervaar het.

Terapie geskied aan die hand van die Gestaltbenadering. Mackewn (2004:34) maak die stelling dat Gestaltterapie groot waarde daaraan heg om bewustheid te ontwikkel deur die kliënt se subjektiewe ondervinding deurlopend te ondersoek. Die navorser het daarop gelet om seker te maak dat die serebraal gestremde kind ten volle bewus is van sy eie unieke ervaring van homself en sy omgewing, sowel as sy interaksie met ander.

Tydens terapie kry die respondent die geleentheid om keuses uit te oefen en die gevolge van hierdie keuses van nader te beskou. Verantwoordelikheid is ook 'n belangrike aspek van die Gestaltbenadering. Dit is belangrik vir kliënte om te ontdek dat hulle binne die terapeutiese verhouding verantwoordelik is vir hulleself (Schoeman, 2004:125). Klem word ook gelê op die hier en die nou en die respondente se bewustheid in terme hiervan getoets. Deur verantwoordelikheid vir hulle emosies en gedrag te aanvaar, die respondente gelei na 'n beter begrip van hulle optrede en die geleentheid geskep om alternatiewe gedrag te toets.

1.4.1.3 Teoretiese aannames

Die Gestaltteorie vorm die basis van hierdie studie. Dit sluit beginsels van verskeie ander teoretiese benaderings in, byvoorbeeld psigoanalise, Gestaltsielkunde en humanistiese teorieë. Dit is ook 'n eksistensiële benadering, waar die klem geplaas word op bewustheid van die hede en die onmiddellike ervaring (Oaklander in Blom, 2004:2). Prochaska en Norcross (1999:166) voer aan dat die Gestaltbenadering 'n gesonde bestaan beskou as 'n deurlopende proses van vervulling van die organisme se behoeftes. Die skrywer maak die stelling dat 'n groter bewuswording van hierdie behoeftes by die organisme baie belangrik is. Hy noem ook dat alle gedrag gereguleer word deur die proses van homeostase of selfregulering. Die omgewing bring voortdurend nuwe behoeftes teweeg. Die nuwe behoeftes veroorsaak ongemak by die organisme totdat hy/sy 'n manier vind om hierdie behoefte te bevredig ten einde te kan groei (Blom, 2004:11). 'n Belangrike beginsel in Gestaltterapie is dat die geheel van meer waarde is as die som van sy onderlinge dele (Latner in Schoeman, 2004:76). Alle aspekte wat 'n rol speel in die lewe van die kliënt, is dus vir die Gestaltterapeut van belang.

1.4.1.4 Data-insameling en -ontleding

Triangulering deur middel van 'n literatuurstudie, semi-gestruktureerde onderhoude met onderwysers en ouers, asook die waarmeming van respondente is onderneem. De Vos (2005:334-335) bespreek data-ontleding en interpretasie vanuit die kwalitatiewe benadering aan die hand van Creswell se data-ontledingsbeeld. Hierdie model word aangebied in die vorm van 'n spiraal en bestaan uit die volgende sirkels: beplanning vir die opteken van data, versameling van data, die bestuur en organisering van data, die lees en opskryf van aantekeninge, skepping van kategorieë, temas en patrone, kodering van data, toetsing van die navorser se begrip van die ingesamelde data, die soeke na alternatiewe verduidelikings en die skryf van die verslag. Hierdie metodes is dus aangewend om ingesamelde data te ontleed. Die serebraal gestremde kinders wat as respondente geïdentifiseer is, is by Gestaltterapiesessies betrek. Hierdie sessies is op video vasgelê ten einde relevante en korrekte insameling van data te verseker. Die spesifieke aspekte van die Schoemanmodel is tydens elke sessie benut. Hierdeur is die

respondente bemagtig om tot groter bewuswording van hulle behoeftes te kom. Geïdentifiseerde behoeftes is terapieë aangespreek deur die model en die werkswyse ten opsigte daarvan word in die empiriese hoofstuk beskryf.

Triangulering verwys na meervoudige data-insamelingsmetodes. In die geval van die betrokke studie sluit dit in: onderhoude met terapeute, 'n literatuurstudie en terapieëssies met serebraal gestremde leerders by 'n spesifieke skool. Hierdie data is dan met mekaar in verband gebring om die geldigheid van die studie te verhoog. Data-ontleding het aan die hand van Creswell se model (in De Vos, 2005:334-335) geskied. Hierdeur is verseker dat geanaliseerde data stelselmatig en stapsgewys uiteengesit en vergelyk is. Die navorser het onderneem om sover moontlik professioneel en objektief te bly ten opsigte van bogenoemde prosesse. Sodoende is die vertrouenswaardigheid van die studie verhoog. Deur by die struktuur van die Schoemanmodel te bly en bloot te beskryf wat waargeneem is, asook deur die prosesse van triangulering te benut, is gepoog om die geldigheid van die studie te verhoog. Flick (2002:227) noem dat triangulering in kwalitatiewe navorsing as 'n alternatief tot geldigheid aangewend word. Denzin en Lincoln (2005:5) sluit hierby aan deur te noem dat die gebruik van veelvoudige metode of triangulering daarop dui dat 'n poging aangewend is om 'n diepgaande begrip van die betrokke fenomeen te verkry.

1.4.2 Universum

Die universum verwys na alle potensiële respondente wat oor die spesifieke kenmerke beskik waarin die navorser belangstel (Arkava & Lane in Strydom, 2005:192). Vir die doel van hierdie studie bestaan die universum uit serebraal gestremde kinders tussen sewe en twaalf jaar in die Vrystaat.

1.4.3 Populasie

Volgens Arkava en Lane (in Strydom, 2005:193) verwys die populasie na spesifieke individue in die universum wat oor spesifieke eienskappe beskik. Die populasie verwys in hierdie studie na serebraal gestremde leerders tussen sewe en twaalf jaar van Hoërskool Martie du Plessis in Bloemfontein.

1.4.4 Steekproef en wyse van steekproefneming

Die steekproef was doelgerig van aard. Volgens Huysamen (1998:46) gebruik navorsers hulle ervaring, vindingrykheid en/of vorige navorsingsresultate om doelbewus respondente te bekom wat verteenwoordigend is van die relevante populasie. Die respondente is geïdentifiseer uit serebraal gestremde kinders wat weens gedragsprobleme vir hulp na die navorser verwys is. Die steekproef bestaan uit vier manlike wit leerders, hulle ouers en opvoeders. Volgens Silverman (2000:104) word 'n doelgerigte steekproef in kwalitatiewe navorsing geneem om 'n sekere eienskap of proses wat van belang is, te illustreer. Soos reeds genoem, is die respondente geïdentifiseer uit serebraal gestremde kinders wat na die navorser verwys is vir terapeutiese hulp. Geen swart of vroulike leerders is verwys nie. Respondente is leerders van die skool en ruim tyd is beskikbaar vir terapie tydens skoolure.

5. ETIESE MAATREËLS

Babbie (2001:471) voer aan dat waardes dui op dit wat goed en begeerlik is, terwyl etiek te doen het met reg en verkeerd. Skriftelike toestemming is van die skoolhoof en ouers verkry (sien bylaag 1). Skriftelike toestemming ten opsigte van die semi-gestruktureerde onderhoud met die skoolterapeute is ook verkry (sien bylaag 2 en 3). Daar is aan die respondente verduidelik dat hulle afgeneem sou word en dat net die navorser en sy studieleier na die video-opnames sou kyk. Daar is ook aan hulle vertel dat dit belangrik is omdat hulle deelname aan die studie ander serebraal gestremde kinders kan help.

Deelname was vrywillig en respondente kon te eniger tyd aan die terapeutiese sessies onttrek. Hierdie aspekte is verbaal aan die respondente gekommunikeer. Alle inligting is vertroulik en anoniem hanteer, deurdat aparte lêers vir die onderskeie respondente geopen is. Hierdie lêers is in 'n toesluitkabinet gehou. Sessies is ook só geskeduleer dat ander kinders nie die respondente kon identifiseer in terme van deelname aan die navorsing nie, sodat anonimiteit ook op hierdie manier verseker kon word. Respondente is ingelig dat hulle geen vergoeding vir die sessies sou ontvang nie en dat dit nie teen

hulle gehou sou word indien hulle nie met die sessies sou wou voortgaan nie.

Alle hulpmiddels, byvoorbeeld bandopnames, notas en verslae, is in 'n toesluitkabinet (Austenkluis) gehou vir die minimum voorgeskrewe tydperk soos bepaal deur die Health Professions Council of South Africa (HPCSA).

1.6 DEFINISIES VAN HOOFKONSEPTE

Die volgende hoofkonsepte is vir die doeleindes van die studie geïdentifiseer:

1.6.1 Gestaltherapie

Bowman en Nevis (2005:5) voer aan dat die mens deur Gestaltherapie meer en beter kontak maak met sy omgewing. Hierdie doel word volgens die skrywer bereik deur groter bewustheid van die opregte dialoog tussen die terapeut en die kliënt (cf. Magill & Rodriguez, 1996:743). Blom (2004:4) lê ook klem op die belangrikheid dat daar tydens Gestaltherapie op die hier en die nou, met ander woorde dít wat onmiddellik teenwoordig is, gefokus moet word. Die algemene doel van Gestaltherapie is dus groter bewustheid van die self, ander en die omgewing. Hierdie bewustheid bring groei en integrasie van 'n totale organisme se gedagtes, gevoelens en aksies teweeg (cf. Oaklander in O'Conner & Schaefer, 1994:143).

1.6.2 Gestaltspelterapie

Oaklander (1988:160) noem dat kinders deur spel tot groter insig in hulle wêreld en hulleself kom. Deur tydens terapie van spel gebruik te maak, help die terapeut die kind dus om tot dieper insig aangaande sekere kwellinge in sy/haar lewe te kom. Blom (2004:5) dui ook aan dat die simboliek wat die spel uitbeeld 'n belangrike wyse van kommunikasie is, aangesien dit aan die kind die geleentheid bied om sy/haar gevoelens op 'n verbale en nieverbale wyse uit te druk.

1.6.3 Schoemanmodel

Die Schoemanmodel is gebaseer op die Gestaltherapieproses. Die hoofdoel van die model is om aan die terapeut 'n raamwerk te verskaf om binne die Gestaltfilosofie te

werk. Hierdie model is saamgestel om die spelterapeut te help om die belangrikste aspekte van terapie aan te spreek. Soos reeds genoem, hoef die volgorde van die verskillende aspekte nie slaafs nagevolg te word nie, maar moet dit deel uitmaak van die uiteindelijke uitkoms. Sekere aspekte kan dus herhaal word, afhangend van die verloop van die intervensiesessie. Die model is nie veronderstel om meganies gevolg te word nie en die proses volgens die Schoemanmodel is 'n vloeiende proses (Schoeman, 2004:118).

Die struktuur is veronderstel om aan die terapeut 'n gemaklike manier te gee om eerstens met die algemeenste kwessies te werk, terwyl daar tred gehou word met wat op die kind se voorgrond is (Schoeman, 2004:118).

Die model is dus 'n raamwerk wat 'n veilige plek van ontmoeting tussen die terapeut en die kind moontlik maak. Dit help die terapeut ook om op die huidige gebeurtenis te fokus, deurdat hy/sy deurentyd bewus is van die aspekte wat aangespreek word. Die terapeut en die kind weet waar hulle met mekaar staan en verwarring word dus verminder. Sodoende verhoog die selfvertroue van die terapeut. Hierdie selfvertroue word op sy beurt tydens die ontmoeting aan die kind oorgedra.

1.6.4 Serebrale gestremdheid

Volgens die navorser is serebrale gestremdheid 'n gestremdheid wat uitdagings aan die kind sowel as sy/haar versorgers en terapeute stel. Die respondente in die studie is almal hemipleë. Alhoewel hulle ook deur fisiese uitdagings in die gesig gestaar word, is dit 'n vorm van serebrale gestremdheid wat slegs een helfte van die liggaam affekteer. Hierdie klassifisering van serebrale gestremdheid, tesame met diplegie, word in detail in hoofstuk twee bespreek. Hierdie twee klassifiserings word uitgelig weens hulle hoë voorkoms (Koman, Smith & Shilt in *The Lancet*, 2004:1621).

1.7 OPSOMMING

In hierdie hoofstuk is 'n algemene agtergrond vir die navorsingsproses verskaf. Daar is onder andere verwys na die probleem en doel van die studie, die verskeie wyses van data-insameling, die wyse waarop data ontleed is, etiese kwessies en die konsepdefinisies. Die navorsingsmetodologie is deeglik bespreek. In die hieropvolgende hoofstuk word die fisiese ontwikkeling van die serebraal gestremde kind en die algemene fisiese ontwikkeling van die normale kind van dieselfde ouderdomsgroep in meer detail beskryf. Meer inligting word verskaf aangaande die fisiese uitdagings wat die serebraal gestremde kind in die gesig staar. Daar word ook verwys na die Schoemanmodel en die mate waarin hierdie model voordelig kan wees vir terapie met die serebraal gestremde kind, deurdat dit die uitdagings wat die terapeut en respondent in die gesig staar, kan aanspreek.

HOOFSTUK 2

WESENLIKHEID VAN DIE SEREBRAAL GESTREMDE KIND

2.1 INLEIDING

Bob Armstrong (die President van die Amerikaanse Akademie van Serebrale Gestremdheid en Ontwikkelingsmedisyne) skryf in sy voorwoord tot die boek *Management of the motor disorders of children with cerebral palsy* (Scrutton, Damiano & Mayston, 2004:ix) dat serebrale gestremdheid 'n belangrike algemene afwyking is wat by kinders voorkom en waarby hulle voortdurend moet aanpas tydens hulle ontwikkeling tot volwassenes. Hy noem verder dat dit 'n lewenslange toestand is wat uitdagings stel aan die individuele kind, sy/haar gesin en uiteindelik die individu as volwassene. Volgens hom word die samelewing ook uitgedaag, asook die gesondheidsdeskundiges, wat daarna streef om die afwyking beter te verstaan en effektiewe intervensies te ontwikkel om sodoende die primêre en sekondêre gevolge daarvan te verminder. Met die oog op bogenoemde vind die navorser dit van belang om die dinamika van hierdie afwyking te bespreek.

Daar word veral gefokus op die klassifisering van die twee vernaamste vorme van serebrale gestremdheid. Deur hierdie twee vorme in meer detail te beskryf, word 'n beter idee gekry van die fisiese beperkings waarmee hierdie kinders saamleef. Daar word ook gekyk na die invloed van hierdie beperkings op die serebraal gestremde kind se lewe en die wyse waarop dit die kind se psigiese ontwikkeling beïnvloed. Die Schoemanmodel en die wyse waarop dit in terapie met hierdie kinders gebruik is, word ook bespreek.

2.2 EPIDEMOLOGIE

Serebrale gestremdheid is die gevolg van 'n besering aan die ontwikkelende sentrale senuweestelsel wat in die uterus, tydens geboorte of tydens die eerste twee lewensjare kan voorkom (Cans, 2000:816). Die perifere manifestasies berus op die omvang, uitbreiding en aard van die besering, wat onherroeplike skade aan die brein, breinstam

of rugmurg veroorsaak. Die intensiteit van die gestremdheid wissel van subtiele motoriese beperkings tot beperkte motoriese betrokkenheid van die hele liggaam (Koman *et al.* in *The Lancet*, 2004:1619).

Verbeterde sorg in neonatale intensiewesorgeenhede en die hoër oorlewingsyfer van ondergewig kinders by geboorte verhoog die risiko van serebrale gestremdheid (O'Shea, Preisser, Klinepeter & Dillard, 1998:642). Volgens O'Shea *et al.* (1998:645) sluit faktore wat aanleiding kan gee tot die ontwikkeling van serebrale gestremdheid die volgende in: veelvoudige geboortes, inflammasie van die uterus tydens geboorte, vaginale bloeding kort voor geboorte, die tweede fase van die geboorte wat langer as vier uur duur, hiperbilirubinemie ('n toestand waar daar te veel bilirubien, 'n galkleurstof, in die fetus se bloed is), onvoldoende suurstof in die fetale weefsel, en infeksie wat by die fetus aanwesig is (veral meningitis, 'n ontsteking van die serebrospinale vog en die drie membrane of meninges wat die brein en rugmurg beskerm, of inflammasie van die serebrale ventrikels) (cf. Blickstein, 2002:353; Nelson, 1999:489).

Brown en Lin (in Bax & Brown, 2004:10) is egter van mening dat skade aan die jong, ontwikkelende brein die gevolg van 'n groot verskeidenheid oorsake, insluitend motorongelukke, kan wees. Dus is serebrale gestremdheid volgens hulle slegs 'n kliniese definisie en word hierdie groep kinders klinies gedefinieer. Daar is dus 'n assosiasie met breinpatologie, maar geen direkte korrelasie nie. Hulle waarsku verder dat dit gevaarlik is om aan te neem dat 'n spesifieke tipe serebrale gestremdheid (daar word later in die hoofstuk in meer detail na die verskillende tipes verwys) uniek verwant is aan een spesifieke breinpatologie.

Die natuurlike verloop van serebrale gestremdheid het in die afgelope vyftig jaar verander. Indien die nodige gesondheidsorg beskikbaar is, kan geaffekteerde kinders by wie daar nie beduidende komorbiditeite teenwoordig is nie, se lewensverwachting ná aan dié van die algemene populasie wees (Strauss, 1998:373).

2.3 KLASSIFISERING VAN SEREBRALE GESTREMDHEID

2.3.1 Diplegie

Die kind met klassieke diplegiese serebrale gestremdheid het geringe gebuigde en inwaarts gedraaide heupe, half gebuigde knieë, verlengde voetsole, gebuigde enkels en, afhangend van die mate van die gestremdheid en die effektiwiteit waarmee die toestand bestuur word, verkorting en verharding van sekere spiere, ligamente of ander weefsel potensieel by al drie die hoofgewigte van die onderste ledemaat (heup, knie en enkel) (Bax & Brown, 2004:12). Daar kan ook verwante fisiese afwykings in die boonste ledemate wees, met inwaarts gedraaide skouers, gebuigde elmboë, polsgewigte en vingers, en duime met beperkte mobiliteit.

Die patroon is dikwels eers na tweejarige ouderdom sigbaar en is soms selfs op drie en vier jaar nog nie heeltemal duidelik nie. Aanvanklik, meestal voor eenjarige ouderdom, is daar 'n distoniese fase wanneer die kind gepaardgaande hipertonie het, wat dit moeilik maak om serebrale gestremdheid te diagnoseer. Soos die kind egter ouer word, gewoonlik teen die einde van die eerste lewensjaar en tydens die tweede jaar, word spastisiteit meer prominent (Bax & Brown, 2004:12-13).

2.3.2 Hemiplegie

By hemiplegie wil dit voorkom of die arm baie meer geaffekteer is as die been. Dit kan toegeskryf word aan die feit dat die middelste deel van die liggaam minder geaffekteer is en dus die indruk kan skep dat daar relatief normaal geloop word. Die gebrek aan fyn beweging van die hand is duidelik sigbaar, maar fyn beweging van die tone is op gelyke wyse beperk. Die liggaamshouding is dieselfde as met diplegie, maar slegs die helfte van die liggaam word geaffekteer. Benerige vergroeisels van die geaffekteerde ledemaat, indien teenwoordig, vind tydens die eerste twee lewensjare (en daarna voortdurend) plaas. Indien hierdie vergroeisels nie op gepaste wyse behandel word nie, kan dit 'n rol speel in die ontwikkeling van 'n verkorting van die tendon wat die kuitspiere met die hak verbind. Laasgenoemde verklaar waarom sommige persone met serebrale gestremdheid op die voorste deel van hulle voete loop.

Wat duidelik is van 'n unilaterale afwyking, is die feit dat heelwat diplegiese kinders benerige vergroeiensels in beide ledemate het. Byna alle kinders met hemiplegie kan loop, alhoewel die ontwikkeling van hierdie vaardigheid vertraag word. Indien die kinders nie kan loop nie, word dit toegeskryf aan 'n besliste vertraagde algemene ontwikkeling of epilepsie, wat dikwels op bilaterale breinpatologie dui, selfs al is die motoriese gestremdheid unilateraal (Bax & Brown, 2004:13).

2.4 SOSIALE EN EMOSIONELE PROBLEME

'n Studie deur Krakovsky *et al.* (2006:1-10) het gevind dat serebraal gestremde kinders sosiale en emosionele probleme ondervind. Slegs 38% van die deelnemers aan laasgenoemde studie se ouers het aangedui dat hulle serebraal gestremde kinders 'n boesemvriend het. Die studie het ook gevind dat serebraal gestremde kinders 'n afname in sosiale aktiwiteite en kontak met vriende toon namate hulle ouer word.

Studies dui ook op spesifieke portuurgroepprobleme by kinders met serebrale gestremdheid, byvoorbeeld sosiale verwerping en afsondering. Die redes hiervoor blyk veelvuldig te wees en sluit die algemene siening aangaande verstandelike gestremdheid, fisiese abnormaliteite en die sosiale stigma wat met fisiese gestremdheid gepaard gaan, in (Kokkonen, Saukkonen, Timonen, Serlo & Kinnunen, 1991:1097; McDermott, Coker, Mani, Krishnaswami, Nagle, Barnett-Queen & Wuori, 1996:453; Yude & Goodman, 1999:4-8).

In 'n populasiegebaseerde studie van die gedragsprofile van kinders met serebrale gestremdheid het McDermott *et al.* (1996:447-463) 'n verhoogde geneigdheid tot portuurgroepprobleme by hierdie kinders gevind. Kinders met serebrale gestremdheid openbaar ook dieselfde probleme met sosiale probleemoplossing as kinders met traumatiese breinbeskadiging. Wanneer die serebraal gestremde kind probeer om aan portuuraktiwiteite deel te neem, word 'n definitiewe onvermoë om betekenisvolle sosiale interaksies te inisieer, waargeneem (Dallas, Stevenson & McGurk, 1993:649-671).

Taylor, Peplau en Sears (2000:489) beskou sosiale identiteit as die deel van 'n individu

se selfkonsep wat gevorm word deur sy/haar deelname in 'n sosiale groep of groepe. In die geval van die serebraal gestremde kind bestaan daar dus 'n groot moontlikheid dat die ontwikkeling van hierdie sosiale identiteit agterweë gelaat kan word. Taylor *et al.* (2000:101) is van mening dat sosialisering die kern vorm van ons vroegste ondervindings en dat hierdie ondervindings geïnternaliseer kan word as belangrike aspekte van ons selfkonsep. Die omgewingsveld is van groot belang in Gestaltterapie. Dit fokus op die organisme en die wyse waarop hy/sy kontak maak en verbreek met sy/haar omgewing (Spagnuolo Lobb & Lichtenberg, 2005:27). Hierdie omgewing sluit byvoorbeeld ouers, onderwysers en maats in. Aangesien die Schoemanmodel gebaseer is op die Gestaltspelterapeutiese proses, sal die veld tydens terapie betrek word en kan swak verhoudings met maats of die portuurgroep dus aangespreek word.

2.5 VOLWASSENES SE PERSEPSIES VAN SEREBRALE GESTREMDHEID

Assessering van volwassenes se persepsies van ander mense verskaf inligting aangaande hulle houdings en kan gebruik word om hulle gedrag te voorspel (Fishbein & Ajzen in Nabors & Lehmkuhl, 2005:292). Antonak en Livneh (2000:211) is van mening dat indien individue kennis dra van mense sonder gestremdhede se houdings teenoor diegene met gestremdhede, hulle tot groter insig sal kom aangaande die besondere interaksie tussen hierdie twee groepe.

Navorsing het gevind dat volwassenes se persepsies van kinders met spesiale behoeftes beide hulle gedrag teenoor en hulle verwagtings van hierdie kinders kan bepaal (Wiens & Gilbert, 2000:151). Vraelyste wat volwassenes se houdings teenoor kinders met spesiale behoeftes assessee, reflekteer hulle gedrag teenoor hierdie kinders (Antonak & Livneh, 2000:211–224).

Soos reeds genoem, kan kinders met serebrale gestremdheid 'n hele reeks fisiese, motoriese, taal-, kognitiewe en sosiale uitdagings in die gesig staar. Volwassenes sal dalk nie die beperkings van kinders met serebrale gestremdheid ten volle verstaan nie (Beckung & Hagberg, 2002:309-316). Dus kan dit gebeur dat hulle, soos reeds genoem, negatiewe houdings teenoor of stereotipes van serebraal gestremde kinders kan hê (cf

Grand, Bernier & Strohmer in Nabors & Lehmkuhl, 2005:292). 'n Onlangse studie waaraan 180 studente (90 manlik en 90 vroulik) deelgeneem het, se resultate het daarop gedui dat die volwassenes se persepsies beïnvloed is deur die kinders se eienskappe (byvoorbeeld die vlak van gestremdheid) in vergelyking met hulle eie eienskappe. Die deelnemers het byvoorbeeld meer positiewe persepsies gehad ten opsigte van 'n gesonde kind in vergelyking met kinders wat serebraal gestremd is en matige tot ernstige fisiese beperkings gehad het. Hulle het verder aangedui dat die gesonde kind fisiek sterker is, in die toekoms makliker sal aanpas en groter is as die kind met matige of ernstige beperkings verwant aan serebrale gestremdheid. Die resultate dui dus daarop dat kinders met serebrale gestremdheid in 'n negatiewe lig beskou word (Nabors & Lehmkuhl, 2005:292-296).

Die bevindings van bogenoemde studie is van kardinale belang in hierdie studie. Navorsers en wetenskaplikes is dit eens dat die vorming van ons selfkonsep grootliks bepaal word deur die terugvoer wat ons van ander mense ontvang aangaande ons optrede (cf. Taylor *et al.*, 2000:101; Spagnuolo, Lobb & Lichtenberg, 2005:26). Ook hier kom die veld dus na vore. Bemagtiging is 'n belangrike aspek van die Schoemanmodel wat tydens terapie gebruik word om die kind as waardige persoon te bevestig. Hierdie waardigheid word aan die kind oorgedra deur sy/haar deel aan die terapie te herbevestig. Schoeman (2004:178) voer aan dat dit selfs 'n kompliment aangaande die kind se voorkoms kan insluit. Sy noem ook dat dit belangrik is dat pogings wat die kind aanwend, geprys moet word om om/haar sodoende te motiveer.

Selfvertroeteling is 'n verdere aspek van die Schoemanmodel wat van toepassing was op hierdie studie. Om te vertroetel, dui op 'n gevoel van omgee en is 'n uitdrukking van liefde en simpatie. vertroetelde kinders sal 'n hegte verhouding met hulleself hê, aangesien hulle waardig voel (Schoeman, 2004:180). Hierdie gevoel van waardigheid sal op sy beurt ook te voorskyn kom in die kind se interpersoonlike verhoudings.

2.6 BLOOTSTELLING AAN STRES EN TRAUMA

Dit is volgens die navorser belangrik om kennis te neem van die serebraal gestremde kind se geneigdheid om stres en trauma te ervaar. Indien hierdie bewuswording gevestig is, sal dit tot groter insig lei aangaande die gedragsprobleme wat die serebraal gestremde kind kan ervaar. Dit is egter belangrik om in gedagte te hou dat hierdie blootstelling aan stres en trauma nie noodwendig beteken dat gedragsprobleme by die kind sal voorkom nie. Klem word hier gelê op die serebraal gestremde kind se geneigdheid tot hierdie emosionele aspekte. Hierdie geneigdheid is 'n direkte gevolg van bogenoemde sosiale en emosionele probleme weens hulle fisiese gebrek. Nader (2008:24) voer aan dat die oorgang van een ontwikkelingsvlak na 'n ander vorige response op trauma wat beleef is, kan aktiveer omdat kinders aangeleerde vaardighede van vorige ontwikkelingsvlakke na toekomstige situasies saamneem. In die geval van die serebraal gestremde kind, waar hy/sy tydens elke ontwikkelingsvlak opnuut deur sy/haar fisiese beperking in die gesig gestaar word, kan vorige traumatiese ondervindings weer ervaar word.

Ferreira en Read (2004:211-212) voer aan dat kinders in hulle daaglikse lewens blootgestel word aan 'n verskeidenheid gebeure wat hulle groei en ontwikkeling positief kan beïnvloed. Sy voer aan dat kinders oor 'n natuurlike vermoë beskik om te herstel, maar dat die kind se lewe ten spyte hiervan radikaal beïnvloed kan word. Veral ook omdat kinders baie energie gebruik net om te groei, benodig hulle al hulle energie en krag om ontwikkelingstake wat relevant is tot die ontwikkelingsvlak waarbinne hulle hulle bevind, te bemeester. In sommige van hierdie daaglikse gebeure bestaan die potensiaal vir die kind om verlies en trauma te ervaar, wat verskeie uitdagings aan hom/haar sowel as die gesin stel. Nader (2008:3) sluit hierby aan en noem dat trauma die gesin sowel as die slagoffers se daaglikse lewens beïnvloed. Die skrywer noem ook dat die slagoffer se groei, ontwikkeling en normale funksionering beïnvloed word. Mash en Wolfe (2002:183) noem dat ondervindings wat die ervaring van dreigende of werklike dood, besering of 'n bedreiging van die persoon se fisiese integriteit insluit, tot posttraumatiese stres kan lei. In die geval van serebraal gestremde kinders kan hulle fisiese integriteit bedreig word wanneer die portuurgroep sekere fisiese aktiwiteite kan

baasraak en hulle nie. Bogenoemde skrywers noem egter dat verskillende kinders verskillende geneigdhede ten opsigte van die ervaring van trauma openbaar.

In die kinderjare word die individu reeds blootgestel aan die moontlikheid daarvan om verlies en trauma te ervaar (Mash & Wolfe, 2002:183). Sulke situasies kan die volgende insluit (Ferreira & Read, 2004:212):

- ❖ Egskeiding van ouers
- ❖ Die dood van 'n ouer, broer, suster of grootouers
- ❖ Die dood van 'n geliefde troeteldier
- ❖ Die kind se diagnosering met 'n gestremdheid, 'n mediese probleem, 'n ontwikkelingsprobleem, leukemie of MIV/vigs
- ❖ Besering of misvorming weens 'n ongeluk
- ❖ Seksuele molestasie
- ❖ Verandering van huis
- ❖ Die aanvang van die skoolloopbaan
- ❖ Verlies van persoonlike eiendom deur byvoorbeeld diefstal of brand
- ❖ Gesinsgeweld
- ❖ Fisiese aanranding

Die navorser lig die diagnosering van 'n gestremdheid uit as 'n moontlike oorsaak van verlies en trauma. Dit is duidelik dat diagnosering die moontlikheid om verlies en trauma te ervaar, verhoog. Wat egter in gedagte gehou moet word, is die feit dat kinders dieselfde gevoelens as volwassenes ervaar, maar dat hulle nie altyd oor die taalvaardigheid beskik om hulle emosies te verbaliseer nie. Hulle het ook nie die kognitiewe vermoë om hulle emosies te verstaan, te identifiseer of uit te druk nie. Die kind kommunikeer sy gevoelens deur spel, tekeninge en nieverbale gedrag (Ferreira & Read, 2004:212). Sjolund en Schaefer (in O'Conner & Schaefer, 1994:231) sluit hierby aan wanneer hulle noem dat die waarneming van 'n kind terwyl hy/sy speel die beste manier is om hom/haar te leer ken.

Aangesien die serebraal gestremde kind weens sy/haar beperkte fisiese vermoëns op

‘n gereelde basis blootgestel word aan ervarings wat stres, trauma, verlies en verwante konsepte kan veroorsaak, vind die navorser dit noodsaaklik om hierdie drie terme, naamlik stres, trauma en verlies, van mekaar te onderskei en dit te definieer. Sodoende word die erns daarvan in die serebraal gestremde kind se lewe beklemtoon.

2.7 DEFINISES VAN KONSEPTE

2.7.1 Stres

Stres kan beskryf word as die onvermoë om die fisiese en/of emosionele uitdaging van ‘n spesifieke situasie te hanteer (Lewis, 1999:5). Ferreira en Read (2004:213) dui aan dat kinders dus stres kan ervaar weens die hoeveelheid en moeilikheidsgraad van die werk wat vir ‘n eksamen voorberei moet word. Taylor *et al.* (2000:113) voer aan dat die vertroue in ‘n individu se eie vermoëns om daaglikse take uit te voer, sy/haar selfvervulling en selfvertroue grootliks bepaal. Serebraal gestremde kinders word daaglik deur hierdie take in die gesig gestaar.

Dikwels kan hulle nie hierdie basiese take uitvoer nie, wat stres veroorsaak, aangesien hulle van iemand anders se hulp afhanklik is. Indien die versorger om een of ander rede nie beskikbaar is nie of daar van versorgers verander word, lei dit ook tot verhoogde stresvlakke by die kind. Clarkson (2004:24) noem dat Gestaltherapie gebruik maak van ‘n wye verskeidenheid tegnieke. Die skrywer noem dat hierdie tegnieke op ‘n spesifieke holistiese wyse aangewend word, wat liggaam, siel, aksie en introspeksie integreer. Hierdie tegnieke sluit ook verskeie ontspanningstegnieke in.

Bogenoemde tegnieke kan selfs vir die kind aangeleer word sodat hy/sy dit outonomies kan aanwend indien hy/sy voel dat sy/haar stresvlakke verhoog. Ferreira en Read (2004:212) is van mening dat kinders hulle gevoelens ook fisies ervaar. Tervo, Symons, Stout en Novacheck (2006:928-934) sluit hierby aan wanneer hulle die stelling maak dat pynsimptome ook ondervind kan word as ‘n verdedigingsmeganisme teen emosionele stressors wat teweeggebring word deur onder andere die onvermoë om akademiese of fisiese aktiwiteite baas te raak. Die kind kan dus bewus gemaak word van hierdie stresverwante pyn sodat hy/sy dit van normale fisiese pyn kan onderskei.

2.7.2 Trauma

Die DSM-IV-TR (in Rojas & Pappagallo, 2004:40) definieer trauma as 'n stressor wat die direkte persoonlike ervaring van 'n gebeurtenis wat werklike of dreigende dood of ernstige besering, of 'n bedreiging van die persoon se fisiese integriteit inhou, insluit. Verder sluit dit die aanskou van 'n gebeurtenis wat dood, besering of 'n bedreiging van 'n ander persoon se fisiese integriteit inhou, in, asook die verneem van 'n onverwagse of gewelddadige dood, ernstige besering of doodsbedreiging van 'n gesinslid of naasbestaande.

Taylor *et al.* (2000:103) toon aan dat mense van sosiale vergelyking gebruik maak om te toets hoe goed hulle in sekere opsigte met ander mense vergelyk. In die geval van die serebraal gestremde kind kan hierdie sosiale vergelyking met maats wat nie gestrem is nie, dus onvergenoegdheid, frustrasie en trauma teweegbring. Ferreira en Read (2004:214) sluit hierby aan wanneer sy noem dat van die belangrikste simptome wat in hierdie opsig deur die kind ervaar kan word, die volgende insluit: nagmerries, skeidingsangs en vrees vir onbekendes, woede-uitbarstings, irritasie, huilerigheid, sensuueagtigheid, regressie tot 'n vorige vlak van ontwikkeling, onttrekking, die ervaring van psigosomatiese probleme, bednatmaak, veranderings in eet- en slaappatrone, buitengewone vrees vir die donker en 'n vrees om alleen te wees. Die skrywer beklemtoon egter die feit dat hierdie simptome "normale" reaksies op "abnormale" situasies is.

In die geval van trauma is die fokus veral op die persoonlike persepsie van verlies van beheer wat voortspruit uit die gebeurtenis, en aannames aangaande die lewe wat bevraagteken word (Ferreira & Read, 2004:214). Opklaring is een van die Schoemanmodel se aspekte wat in hierdie geval goed benut kan word. Volgens Okun (2002:81) behels opklaring 'n poging deur die terapeut om die basiese aard van 'n kliënt te verstaan. Opklaring of opsomming van die situasie is 'n belangrike deel van die Gestaltterapieproses, aangesien dit die kind toelaat om 'n mate van sekuriteit te ervaar. Die terapeut se opsommings en opklarings moet in so 'n mate aan die kind oorgedra

word dat laasgenoemde dit sal verstaan en nie skuldig sal voel oor sy emosies nie. Dit is moontlik dat die probleem dikwels vir die kind duideliker word wanneer hy luister as iemand anders dit verbaliseer (Schoeman, 2004:178).

Dit is belangrik dat die terapeut nie te vinnig moet opklaar (“clarify”) nie, aangesien dit daartoe kan lei dat die kind terugtrek en nie die geleentheid kry om al die emosies vry te stel wat nodig is nie. Die terapeut moet dus by die kind bly totdat laasgenoemde uiting gegee het aan al sy/haar emosies voordat hy/sy begin klarifiseer. Dit verhoed dat die kind aannames maak of skuldig voel oor dít wat hy/sy gesê het (Schoeman, 2004:178).

Dit was vir die navorser noodsaaklik om die traumatiese gebeure en die emosies wat daarmee gepaard gaan, deur middel van opklaring aan die serebraal gestremde kind te verbaliseer. Die navorser en die kind het saam alternatiewe besprek (sien hoofstuk vier, 4.6.1.2). Schoeman (2004:177) dui aan dat enige alternatiewe gedrag gepaard gaan met emosie en denke omtrent ‘n huidige probleem. Die serebraal gestremde kind kon byvoorbeeld self kies hoe hy tydens terapie van frustrasie, vrees of moedeloosheid ontslae wil raak. Oaklander (1997:306) voer aan dat verskeie kreatiewe tegnieke in Gestaltspelterapie gebruik kan word ten einde die kind te help om uiting te gee aan emosies.

2.7.3 Verlies

Verlies kan kortliks beskryf word as ‘n toestand as gevolg van die verlies aan iemand of iets wat nie die kind tot voordeel strek nie, aangesien die persoon of iets wat verlore is, ‘n belangrike rol in die gesonde funksionering en bestaan van die kind gespeel het (Ferreira & Read, 2004:215). By die serebraal gestremde kind kan dit byvoorbeeld die verlies van die voldoende gebruik van een of meer ledemate insluit. Laasgenoemde skrywers dui verder aan dat die element van skeiding wat tot skeidingsangs kan lei, ook hierin vervat is. Die term “hartseer” verwys na die emosionele proses wat op verlies volg, terwyl “rou” dui op die proses van aanpassing by die verlies.

Worden (1996:147-148) beklemtoon die volgende tipiese roureaksies:

- ❖ Ongeloof, skok, afgestomptheid, soeke en 'n wens om te herenig;
- ❖ Herinneringe vol verlange, drome en spel het onderliggende tone van emosies en psigosomatiese reaksies van hartseer;
- ❖ Verminderde belangstelling in aktiwiteite wat voorheen 'n groot mate van aandag en tyd geniet het (depressie), hartseer en gevoelens van afgestomptheid terwyl handeling outomaties uitgevoer word;
- ❖ Slaapversteurings, woede en irritasie;
- ❖ Probleme met die verrigting van skoolwerk, sowel as met konsentrasievermoë; en
- ❖ Selfdestrukiewe gedrag, sowel as gedagtes aan selfmoord en ander gedrag wat die emosionele en fisiese veiligheid van die kind bedreig.

Kinders se onmiddellike reaksie op verlies en die uitdagings wat daarop volg, sluit volgens Jewett (in Ferreira & Read, 2004:216) die volgende in: vrees oor persoonlike oorlewing, skeidingsangs, swak vermoë om emosionele bande met ander aan te knoop, droefheid, woede, skuldgevoelens, voortdurende pessimisme en gevoelens van tevergeefsheid en nutteloosheid. Hierdie is normale gevoelens wat op 'n situasie van verlies volg. Skeidingsangs by die serebraal gestremde kind kan ook vererger word weens die kind se afhanklikheid van hulpverleners. Die kind kan dus gevoelens van magteloosheid en onsekerheid ervaar indien sodanige persone nie in die onmiddellike nabyheid is nie. Charnofsky (in Schoeman, 2004:121) sluit hierby aan en noem dat kliënte dikwels juis terapie benodig as gevolg van sekere gevoelens van bedreiging, 'n mate van vrees of 'n dreigende verlies van 'n persoon, gesondheid, vryheid of liefde.

Weens die wisselwerkende aard van die terapeutiese verhouding ontwikkel die kliënt 'n vertrouensverhouding met die terapeut en voel hy/sy veilig om weerloos te wees in terapie (Schoeman, 2004:122). Die bou van 'n gesonde verhouding tussen die kind en die terapeut, waar laasgenoemde onvoorwaardelike aanvaarding aan die kind kommunikeer, is ook van kardinale belang in Gestaltspelterapie (cf. Clarkson, 2004:19-20). In terapie met die serebraal gestremde kind het die navorser dus

spesifieke aandag gegee aan die bou van 'n betekenisvolle verhouding met die kind. Dit is eers wanneer die kliënt ervaar dat hy/sy in 'n veilige omgewing is by iemand wat werklik omgee dat hy/sy veilig genoeg voel om openlik te wees en sy/haar ware gevoelens te ontbloot. Indien dít gebeur, kan positiewe groei ervaar word (Schoeman, 2004:122). Hierdie gevoel van veiligheid is baie belangrik in die geval van terapie met die serebraal gestremde kind en kan 'n belangrike teenvoeter wees vir moontlike angs en skeidingsangs wat die gesonde funksionering van die kind bedreig.

2.8 PYN

Pyn is 'n algemene, subjektiewe ervaring vir kinders en die algehele voorkoms van kroniese pyn by kinders is so hoog as 25% (Perquin, Hazebroek-Kampschreur & Hunfeld, 2000:51-58).

El-Metwally, Salminen, Auvinen, Kautiainen en Mikkelsen (2005:673-681) het waargeneem dat 'n derde van vooradolesente muskuloskeletale pyn kan ervaar wat vir so lank as 'n jaar kan voortduur. Hierdie hoë voorkoms van pyn is onrusbarend weens die emosionele, sosiale en finansiële las wat dit vir die kinders en hulle gesinne inhou (Collins, 2001:453; Chalkiadis, 2001:477). Pyn is 'n algemene toestand by kinders met serebrale gestremdheid. Volgens 'n onlangse gemeenskapsopname by ouers met serebraal gestremde kinders het twee derdes van die kinders aangetoon dat hulle pyn ervaar (Hadden & Von Baeyer, 2002:281-288).

McKearnan, Kieckhefer, Engel, Jensen en Labyak (2003:254) dui aan dat alhoewel daar 'n relatiewe tekort is aan studies wat pyn by serebraal gestremde kinders aandui, dit wel wil voorkom dat pyn by kinders met serebrale gestremdheid meer algemeen is. Bogenoemde skrywers voer verder aan dat daar 'n hoër voorkoms van pyn by kinders met ernstige beperkings is en dat pyn geassosieer kan word met opvoedkundige en sosiale beperkings (cf. Houlihan, O'Donnell, Conaway & Stevenson, 2004:305-310).

Hierdie bevindings stem ooreen met dié van Breau, Camfield, McGrath en Finley (2003:1219-1226), wie se navorsing daarop dui dat kinders met ernstige kognitiewe

beperkings gereeld pyn ervaar. Kinders met die minste vermoëns ervaar die meeste pyn en dit is waarskynlik dat die neurologiese beperkings wat kenmerkend is van serebrale gestremdheid die neurologiese stelsel en gevolglik die vermoë om pyn te verstaan en te kommunikeer, kan verander (Oberlander, 1999:237). 'n Studie deur Jahnsen, Villien, Egeland, Stanghelle en Holm (2004:309-316) het bevind dat pyn in die algemeen 'n belangrike aanduiding van die kwaliteit van 'n persoon se lewe is.

Pyn is 'n subjektiewe ervaring wat gemoduleer word deur biologiese en ander faktore, byvoorbeeld voorafgaande pynepisodes, die konteks waarbinne die pyn ondervind word, sowel as die ervaring van vrees en angst. (Collins, 2001:453). Aandag is waarskynlik die mees bestudeerde veranderlike wat 'n persoon se pynervaring beïnvloed (Villemure & Bushnell, 2002:195). Koutantji, Pearce, Oakley en Feinmann (1999:240) voer verder aan dat kroniese pyn tot aandagafleibaarheid lei. Eccleston en Crombez (2005:7-8) het in 'n studie bevind dat aandag beïnvloed word deur voorafgaande tekens van pyn of deur die ervaring van pyn op sigself. Die studie meld verder dat mense om een of ander rede hulle aandag rig op pyn of die vrees om pyn te ervaar. Die rede hiervoor volgens die studie, is die feit dat aandag deel is van 'n aksiegeoriënteerde vermyding of ontsnapping van gevaar of skadelike situasies. Figley (in Ferreira & Read, 2004:214) noem dat die bedreiging van die fisiese heelheid van 'n individu ook trauma by die persoon kan veroorsaak. Waar respondente wel melding gemaak het van fisiese pyn, is die betrokke aktiwiteite onmiddellik gestaak en is hulle betrek by die soeke na alternatiewe aktiwiteite wat nie pyn veroorsaak nie (sien hoofstuk vier, 4.6.1.2).

2.9 MOEGHEID

Moegheid is 'n ander realiteit in die lewens van kinders met serebrale gestremdheid en hulle gesinne. Studies het aangetoon dat kinders met serebrale gestremdheid meer energie benodig om normale aktiwiteite te verrig as kinders sonder hierdie gestremdheid (Bottos, 2003:788). Ouers het ook in 'n studie deur Berrin, Malcarne, Varni, Burwinkle, Sherman, Artavia en Chambers (2006:1-8) aangedui dat hulle kinders se spiertamheid vererger namate die kinders se graad van serebrale gestremdheid vererger. Varni en Burwinkle (2006:203-215) het ook 'n korrelasie tussen moegheid en

skoolfunksionering gevind.

In vergelyking hiermee het Berrin *et al.* (2006:1-8) in 'n soortgelyke studie gevind dat die verergerde graad van serebrale gestremdheid nie net met swakker skoolfunksionering geassosieer word nie, maar ook met pyn en moegheid. So bepaal pyn en moegheid ook die assosiasie tussen serebrale gestremdheid en die kind se werkverrigting by die skool. Addisioneel tot hierdie inligting het die studie ook getoon dat verhoogde pyn indirek met swakker skoolfunksionering geassosieer word wanneer moegheid teenwoordig is. Dus is moegheid 'n sleutelveranderlike in hierdie proses. Soos reeds genoem, het die studie ook bevestig dat daar gelet moet word op die direkte verhouding tussen pyn en skoolfunksionering.

Soos in die geval van pyn, het die navorser voor die aanvang van die terapie vasgestel of die kind uitgeput is en of fisiese moegheid ervaar word. Uit bogenoemde is aangedui dat serebrale gestremdheid die kind noodsaak om meer energie aan te wend om aktiwiteite te verrig. Tydens terapie was dit dan ook die terapeut se verantwoordelikheid om die kind se gedrag goed te monitor en aan die kind te vra of hy moeg word weens deelname aan sekere aktiwiteite.

2.10 OPSOMMING

Hierdie hoofstuk het die serebraal gestremde kind en die daaglikse uitdagings waarmee hy/sy gekonfronteer word, uitgelig. Dit is vanselfsprekend dat serebraal gestremde kinders simptome van al drie konsepte wat hierbo gespreek is, naamlik stres, trauma en verlies, kan ervaar en/of deur hulle gedrag openbaar. Ferreira en Read (2004:215) waarsku egter dat daar nooit sommer net aangeneem kan word dat 'n verliessituasie outomaties beteken dat die kind posttraumatiese stres gaan ervaar nie. Die Gestaltspelterapeut moet dit dus toets deur middel van 'n gepaste projeksie, wat in die volgende hoofstuk in meer detail bespreek word.

Toenemende bewyse bestaan dat daar 'n verband is tussen verlies tydens die kinderjare en depressie, probleme met die vorming van intieme verhoudings,

alkoholisme, angs en vatbaarheid vir gedagtes van selfmoord tydens die tiener- en volwasse jare van die individu (Jewett, 1992:vi). Dit is dus van kardinale belang dat hierdie kwessies so gou moontlik aangespreek word. Hierdie feit was dan ook 'n beduidende faktor in die navorser se besluit om die navorsing op die gekose ouderdomsgroep, naamlik sewe tot twaalf jaar, van toepassing te maak.

Uit Jewett (1992) se navorsing is dit duidelik dat die uitdagings en behoeftes wat die omgewing aan serebraal gestremde kinders stel, hulle organiese selfregulering erg bemoeilik weens hulle fisiese gebrek, gebrekkige sosiale vermoëns, intellektuele beperkings en emosionele probleme. Blom (2004:12) toon aan dat selfregulering op twee wyses kan plaasvind, naamlik uitwendige en inwendige selfregulering. Interne selfregulering word beskou as 'n inherente karaktereienskap van die individu. Dit kom spontaan voor en is spesifiek daarop gerig om organismiese behoeftes te bevredig (Aronstam in Blom, 2004:12). Yontef en Jacobs (2005:301) definieer organiese selfregulering as bewuswording waar die organisme moet weet wat hy/sy voel, waarneem en benodig, waar hy/sy eienaarskap daarvan moet aanvaar en moet kan identifiseer met dit wat hy/sy ervaar. Dit was die navorser se doel om deur middel van die toepassing van die Schoemanmodel die serebraal gestremde kind te help om as só 'n gesonde holistiese entiteit te funksioneer. Om hierdie rede word die Schoemanmodel en wat dit behels, in die volgende hoofstuk bespreek.

HOOFSTUK 3

ESSENSIE VAN DIE SCHOEMANMODEL

3.1. INLEIDING

Volgens Schoeman (2004:118) word kinders geleer om dit wat van hulle verwag word, te hanteer. Schoeman (2004:119) dui ook aan dat kinders ten spyte van hulle ontwikkelingsfase en die verwagtings wat die skool, hulle ouers en maats aan hulle stel, hulle eie unieke manier het waarvolgens hulle hulle wêreld organiseer (cf. Reynolds & Mortola, 2005:153). Clarkson (2004:84) sluit hierby aan wanneer sy melding maak van die uitdagings wat die wêreld aan die kind stel. Sy is egter van mening dat hedendaagse kinders nie genoegsame onderrig ten opsigte van die hantering van hulle emosionele kwessies ontvang nie. Sy noem byvoorbeeld dat “mense wat gereeld na die tandarts gaan, as goeie voorbeelde beskou word, maar dat mense wat knak en huil, as swakkeling en ‘sissies’ beskou word”. Dit is dus belangrik om beide die unieke wyse waarvolgens die kind sy/haar wêreld orden en die moontlike gebrek aan ondersteuning ten opsigte daarvan in gedagte te hou wanneer daar met die kind gewerk word.

Die Schoemanmodel is gebaseer op die Gestaltspelterapeutiese proses en kan kinders bemagtig sodat hulle hulle verwagtings soos hierbo genoem, realisties kan benader na aanleiding van hulle eie persoonlikheidsprosesse. Die hoofdoel van die model is om aan die terapeut ‘n raamwerk te verskaf ten einde binne die Gestaltfilosofie speltherapeuties te werk. Hierdie model is saamgestel om die spelterapeut te help om die belangrikste aspekte van terapie aan te spreek. Die model is nie veronderstel om blindelings gevolg te word nie en die proses wat volgens die Schoemanmodel gevolg word, is ‘n vloeiende proses (Schoeman, 2004:118).

Dit is dus belangrik vir spelterapeute om te beseft dat alhoewel hulle van spel en speltherapie tegnieke gebruik maak, hulle steeds besig is met terapie en dat daar binne hierdie vloeiende proses waarvan Schoeman praat, ‘n spesifieke doel is waartoe hulle en die kinders werk. Juis daarom is die struktuur wat ‘n model aan die

terapeutiese ondervinding verleen, volgens die navorser van kardinale belang. Schoeman (2004:118) ondersteun hierdie mening deur aan te voer dat die struktuur van die Schoemanmodel veronderstel is om aan die terapeut 'n gemaklike manier te bied om met die algemeenste kwessies te werk terwyl daar tred gehou word met wat op die kind se voorgrond is.

Binne die terapeutiese proses reflekteer die patrone of profiel van spelaktiwiteite spesifieke kinders se ervaring van hulleself en ander terwyl hulle speel. Die kinders kan ook hulle strategieë vir aanpassing en probleemhantering deur middel van spel met dié van ander kinders vergelyk (Chazan, 2002:13). Die skrywer noem verder dat die ooglopende eenvoud van spel egter die onderliggende komplekse struktuur daarvan verberg.

In hierdie hoofstuk het die navorser die Schoemanmodel en die struktuur daarvan in detail bespreek. Die navorser het dit goedgevind om op die karaktereienskappe van die verskeie aspekte wat deur Schoeman uitgelig word, te fokus. Die rede hiervoor is die feit dat die navorser die Schoemanmodel in die empiriese studie toegepas het en dus hierdie karaktertrekke in terapie gevestig het. Klem word dus op Schoeman as verwysing gelê. Deurentyd word ook aandag geskenk aan Gestaltspelterapie in die algemeen, terwyl daar telkens na die serebraal gestremde kind verwys word ten einde 'n geïntegreerde beeld van terapie met die serebraal gestremde kind te vorm. Vervolgens word die uiteensetting van die Schoemanmodel bespreek.

3.2 UITEENSETTING VAN DIE SCHOEMANMODEL

3.2.1 Die verhouding

Volgens Schoeman (2004:118) is die verhouding 'n belangrike deel van die model. Sonder 'n goeie verhouding sal kinders waarskynlik nie bereid wees om hulle gevoelens en innerlike kwessies te deel nie. Blom (2004:54) noem dat emosionele kontak met kinders die oomblik begin wanneer hulle hulle in die teenwoordigheid van die terapeut bevind. Die terapeut moet daarvan bewus wees dat die interaksie (verhouding) tussen hom/haar en die kinders reeds met die eerste ontmoeting begin. Schoeman (2004:122)

toon aan dat die wisselwerking tussen die terapeut en die kliënt 'n belangrike faktor is wat openheid en weerloosheid betref.

Volgens die Gestaltterapeutiese benadering is die helende proses nie die gevolg van die terapeut se interpretasie van die kliënt se simptome nie (Schoeman, 2004:123), maar van 'n groter bewuswording by die kliënt (Bowman, 1998:6). Laasgenoemde skrywer voer verder aan dat hierdie verhoogde bewuswording uit dialoog tussen die kliënt en die terapeut vloei. Oaklander (in Blom, 2004:53) sluit goed hierby aan deur te noem dat kinders meer bewus word van hulleself in die terapeutiese proses – wie hulle is, wat hulle voel, waarvan hulle hou en nie hou nie en wat hulle nodig het. Hierdeur word hulle ook meer bewus van die feit dat hulle keuses kan uitoefen in verband met die uitdrukking van hulle emosies en die eksplorاسie van nuwe gedrag.

Okun (2002:29) dui aan dat die bevrediging van die kliënt se behoeftes juis die doel van die verhouding is. Die navorser is ook van mening dat die verhouding die kliënte grootliks help om verantwoordelikheid vir hulleself te aanvaar en hulle te help om hulle eie besluite te neem, gebaseer op uitgebreide alternatiewe en benaderings. Schoeman (2004:123) verduidelik dat die kliënte insig in hulle simptome ontvang. Sy noem verder dat hierdie insig ten opsigte van hulle simptome, alternatiewe gedrag en verandering die gevolg is van die verhouding wat tussen die terapeut en die kliënt ontwikkel.

Falkman, Sandberg en Hjelmquist (2002:60) het in 'n studie bevind dat kinders met serebrale gestremdheid weens hulle motoriese disfunksie dit moeilik vind om hulle omgewing te verken. Hierdie navorsing toon verder aan dat isolasie van hulle sosiale omgewing 'n gevolg hiervan is. Verhoudingbou is dus in die geval van die serebraal gestremde kind 'n minder aangename onderwerp. Om hierdie rede is verhoudingbou, wat in elke sessie aangespreek word, vir die navorser een van die Schoemanmodel se mees uitstaande eienskappe. Die verhouding is dus 'n belangrike aspek en verg insette van die terapeut sowel as die serebraal gestremde kind sodat 'n sinvolle en veilige omgewing geskep kan word waarbinne die kind vrylik kan verken. Schoeman (2004:122) stem hiermee saam wanneer sy noem dat die kliënt se gevoel van veiligheid

binne die terapeutiese konteks 'n integrale element van 'n suksesvolle terapeutiese ontmoeting is. Dikwels benodig kliënte juis terapie as gevolg van sekere gevoelens van bedreiging, 'n mate van vrees of die dreigende verlies van 'n persoon, gesondheid, vryheid of liefde (Charnofsky in Schoeman, 2004:121). In die geval van die serebraal gestremde kind kan dit 'n vrees vir verwerping deur sy/haar maats, portuurgroep of enige noemenswaardige persoon insluit.

Dit is eers wanneer die kliënte ervaar dat hulle hulle binne 'n veilige omgewing bevind by iemand wat werklik omgee, dat hulle veilig genoeg voel om hulleself te openbaar en hulle ware gevoelens te opper. Indien dít gebeur, kan positiewe groei ervaar word (Schoeman, 2004:122). Tydens die terapeutiese sessies is dus veral aandag geskenk aan die skep van 'n veilige omgewing vir terapie met die serebraal gestremde kind.

Garth en Aroni (2003:563) het in 'n studie gevind dat die ontwikkeling van 'n betekenisvolle verhouding tussen kinders en hulle terapeute die bereiking van uitkomst kan verhoog indien sodanige verhouding die volgende insluit: 'n gesamentlike visie, gedeelde beheer, mag en besluitneming, integriteit, respek en oop kommunikasie. Schoeman (2004:122) sluit hierby aan en dui op die volgende hoofelemente wat die terapeutiese verhouding grootliks beïnvloed:

3.2.1.1 Dialoog

Beide die kliënt en die terapeut ontwikkel die terapeutiese verhouding deur dialoog (Schoeman, 2004:123). Die terapeut is werklik geïnteresseerd in die kliënt as 'n unieke persoon wat heelwat het om te ontbloot (Crocker in Schoeman, 2004:123). Okun (2002:43) sluit hierby aan deur melding te maak van opregtheid. Die terapeut is dus oorspronklik en eerlik ten opsigte van die kliënt se behoeftes en in sy/haar reaksies op die kliënt.

Die kontak tussen die terapeut en die kliënt in Gestaltterapie word binne die I-thou-verhouding gefasiliteer (Korb, Gorrel & Van de Riet, 1989:16). Die I-thou-verhouding is 'n opregte ontmoeting tussen twee unieke mense waar albei die essensiële menslikheid

van die ander openlik respekteer (Clarkson, 1993:16). Blom (2004:54) beskryf die I-thou-verhouding as 'n verhouding waar die terapeut en die kind op gelyke voet staan ten spyte van verskille in hulle ouderdom en onderrig. Die navorser vind dit van belang om hier melding te maak van opklaring en evaluering. Hierdie aspekte van die Schoemanmodel verwyder enige misverstande in die dialoog tussen die terapeut en die kind, aangesien die terapeut deur opklaring presies kan vasstel of hy/sy die kind reg verstaan. Hierdie bespreking van huidige kwessies (opklaring) lei ook tot 'n groter mate van bewuswording by die kind. Deurdat die terapeut tydens dialoog evalueer, word die kinders bewus van die vordering wat hulle reeds gemaak het en hierdie besef van "groei" bemagtig op sy beurt die kind. Opklaring en evaluering word op 'n latere stadium volledig bespreek, maar is hier uitgelig omdat dit die wyse waarop die Schoemanmodel as 'n geïntegreerde geheel funksioneer ten opsigte van sy verskillende aspekte, beklemtoon.

Volgens Schoeman (2004:124) het dialoog die volgende eienskappe wat verder help om die waarde van die terapeutiese verhouding te verhoog:

- ❖ **Toewyding tot dialoog:** Tydens interaksie tussen mense gebeur iets as gevolg van daardie interaksie. Dit word kontak genoem. Die Gestaltherapeut is oop vir kontak met die kliënt; oop vir 'n interpersoonlike proses wat nie manipulerend is nie. Die terapeut is toegewy aan dialoog. Hy/sy laat toe dat kontak plaasvind, eerder as om te manipuleer, kontak af te dwing of die uitkoms te beheer (Yontef in Schoeman, 2004:124.) Met die oog op hierdie studie is die serebraal gestremde kind die geleentheid gegee om die kontakssessies te gebruik om nuwe idees en gedrag te eksploreer. Die navorser het tydens kontakssessies onvoorwaardelike aanvaarding aan die kinders gekommunikeer. Dit blyk uit die literatuurstudie dat die serebraal gestremde kind probleme met sosialisering kan ondervind (sien hoofstuk twee, 2.4). Die navorser kon dus aan die respondente noem dat hy groot waardering en respek het vir enige terugvoer deur hulle. Deur by die ondervinding van die respondente te bly, is toewyding tot dialoog vermag. Kontak is die ontmoeting van die terapeut en die kliënt se grense. Yontef en Jacobs (2005:301) verwys na kontak as om bewus te wees van wat in die hier-

en-die nou plaasvind. By hierdie ontmoetingsplek is daar aanvaarding, begrip en gedeelde onthulling. Die kern van die konsep van kontak is dat “I” nie net “I” bly nie en “thou” nie net “thou” nie, maar dat daar toegewing is tot dít wat uit die interaksie tussen “I” en “thou” ontstaan (Schoeman, 2004:124).

- ❖ **Insluiting en konformasie:** Insluiting verwys na die aanvaarding van ‘n persoon vir wie hy/sy is (Schoeman, 2004:124). Brier (in Schoeman, 2004:125) verwys na die begrip van die “heelheid” van die ander en die “spesiale uniekheid” in hulle ervaring. Dit is die kuns om jouself in iemand anders se skoene te plaas (Schoeman, 2004:124-125). Schoeman (2004:125) dui aan dat insluiting oor meer handel as wat ooglopend is en bevestig die potensiaal vir groter bewustheid en groei. Die respondente kan byvoorbeeld betrek word by besluite ten opsigte van watter mediums gebruik word. Die bewuswording dat hulle keuses tydens die kontakssessies belangrik is, kan die respondente motiveer om die terapeut in so ‘n mate in hulle vertrouwe te neem dat hy/sy tydens kontak ingesluit word in hulle ervarings.
- ❖ **Teenwoordigheid:** Die terapeute is teenwoordig en “in die oomblik”, en is energiek en filosofies met elke kliënt. Terapeute wat bewus is van hulle eie teenwoordigheid, bring hulle oorspronklikheid en eerlike ervaring na die kliënte. Daar is geen voorgee of inhibisie ten opsigte van uitdrukking nie, met volle bewustheid en verantwoordelikheid. Die terapeute behou hulle ware self tydens terapie en konformasie (Schoeman, 2004:125).
- ❖ **Dialoog word geleef:** Dialoog word geleef eerder as wat dit ondersoek en slegs bespreek word. Die terapeutiese verhouding is ‘n ervaring waartydens energieke interaksie plaasvind (Schoeman, 2004:125). Die navorser het gepoog om die respondente tydens kontakssessies aan tegnieke en mediums bloot te stel wat selfvertroue en selfwaarde versterk, deurdat klem gelê is op die pogings wat die respondente aangewend het eerder as op die uitkoms. Schoeman (2004:125) noem verder dat die klem gelê word op opwinding en die onmiddellikheid van die ervaring.
- ❖ **Geen uitbuiting:** Dit is ‘n nie-manipulerende en nie-uitbuitende benadering wat die integriteit van die kliënt beskerm. Alle moontlike stappe word gedoen om

opsetlike skade aan die kliënt as gevolg van die terapie te verhoed (Ganz in Schoeman, 2004:125). Die navorser het deurentyd die respondente se belange op die hart gedra, en die selfvertroetelingsaspek van die Schoemanmodel het hier 'n bydrae gelewer. Die respondente is teen die einde van die terapeutiese sessie die geleentheid gegun om enigiets te doen wat vir hulle lekker is (sien hoofstuk 3, 3.2.9).

3.2.1.2 Respek

Rogers (in Okun, 2002:41) verwys na respek as onvoorwaardelike positiewe aanvaarding. Hierdie skrywer definieer hierdie konsep as die kommunisering van aanvaarding van kliënte as waardige persone ten spyte van wie hulle is of wat hulle sê of doen. Okun (2002:269) verduidelik dat die aanvaarding van ander juis beteken dat hulle gerespekteer word as waardige individue. Vir die serebraal gestremde kind, wat 'n geneigdheid het om stres en trauma te ervaar (sien hoofstuk twee, 2.6), moet hierdie respek beklemtoon word. Laasgenoemde skrywer wys egter daarop dat dít beteken dat die terapeut verskillende onsekerheid moet kan verdra en kan aanvaar dat wat vir een persoon reg en aanneemlik is, nie noodwendig vir 'n ander reg en aanneemlik is nie. Clarkson (2004:170) neem respek tot 'n volgende dimensie wanneer sy skryf dat die terapeut gebonde is aan respek vir die kliënt se waardigheid en selfwaarde. Sy voeg by dat hierdie respek ook die kliënt se reg op privaatheid, geheimhouding en vertroue insluit en dat die terapeut hierdie regte beskerm deur die kwessie van vertroulikheid.

3.2.1.3 Verantwoordelikheid

Blom (2004:59) dui aan dat kinders dikwels nie uit eie vrye wil na terapie kom nie en dat een van die terapeut se eerste take dus is om die kind van geen verantwoordelikheid tot selfdeterminasie te lei. Blom (2004:59) noem ook dat die terapeutiese verhouding vanuit die Gestaltperspektief berus op die feit dat beide die terapeut en die kliënt verantwoordelikheid aanvaar vir hulle onderlinge ervarings, keuses en gedrag.

Ganz (in Schoeman, 2004:126) voer aan dat terapeute ook 'n verantwoordelikheid teenoor hulleself het om hulle eie effektiwiteit, weerstand en vermoë om kliënte te ondersteun en by te staan, te onderhou (cf. Okun, 2002:50).

3.2.1.4 Nieverbale kommunikasie

Okun (2002:58) dui aan dat sekere antropoloë van mening is dat twee derdes van enige kommunikasie op 'n nieverbale vlak plaasvind. Okun (2002:69) definieer hierdie responsiewe luister as die terapeut se vermoë om aandag te skenk aan die kliënt se verbale en nieverbale boodskappe, sowel as die onderliggende gedagtes en gevoelens wat die kliënt hiermee oordra.

Soms kan dít wat 'n kliënt in 'n situasie sê, verskil van dít wat die kliënt dink daar gesê word. Dit kan bewustelik of onbewustelik gebeur. Die terapeut, wat die kommunikasie in die geheel waarneem, sal 'n boodskap hoor wat die kliënt onbewustelik uitstuur. Tydens die literatuurstudie is kennis geneem van die feit dat kinders deur middel van spel uiting gee aan kwellende emosies en hierdie emosies deur spel aan ander kommunikeer (sien hoofstuk twee, 2.6). Met die oog op die serebraal gestremde kind (sien hoofstuk een, 1.2.2), waar oneffektiewe kommunikasie wel 'n rol kan speel, het die verskeie speltegnieke en -mediums handig te pas gekom. Die navorser het ook gelet op enige teenstrydighede tussen die verbale en nieverbale gedrag van die respondente. Okun (2002:24) voer aan dat die terapeut se vermoë om op die kliënt se verbale en nieverbale boodskappe te reageer deur laasgenoemde se onderliggende gevoelens en gedagtes op te klaar, die kliënt help om hom-/haarself beter te verstaan. Clarkson (1993:22) sluit hierby aan en noem dat die kliënt deur kreatiewe eksperimentering uitgenooi word om die bedoeling daarvan self te ontdek.

3.2.1.5 Grense binne die terapeutiese verhouding

Grense binne die terapeutiese verhouding is belangrik. Beide die terapeut en die kliënt moet bewus wees van hierdie grense. Grense definieer 'n persoonlike ruimte. 'n Gesonde grens is buigsaam en semi-deurdringbaar. Dit bevat en voorsien 'n mate van identiteit en laat toe dat verandering kan plaasvind (Jarosewitsch, 1995:1). Landreth (1991:209) voeg by dat grense struktuur verleen aan die ontwikkeling van die terapeutiese verhouding, aangesien groei nie binne 'n chaotiese, ongeorganiseerde verhouding kan plaasvind nie. Laasgenoemde is vanuit die navorser se persoonlike

ervaring belangrik. Sonder die nodige grense kan die kontakssessie in 'n speelsessie ontaard, waar beide die terapeut en die kliënt doelloos tussen mediums en tegnieke beweeg. Die navorser het die respondente deeglik bewus gemaak van wat tydens die kontakssessies aanvaarbaar en ontoelaatbaar is en waarom hulle vir terapie kom. Respondente is betrek by die vasstelling van grense deur hulle idees en verwagtings met die navorser te deel. Reynolds en Mortola (2005:154) onderskryf laasgenoemde deur te noem dat die kind se eksplorاسie van sy/haar grense die effektiwste is wanneer die kind 'n aandeel het in die vasstelling van grense wat gevolg moet word.

3.2.2 Sensoriese modaliteite

Die mens se sintuie beïnvloed die wyse waarop die wêreld ervaar word. Om te sien, hoor, ruik, proe en tas is wyses waarop individue kontak maak met hulle omgewing en sodoende bewus word van hulleself en hulle emosies (Schoeman, 2004:137). Schoeman (2004:118) dui aan dat kinders gewoonlik in kontak is met hulle sintuie. Die sintuie het die vermoë om al die emosies te ontsluit deur sintuiglike waarneming en maak deel uit van die innerlike kind. Dit vorm deel van bewustheid. Gevolglik gee die kind op spontane wyse uitdrukking aan die betrokke emosies.

Thompson en Rudolph (1996:150) noem dat deur op die kind se sensoriese en liggaamlike kontakmaking te fokus, hy/sy meer bewus kan word van die emosies wat hy/sy op 'n spesifieke oomblik ervaar. Die ontwikkeling van sensoriese bewustheid het spesifieke waarde vir die terapeut wat Gestaltherapeuties werk, aangesien dit die kind help om weer as 'n holistiese entiteit te funksioneer. Individue verloor dikwels hulle sensoriese bewustheid en sensitiwiteit ten opsigte van hulle liggame as gevolg van dramatiese gebeure in hulle lewens (Schoeman, 2004:137).

3.2.2.1 Sensoriese bewustheid

Volgens Weaver (in Schoeman, 2004:138) word die aard van bewustheid en sensoriese bewustheid deur sintuiglike waarneming bepaal, en daardeur kom individue in aanraking met hulleself. Schoeman (2004:139) is van mening dat Gestaltherapeute die sensoriese potensiaal van hulle kliënte moet ontdek, aangesien niemand dieselfde

denke of liggame het nie. Sy noem dat sekere individue hulleself visueel baie goed oriënteer, terwyl ander weer ingestel is op ouditiewe seine. Sommige individue let weer meer op die ruimtelike aspekte van kommunikasie. Reynolds en Mortola (2005:156) voeg by dat dit dus ook belangrik is om vas te stel of alle sensoriese stimuli vir die kind wel duidelik waarneembaar is.

Hutton, Pharoah en Rosenbloom (2002:87) het in 'n studie gevind dat gehoorverlies sowel as probleme met visie by serebraal gestremde kinders aanwesig kan wees. Vir die doel van hierdie studie was dit dus van belang om vas te stel of die deelnemers aan die studie probleme met bogenoemde sintuie ervaar.

3.2.2.2 Sensoriese modaliteite

Daar is verskillende tegnieke wat in Gestaltspelterapie gebruik kan word om die kind op die hier en die nou te laat fokus. Een van hierdie tegnieke is die gebruik van die kind se sensoriese modaliteite. Hierdie modaliteite dui op die kind se kontak met die buitewêreld (Schoeman, 2004:139). Sensoriese bewustheid beïnvloed die wyse waarop die kind perseptueel waarneem en is dus van belang in Gestaltterapie. In Gestaltterapie word persepsie as 'n aktiewe proses beskou. Die kind beskik oor 'n natuurlike vermoë om onvoltooidhede te voltooi. Ware behoeftes, ondervindings en individuele persoonlikheid beïnvloed die kind se persepsie. Vir Gestaltspelterapie om effektief te wees, moet die kind in staat wees om die Gestalt in betekenisvolle eenhede af te breek ten einde hierdie eenhede onafhanklik te ontleed. Indien die afhanklike eenhede nie as geïntegreerde dele van 'n geheel beskou kan word nie, is dit onmoontlik om die situasie te interpreteer. Die sensoriese perseptuele ervaring van die kind in Gestaltterapie is dus baie belangrik (Kirchner in Schoeman, 2004:139).

Schoeman (2004:139) skryf die volgende oor die onderskeie sintuie (cf. Blom, 2004:101-107):

- ❖ **Tas:** Blom (2004:101) noem dat tas 'n belangrike rol speel in die wyse waarop kinders sensories kontak maak. Blom (2000:240) dui op verskillende tegnieke waarmee die kind se sensoriese bewustheid deur tas verhoog kan word. Die kind

kan byvoorbeeld aan verskillende voorwerpe met verskillende teksture vat. In die lig van die verskeie tegnieke wat aangewend kan word, hou hierdie sintuig baie potensiaal in vir die sensoriese bewusmaking van die serebraal gestremde kind. Binne die veilige omgewing van die terapeutiese milieu kan die kind die geleentheid gebied word om die geaffekteerde ledemate sonder skaamte by die bewusmakingsproses te betrek.

- ❖ **Smaak:** Die tong word geassosieer met die sensoriese funksie van proe, maar word ook gebruik om emosies te verbaliseer (Blom, 2004:106). Om te proe, hou altyd 'n mate van opwinding en ontdekking vir kinders in. Hierdie sintuig kan letterlik gebruik word om die “tonge los te kry” en die kind aan die dialoog te laat deelneem.
- ❖ **Sig:** Schoeman (2004:142) dui aan dat kinders van nature nuuskierig is en nie skaam is om ondersoekend rond te kyk nie. Soos reeds genoem, is daar eger eers by die kinders vasgestel of hulle visuele vermoëns hulle in staat stel om hierdie sintuig sinvol vir sensoriese bewusmaking aan te wend. In plaas van 'n mediese toets is gebruik gemaak van 'n eenvoudige speletjie waar die respondent een oog moes toedruk en dan met sy ander oog sekere voorwerpe en die kleur daarvan moes identifiseer.
- ❖ **Gehoer:** Blom (2000:242-244) lys verskillende tegnieke in hierdie verband. Net soos in die geval van die visuele sintuig, is daar eers vasgestel of die serebraal gestremde kind se gehoor toepaslik aangewend sou kon word vir sensoriese bewusmaking. Hier het die respondent een oor toegedruk en moes hy dan herhaal wat die navorser in die ander oor gefluister het. Wanneer daar 'n goed gevestigde verhouding is met veiligheid en wedersydse respek as boustene, sal sodanige kinders nie skaam wees om hulle fisiese tekortkomings deur middel van dialoog met die terapeut te deel nie.
- ❖ **Reuk:** Dit stel die kind in staat om inligting aangaande sy/haar omgewing in te samel. Deur die reuksintuig word die kind ook aan aangename en onaangename ervarings herinner (Blom, 2004:107).

Clarkson (2004:96) noem dat kontak deur middel van die sintuie 'n persoon in staat stel om die intensiteit van 'n sekere ervaring waar te neem. Vir die navorser was dit dus van belang om tydens terapie op die sintuie te fokus en die serebraal gestremde kind deurgaans van sy unieke ervarings bewus te maak.

3.2.3 Die kind se proses

Die spontane gebruik van die sintuie is dit wat onderliggend is aan die kind se ervaring van die self (Schoeman, 2004:118). Juis daarom is dit belangrik om kennis te dra van die kind se unieke proses. Blom (2004:52) definieer die kind se proses as “wat hulle doen, en hoe hulle dit doen”. Ten einde die kind te verstaan, is dit van kardinale belang om sy/haar proses te verstaan. Soos algemeen bekend is, is elke individu en dus elke kind uniek en gevolglik sal elke kind se proses op 'n unieke manier manifesteer (Schoeman, 2004:155). Volgens Blom (2004:83) is dit belangrik om die kind se unieke temperament in ag te neem wanneer sy/haar proses geassesseer word. Boyd (in Schoeman, 2004:157) se Disc Temperament-analise (sien bylaag 5) is gebruik om die navorser tydens die Gestaltspelterapiesessies te help met die identifisering van die respondente se unieke prosesse.

Blom (2004:51) is van mening dat die doel van Gestaltspelterapie is om kinders te help om meer verantwoordelikheid vir hulleself te aanvaar en minder op die omgewing se ondersteuning staat te maak ten einde tot volwassenes te groei. Die Gestaltspelterapeut sal dus vasstel hoe die kind hom-/haarself ondersteun tydens die oplossing van 'n probleem en probleemoplossing fasiliteer deur selfregulering en selfondersteuning (Blom, 2004:51). Deur te let op die wyse waarop die serebraal gestremde kinders probleme oplos, kon die navorser tot groter insig kom aangaande hulle prosesse. Die kinders het sodoende bewus geword van maniere om hulleself te ondersteun eerder as om afhanklik te wees van die omgewing, wat ook weer alternatiewe aanspreek. Dit dui op die vermoë van die Schoemanmodel om saam met die terapeutiese proses te vloei.

3.2.4 Assessering van die kind se projeksie

Okun (2002:50) toon aan dat alhoewel terapeutiese benaderings in 'n meerdere of mindere mate van mekaar verskil, motivering en samewerking deur die terapeut in alle benaderings belangrik is. Ooreenstemmend hiermee is Schoeman (2004:164) van mening dat die sensitiewe terapeut sal weet hoe om die kind te motiveer ten einde 'n projeksie te maak. Yontef (in Schoeman, 2004:162) voer aan dat projeksie ontstaan as gevolg van 'n wanpersepsie van die self en ander wat spruit uit die toekenning van kenmerke aan die buitewêreld, terwyl dit eintlik kenmerke van die self is. Clark en Fraser (in Schoeman, 2004:162) beskryf projeksie as individue se verbeelding dat hulle eie ongewenste gevoelens aan ander behoort. Volgens Schoeman is gesonde projeksie 'n kuns, terwyl afwykende projeksie die gevolg is van gebrekkige bewustheid van die self en die onvermoë om verantwoordelikheid te aanvaar vir dít wat geprojekteer word. Schoeman (2004:163) noem verder dat dit dus baie onbillik is van die terapeut om 'n kind met 'n projeksie te konfronteer. Die kind kan as gevolg van so 'n konfrontasie beroof voel en onwillig wees om te erken dat die projeksie deel is van hom/haar.

Volgens Schoeman (2004:163) dien projeksie die volgende doel in 'n kind se lewe:

- ❖ Projeksie gee aan die kind ruimte om die verwagtings waarmee die lewe hom/haar konfronteer, uit te sorteer;
- ❖ Dit is 'n poging deur die kind om dít wat hy/sy nog nie kan hanteer nie, te vermy;
- ❖ Projeksie bied aan die kind 'n manier om sy/haar selfrespek te behou; en
- ❖ Dit bied aan die kind ontvlugting wanneer hy/sy nie gereed is om kritiek en verwerping te aanvaar nie.

In 'n situasie waar die kind wel projekteer, is hy/sy besig om sy/haar grense los te maak. Die kind neem sy/haar eie ervaring en plaas dit binne 'n ander persoon of objek. Die ander persoon of objek dien dus as 'n videoskerm waarteen hy/sy daardie aspek van hom-/haarself wat hy/sy nie kan hanteer nie, projekteer. Om 'n situasie te herformuleer ten einde behoeftes te bevredig, staan sentraal in alle kreatiewe denke. Dit is vir 'n kind van meer waarde om hierdie tipe oefening te voltooi as dat hy/sy weier

om enige situasie te skep. Die kind wat iets nuuts kan skep, verbeter sy/haar opsies om beter interaksie met al sy/haar sisteme teweeg te bring (Schoeman, 2004:164).

3.2.4.1 Eienaarskap van die projeksie

'n Oop of geslote projeksie kan gemaak word volgens die omstandighede van die situasie. Die projeksie is dus nooit die einddoel nie, maar slegs 'n wyse om waardevolle inligting te openbaar. Besitneming van die projeksie ontwikkel vanuit hierdie proses. Dit is slegs deur eienaarskap van die projeksie te aanvaar dat die kind sy/haar emosies, gevoelens en kwessies sal erken en in sekere gevalle ontslae kan raak van negatiewe kwessies (Schoeman, 2004:177).

Om eienaarskap van die projeksie te aanvaar, is die draaipunt in die kind se terapeutiese proses. Hiervandaan begin die helende proses. Dit is dus belangrik dat die kind eienaarskap van die projeksie moet aanvaar. Dit beteken dat die kind tot die besef moet kom dat die emosies wat hy/sy aan 'n bepaalde objek toegeken het, eintlik weerspieël hoe hy/sy self voel. Wanneer die kind eienaarskap van die projeksie aanvaar het, sal hy/sy in staat wees om sy/haar emosies te erken en alternatiewe vir die probleem te vind (Schoeman, 2004:164).

3.2.5 Alternatiewe

Alternatiewe kan aangespreek word nadat eiening van die projeksie plaasgevind het. Die terapeut en kliënt moet saam alternatiewe as oplossings bespreek. Hierdie alternatiewe moet binne die raamwerk van die kind se proses val en moet bespreek word in terme van die verlede, die hede en die toekoms. Parlett en Lee (2005:49) toon egter aan dat toekomstige aksies, of dit deel uitmaak van fantasie of 'n beplande aksie is, steeds beskou word as 'n deel van wat besig is om in die hede plaas te vind. Hulle noem verder dat om die verlede op te roep of vir die toekoms te beplan, dus deel uitmaak van die hede, die hier en die nou.

Okun (2002:13) voer aan dat dit van meer hulp is om kliënte aan ander waardesisteme bloot te stel as om dit op hulle af te dwing. Die terapeut is dus ondersteunend in die

soeke na nuwe alternatiewe, maar moet bewus bly van die kind se uniekheid en potensiaal om self verandering te bewerkstellig.

Dit is nie die terapeut se rol om advies aan die kinders te gee nie, maar om hulle te lei ten einde hulle te help om hulle eie alternatiewe en oplossings vir die probleem te vind. Op hierdie stadium kan die kinders besluite neem ten opsigte van hulle toekoms. Dit is belangrik dat hulle verantwoordelikheid aanvaar en soms is dit vir hulle nodig om weer eienaarskap van hulle emosies te neem. Deur saam met hulle te werk, word die pas deur die kinders aangegee. Deur struikelblokke tot alternatiewe aan die kind uit te wys of deur gebruik te maak van polariteite word die kinders in staat gestel om aan toepaslike alternatiewe vir hulle probleme te dink (Schoeman, 2004:177).

Die terapeut moet dit dus vir die kinders moontlik maak om te beseft dat polariteite wel bestaan en dat dit aanvaarbaar is. Deur hierdie aspek te erken, kan die kinders leer om polariteite in alternatiewe te assimileer. Die terapeut kan ook na die verlede, hede en toekoms kyk terwyl daar met alternatiewe gewerk word. Hierdeur kan die kinders sien hoe hulle dit in die verlede hanteer het, hoe hulle dit nou hanteer en hoe hulle dit in die toekoms kan hanteer. Wanneer al die alternatiewe bespreek is, moet die kinders kies vir watter alternatief hulle verantwoordelikheid wil neem (Schoeman, 2004:177).

3.2.6 Opklaring

Volgens Okun (2002:81) behels opklaring 'n poging deur die terapeut om die basiese aard van 'n kliënt te verstaan. Opklaring of opsomming van die situasie is 'n belangrike deel van die Gestaltterapieproses, aangesien dit die kind toelaat om 'n mate van sekuriteit te ervaar. Die terapeut se opsommings en opklarings moet op so 'n manier aan die kinders oorgedra word dat hulle dit sal verstaan en nie skuldig sal voel oor hulle emosies nie. Die probleem word dikwels vir die kinders duideliker as hulle luister wanneer iemand anders dit verbaliseer (Schoeman, 2004:178). Volgens Fiebert (in Schoeman, 2004:123) gee 'n Gestaltterapeut spesiale aandag aan geringe teenstrydigheid tussen verbale en nieverbale aksies, aangesien dit dikwels 'n blokkasie in bewustheid aandui wat 'n besonder gespanne area kan verbloem. Okun (2002:62) is

ook van mening dat die vermoë om beide verbale en nieverbale kommunikasie waar te neem of “te hoor”, die verskil is tussen ‘n effektiewe en oneffektiewe terapeut.

In Gestaltterapie gebruik die terapeut nie sy/haar teenwoordigheid om die kliënt te manipuleer ten einde voorafgestelde doelwitte te bereik nie, maar bemoedig hy/sy die kliënt eerder om hom-/haarself onafhanklik te reguleer (Yontef, 1993:4). Mackewn (2004:34) voeg by dat Gestaltterapie groot waarde daaraan heg om bewustheid te ontwikkel deur ‘n deurlopende ondersoek van die kliënt se subjektiewe ervaring. Tydens hierdie ondersoek behou die terapeut agting vir al die aspekte van die kliënt se wese en ervarings eerder as om op laasgenoemde se probleme en simptome te fokus. Rogers (in Schoeman, 2004:121) sluit goed hierby aan waar hy noem dat die kliënte, in ‘n poging om hulleself te vind, van die terapeutiese verhouding gebruik sal maak om te verken, verskillende aspekte van hulle eie ervarings te ondersoek en die teenstrydighede wat hulle ontdek, te erken en te konfronteer.

3.2.7 Bemagtiging

Die terapeut moet die kinders herverseker van hulle deel in die proses. Die wete dat hulle verantwoordelikheid vir hulle eie besluite geneem het, help om aan die kinders mag en beheer te gee. Die terapeut kan ook ‘n werklike ervaring van die kinders gebruik om hulle te bemagtig. Dit is egter van belang dat dít wat gebruik word, werklik moet wees en nie iets wat die kliënt opgemaak het nie, aangesien kinders maklik sal beseef indien die kompliment of opmerking nie opreg is nie. Dit kan hulle vertrouwe in die terapeut baie skade berokken (Schoeman, 2004:178). Laasgenoemde skrywer voer verder aan dat selfs ‘n fisiese opmerking, byvoorbeeld ‘n kompliment oor ‘n kind se glansende hare, gemaak kan word, solank dit opreg is.

Mackewn (2004:48) noem verder dat die Gestaltbenadering, sover dit die kliënte aangaan, hulle juis bemoedig om al die aspekte van hulleself aan te hoor en dit ook tydens terapie te gebruik. Hierdie skrywer voeg by dat dit strek van die kliënte se kreatiewe, skeppende, onverwagte en soms onnoemlike tekeninge tot hulle teoretiese en intellektuele begrip van hulleself en hulle ervarings.

Die navorser kon die serebraal gestremde kinders deur polariteite help om bewus te word van die feit dat hulle ook uit verskillende “dele” bestaan en dat alhoewel daar sekere fisiese aktiwiteite is wat hulle nie so goed kan uitvoer nie, hulle op dít moet fokus waarop hulle wel trots voel. In hierdie lig gesien, was dit vir hulle makliker om die dele van hulleself wat vir hulle minder aanneemlik is, te assimileer in die totaliteit van hulle unieke bestaan. Hierdie proses kon die kinders bemagtig.

3.2.8 Evaluering

Evaluering is ‘n belangrike deel van die hele terapeutiese proses. Terapeute kan verskil ten opsigte van die wyses waarop hulle evalueer. So sal sekere terapeute van die kinders wil weet wat hulle tydens die sessie geleer het, terwyl ander weer sal vra wat die sessie vir hulle beteken het (Schoeman, 2004:180).

Evaluering is belangrik sodat die kinders kan sien watter voordeel hulle uit die sessie getrek het en ook sodat hulle sal besef watter baat hulle by toekomstige sessies sal vind. Dit kan egter slegs gebeur indien die kinders ten volle betrokke is by die evaluering (Schoeman, 2004:180).

3.2.9. Selfvertroeteling

Selfvertroeteling verwys na die deel van die proses waar die kinders toestemming kry om iets te doen waarvan hulle hou. Dit geskied teen die einde van ‘n sessie en is belangrik aangesien dit help om balans vir die kinders te herstel. Die terapeut moet egter seker maak dat dit iets is wat die kinders werklik sal kan doen, anders word ‘n verwagting by die kinders geskep wat nie kan realiseer nie (Schoeman, 2004:181). Laasgenoemde was van kardinale belang in terapie met die serebraal gestremde kind, aangesien hulle fisiese beperkings het.

Selfvertroeteling maak deel uit van selfwaardering en is veronderstel om ‘n spontane situasie te wees. Die kinders moet in staat wees om na hulleself te kyk met ‘n mate van selfwaardering. Hulle moet in staat wees om goed te wees vir hulleself. Indien

laasgenoemde nie die geval is nie, kan die oefening waarop besluit word vir selfvertroeteling, disintegreer. Die kinders gee dan moed op om hulle situasie te probeer verbeter. Groei en integrasie tot 'n gesonde persoon is dan onmoontlik, maar om hulleself as iemand spesiaals te behandel en te waardeer, kan 'n doel dien (Schoeman, 2004:181). Indien die kinders tot die besef kom dat hulle wel as waardige persone funksioneer, sal hulle begin glo dat verandering moontlik is. Yontef en Fuhr (2005:86) som dit goed op deur te noem dat “selfaanvaarding deur 'n bewuste kontak met die res van die organismiese omgewing ... die antwoord tot groei [is]”. Selfvertroeteling rond dus die sessie met die kinders op 'n positiewe wyse af (Schoeman, 2004:180).

Om die self of iemand anders te vertroetel, bring 'n gevoel van omgee of 'n uitdrukking van liefde en simpatie teweeg. vertroetelde kinders sal 'n hegte verhouding met hulleself hê, aangesien hulle waardig voel. Selfvertroeteling kan enigiets insluit, byvoorbeeld om te verf, te swem, in die tuin te sit – enigiets wat hulle kan doen wat 'n gevoel van omgee en liefde vir hulleself skep. Selfvertroeteling sal aan hulle 'n gevoel van beheer, veiligheid en selfliefde gee (Schoeman, 2004:180).

3.3 OPSOMMING

In hierdie hoofstuk is die Schoemanmodel en die verskeie aspekte daarvan bespreek. Daar is ook aandag geskenk aan die terapeut en riglyne is uitgewys wat die navorser in staat gestel het om die empiriese studie sinvol en prakties te benader.

Weens die wisselwerkende aard van die terapeutiese verhouding bou die kliënte 'n vertrouensverhouding met die terapeut en voel hulle veilig om weerloos te wees (Schoeman, 2004:122). Lee (2002:36) maak melding van die wisselwerking in Gestaltterapie en stel dit as volg: “Indien my en jou verhouding belanghebbend is vir beide van ons, is jy deel van my konstruksie van 'self' en maak ek deel uit van jou konstruksie van 'self'.” Hierdie wisselwerking verskaf ondersteuning vir die kliënte tydens die terapeutiese proses en ontwikkel heelheid.

Schoeman (2004:122) dui ook aan dat die nodige strategieë vir terapie ontwikkel kan word. Okun (2002:20) stem hiermee saam en dui op 'n eklektiese benadering tot terapie, waardeur 'n verskeidenheid terapeutiese tegnieke en strategieë aangewend word om verandering te bewerkstellig. In sekere opsigte kan daar selfs van die navorser verwag word om tydens 'n terapeutiese sessie van tegniek of strategie te verander. Die buigsaamheid van die Schoemanmodel vergemaklik hierdie taak, terwyl die struktuur daarvan sal help met die bereiking van uitkomst.

Die doel van die Gestaltspelterapeut is om die kliënt te help om as onafhanklike organisme te funksioneer. Yontef en Fuhr (2005:82) dui daarop dat die Gestaltterapeut nie die agent is wat verandering laat plaasvind nie. Hierdie skrywers verduidelik dat die Gestaltterapeut slegs die agent is wat die omstandighede skep wat maksimale bewuswording, groei en verandering sal bevorder. Aan die hand van bogenoemde word die toepassing van die Schoemanmodel op serebraal gestremde kinders in die volgende hoofstuk bespreek.

HOOFSTUK 4

EMPIRIESE BEVINDINGS EN BESPREKING

4.1 INLEIDING

Die literatuurstudie in hoofstuk twee toon aan dat serebrale gestremdheid 'n algemene toestand is wat die lewens van talle mense regoor die wêreld ingrypend raak. Daar is ook aangedui dat dit 'n direkte sowel as 'n indirekte impak op persone met serebrale gestremdheid se naasbestaendes en versorgers het. Die literatuurstudie dien as 'n teoretiese raamwerk wat die basis vorm van die empiriese studie. Gestaltspelterapeutiese sessies vorm die kern van die empiriese studie en is gebaseer op die Schoemanmodel (soos bespreek in hoofstuk drie).

In hierdie hoofstuk word die data-insamelingsproses beskryf met spesifieke verwysing na die vertrouenswaardigheid van die studie, 'n beskrywing van die deelnemers en die vasstelling van die steekproef, sowel as die ontleding en interpretasie van data.

4.2 VERTROUENSWAARDIGHEID VAN DIE STUDIE

Volgens Marshall en Rossman (in De Vos, 2005:333) moet die kriteria wat die vertrouenswaardigheid van alle navorsing verseker, geëvalueer word. Silverman (2000:188) definieer vertrouenswaardigheid as die mate van konsekwentheid waarmee data bekom is deur die waarnemings van verskeie waarnemers of deur een waarnemer op verskillende geleenthede. Laasgenoemde skrywer noem verder dat dit van kardinale belang is vir die navorser om sy/haar prosedure en bevindings deeglik te dokumenteer ten einde vertrouenswaardigheid te verseker. Met die oog op laasgenoemde beskryf die navorser in hierdie hoofstuk in detail watter tegnieke en mediums tydens die Gestaltspelterapiesessies aangewend is en hoekom daar op hierdie tegnieke en mediums besluit is. Die bevindings is ook logies en noukeurig gedokumenteer. Verder is die semi-gestruktureerde onderhoude met die sielkundige en fisioterapeut ook sover moontlik volledig beskryf. Ten einde die vertrouenswaardigheid van die navorsing te verseker, noem De Vos (2005:346) dat 'n kwalitatiewe navorsingsparadigma aan die

volgende vier konstrunkte moet voldoen: geloofwaardigheid, oordraaglikheid, afhanklikheid en bevestiging. Hierdie konstrunkte word vervolgens bespreek.

4.2.1 Geloofwaardigheid

Volgens Lincoln en Guba (in De Vos, 2005:346) is geloofwaardigheid die alternatief vir interne geldigverklaring, waar die doel is om te demonstreeer dat die ondersoek op so 'n wyse uitgevoer is dat dit die akkurate identifisering en beskrywing van die onderwerp verseker. Hierdie skrywers voer aan dat die geldigverklaring van 'n kwalitatiewe studie, wat poog om 'n probleem te ondersoek of 'n proses, sosiale groep of patroon te beskryf, juis die sterk punt van sodanige studie is. Sanchez-Jankowski (in May, 2002:145) ondersteun hierdie stelling deur aan te voer dat die voordeel daarvan om respondente waar te neem, juis te vinde is in die direkte waarneming van hulle gedrag.

Vir die doel van hierdie studie was die waarneming van respondente die instrument van data-insameling en daarom moes die navorser goed vertrouwd wees met die navorsingsveld. Om hierdie rede is 'n deeglike literatuurstudie ten opsigte van die serebraal gestremde kind sowel as die Schoemanmodel voor die aanvang van die empiriese navorsing gedoen. Die navorser het ook eerstehandse ondervinding in die toepassing van die Schoemanmodel in Gestaltspeltherapie. Hierdie ondervinding is tydens die praktiese aspek van sy opleiding as spelterapeut met kinders van onder meer Laerskool Bloemfontein, Hoërskool Martie Du Plessis en privaat kliënte opgedoen. De Vos (2005:346) dui aan dat 'n diepgaande beskrywing wat die komplekse aard van veranderlikes en interaksies aandui, so deurgrond is met die data wat bekom is dat dit nie anders kan as om geldig te wees nie. Binne die bepaalde parameters van daardie populasie en teoretiese raamwerk sal die navorsing geldig wees. Ten einde die geloofwaardigheid van die studie te verseker, word daar in hierdie hoofstuk inligting oor die toepassing van die Schoemanmodel in terapie met die respondente weergegee. Daar word verwys na die spesifieke aspekte van hierdie model en die wyse waarop dit tydens terapeutiese sessies toegepas is. Die uitsluitlike gebruik van hierdie model in terapeutiese sessies en die feit dat die navorser bekend is met die navorsingsveld verhoog die geloofwaardigheid van die studie.

4.2.2 Oordraagbaarheid

Welman, Kruger en Mitchell (2005:5) beskryf oordraagbaarheid as die wyse waarop die uitslae van die navorsing deur ander navorsers met ander respondente onder ander omstandighede herhaal sal kan word. Volgens Lincoln en Guba (in De Vos, 2005:346) stel oordraagbaarheid die alternatief vir eksterne geldigheid of veralgemening, waarin die toepaslikheid van 'n stel bevindings in 'n ander konteks bepaal word. Ten einde probleme inherent in kwalitatiewe studie teen te werk, stel De Vos (2005:346) voor dat die navorser die teoretiese parameters van die studie vasstel ten einde diegene wat studies binne dieselfde parameters ontwerp, in staat te stel om te besluit of die bevindings van die betrokke studie veralgemeen kan word met die oog op nuwe navorsing of oorgedra kan word na ander studies.

Silverman (2000:188) noem verder dat kritiek teen kwalitatiewe navorsing ook teengewerk kan word deurdat die navorser sy/haar metodes en die geldigheid daarvan voorhou. Om hierdie rede word die metodes en tegnieke in hierdie hoofstuk in detail beskryf en aan die leser voorgehou. Inligting wat uit semi-gestruktureerde onderhoude bekom is, sowel as die wyse waarop hierdie data bekom is, word beskryf. Bogenoemde skrywer noem ook dat triangulering aan die navorser die geleentheid bied om op verskillende maniere na bevindings te kyk. De Vos (2005:346) ondersteun hierdie stelling en noem dat triangulering of verskeie bronne van data die studie kan verbeter. Data van verskillende bronne kan ook gebruik word om die beoogde navorsingsveld uit te brei. Die navorser het vir die doel van hierdie studie van verskeie gevalle en verskillende informante, naamlik kinders met serebrale gestremdheid asook kundiges op die gebied van serebrale gestremdheid, gebruik gemaak. Die kundiges sluit 'n sielkundige en fisioterapeut by 'n skool vir serebraal gestremde kinders in, sowel as vier serebraal gestremde wit seuns. 'n Literatuurstudie is ook gedoen wat triangulering versterk. Welman *et al.* (2005:143) maak ook melding van die feit dat triangulering die geldigheid van 'n studie verhoog, aangesien dit van meervoudige bronne gebruik maak om hierdie konstruk te meet (cf. Silverman, 2000:191-192). Die bruikbaarheid van die studie in ander soortgelyke studies word deur middel van triangulering versterk. Tog

kan die bevindings nie na die groter samelewing veralgemeen word wat geslag, serebrale gestremdheid en kultuur betref nie.

4.2.3 Afhanklikheid

Volgens De Vos (2005:346) behels afhanklikheid die navorser se poging om verslag te doen van veranderende toestande in die gekose studieveld. Dit behels dat die navorser tred moet hou met die veranderende aard van die sosiale omgewing. Hy/sy moet dus van hierdie veranderende aard bewus wees en melding maak daarvan in sy/haar empiriese verslag. Henning (2004:67) is van mening dat die respondente deel moet uitmaak van die navorsingsproses en nie as passiewe deelnemers beskou moet word nie. Deur hiervan bewus te wees, sal die navorser optimale samewerking van die respondente verseker, asook optimale data-insameling.

Die navorser sal ook op hoogte wees van enige veranderings met betrekking tot die respondent en sy/haar waarneming van die situasie. Hierdie feit word onderskraag deur Gestaltspelterapie, aangesien die kliënt aangemoedig word tot groter bewuswording (vergelyk hoofstuk drie, 3.2.1) en die aanvaarding van verantwoordelikheid vir sy ervaring van die situasie en/of sy/haar gedrag (vergelyk hoofstuk drie, 3.2.1.3). In die geval van die serebraal gestremde kind, wat die literatuur met kroniese moegheid verbind, moet daar dus melding gemaak word van die wyse waarop dit die empiriese navorsing sowel as die respondent se optrede en sy waarneming daarvan kan beïnvloed. Laasgenoemde is gedoen deurdat hierdie inligting volledig onder moegheid as subkategorie bespreek is (sien hoofstuk vier, 4.6.11).

4.2.4 Bevestiging

Volgens De Vos (2005:347) behels hierdie konstruk die oorspronklike konsep van objektiwiteit. Lincoln en Guba (in De Vos, 2005:347) beklemtoon die behoefte om te vra of die bevindings van die studie deur 'n ander studie bevestig kan word. Henning (2004:27) beskryf dit as die relevansie van die studie se bevindings in verhouding met ander navorsing en bestaande literatuur. Wat hier van belang is, is die feit dat navorsingsbevindings die produk is van die ingesamelde data. Objektiwiteit deur die

navorser is dus van kardinale belang, aangesien vooroordeel deur die navorser die interpretasie van ingesamelde data negatief sal beïnvloed. As terapeut het die navorser 'n plig om te alle tye objektief te bly tydens die navorsing. Hierdie objektiviteit is onderskraag deur voorafgaande ondervinding in Gestaltspelterapie, wat deel uitmaak van die navorser se opleiding.

Die volgende maatstawwe is gebruik om laasgenoemde te bevestig: In die Gestaltspelterapiesessies is die respondente nie deur die navorser gelei nie en is geen afleidings gemaak aangaande inligting wat deur die respondente verskaf is nie. Alle aannames deur die navorser is getoets deur vrae ter opklaring aan die respondente te vra. Daar is voortgegaan met die sessies totdat versadiging bereik is. Alhoewel die empiriese navorsing in 'n terapeutiese konteks plaasgevind het, het die navorser tydens die empiriese studie primêr die rol van navorser vertolk deurdat 'n sistematiese werkswyse in die vorm van die Schoemanmodel gevolg is.

4.3 INLIGTING MET BETREKKING TOT RESPONDENTE

Cooley *et al.* (2004:1106) het in 'n studie gevind dat 'n gesin se kulturele agtergrond hulle styl en ondersteuning ten opsigte van hulle kind met serebrale gestremdheid beïnvloed. Kultuur speel dus 'n rol as veranderlike. Hierdie veranderlike is egter geëlimineer deurdat slegs wit serebraal gestremde kinders wat vir terapeutiese hulp na die navorser verwys is, aan die studie deelgeneem het. Aangesien slegs manlike leerders na die navorser verwys is, is die respondente almal manlik, wat bydra tot die eliminering van geslagsveranderlikes.

Soos in hoofstuk een genoem, was die serebraal gestremde respondente almal leerders van Hoërskool Martie du Plessis in Bloemfontein. Verder was hulle almal manlike Afrikaanssprekende kinders wat uit vrye wil aan die studie deelgeneem het. Hierdie ooreenkoms in kultuuragtergrond en taal het bygedra tot die vertrouenswaardigheid van die kwalitatiewe studie. Die serebraal gestremde respondente se name word nie genoem nie ten einde hulle identiteit te beskerm en gevolglik word na respondent A, B, C en D verwys.

❖ **Tipe serebrale gestremdheid**

Ten einde moontlike veranderlikes uit te skakel, is al vier serebraal gestremde respondente hemipleë (sien hoofstuk twee, 2.3.2).

❖ **Ouderdom van respondente**

Alle respondente is tussen sewe en twaalf jaar oud, dit wil sê in hulle middelkinderjare. Twee van die respondente is agt jaar, een is tien en die ander respondent is elf jaar oud.

❖ **Sielkundige**

Die sielkundige is reeds agt jaar by Hoërskool Martie du Plessis betrokke. Hy is verantwoordelik vir toelatings tot die skool, asook vir intervensie in die geval van problematiese gevalle by die skool. Hy werk ten nouste saam met neuroloë van die mediese fakulteit van die Universiteit van die Vrystaat, wat die skool gereeld besoek.

❖ **Fisioterapeut**

Die fisioterapeut dien vir die afgelope nege jaar op die paneel van fisioterapeute by dieselfde skool. Sy werk ten nouste saam met die skool se span arbeidsterapeute en sielkundiges. Haar primêre rol is die toepassing van fisioterapeutiese tegnieke op die serebraal gestremde leerders ten einde hulle spierontwikkeling te verbeter. Sy is daagliks in kontak met serebraal gestremde kinders en dra deeglike kennis van hulle uitdagings en fisiese beperkings.

4.4 DATA-INSAMELING

Inligting aangaande die serebraal gestremde kind, asook spesifieke probleme wat hierdie kind kan ervaar, is voor die aanvang van die Gestaltspelterapiesessies ingewin. Die rede hiervoor was om die navorser vertrouwd te maak met kwessies soos moegheid en fisiese uitdagings en die rol daarvan in die lewe van die serebraal gestremde kind. Hiervolgens is die navorser in staat gestel om ingeligte besluite ten opsigte van

relevante speltherapietegniese sowel as die tydsduur van individuele Gestaltspeltherapieessies te neem. Vir hierdie doel is individuele onderhoude met 'n skoolsielkundige en -fisioterapeut gevoer. Aangesien die serebraal gestremde kind se gedrag direk waargeneem is, is gevallestudies in die navorsingstudie gebruik. Die spesifieke aspekte van die Schoemanmodel (sien hoofstuk drie, 3.2) is tydens elke sessie benut. Die Schoemanmodel vereis verder dat elke aspek tydens elke sessie aangespreek moet word. Dit is dan ook so toegepas. Die resultate van die gevallestudies word later in hierdie hoofstuk bespreek.

4.4.1 Semi-gestruktureerde onderhoude

Semi-gestruktureerde onderhoude kan beskryf word as onderhoude wat rondom 'n spesifieke area van belang georganiseer word, maar ook voorsiening maak vir buigsaamheid (Greeff, 2005:292). Soos reeds genoem, is semi-gestruktureerde onderhoude met die terapeute van die serebraal gestremde respondente gevoer, asook met die kinders self.

In die geval van die semi-gestruktureerde onderhoude met die sielkundige en fisioterapeut is van notas gebruik gemaak ten einde akkurate transkribering te verseker. Die semi-gestruktureerde onderhoude (Gestaltspeltherapieessies) met die serebraal gestremde respondente is op video opgeneem ten einde die navorser in staat te stel om die inligting wat versamel is, akkuraat te transkribeer en nieverbale gedrag waar te neem en te noteer.

4.4.1.1 Semi-gestruktureerde onderhoude met terapeute

Die doel van die semi-gestruktureerde onderhoude was om voldoende agtergrondkennis aangaande die uitdagings wat serebraal gestremde kinders van dag tot dag in die gesig staar, te bekom. Die areas van belangstelling waarop daar dus tydens die onderhoude gefokus is, het die kognitiewe, emosionele sowel as fisiese behoeftes en/of tekortkomings van serebraal gestremde kinders ingesluit. Juis om hierdie rede is daar op die buigsaamheid en omvang van semi-gestruktureerde onderhoude besluit. Die kundiges kon dus op hulle beurt ook voorstelle maak en

kwessies uitlig wat nie noodwendig as vrae aan hulle gestel is nie. Dit het die verwysingsraamwerk van die navorser ten opsigte van relevante kwessies in die lewe van die serebraal gestremde kind verbreed.

Die vernaamste doel van die onderhoud was dus om vas te stel watter emosionele en fisiese kwessies afsonderlik of in wisselwerking met mekaar aanleiding kon gee tot die ontwrigtende gedrag wat te bespeur is. Die vrae is geformuleer op grond van die literatuuoroorsig wat in hoofstuk twee beskryf is. Vanuit hierdie literatuuoroorsig het verskeie fisiese simptome, byvoorbeeld liggaamspyn en kroniese moegheid, sowel as emosionele simptome, byvoorbeeld aanpassingsprobleme, stres en trauma, aan die lig gekom.

Die vrae wat in die onderhoud gebruik is, het slegs as 'n riglyn gedien en die navorser het sekere areas van belangstelling wat deur die vrae na vore gekom het, geëksploreer indien dit van toepassing was. Die onderhoudskedule met die fisioterapeut is deur middel van die volgende vrae saamgestel:

- ❖ Hoe ervaar u die voorkoms van hemiplegie onder die kinders van hierdie skool?
- ❖ Wat is die vernaamste postuurkenmerke van hemiplegie?
- ❖ Wat is u benadering tot fisioterapie met die serebraal gestremde kind?
- ❖ Wat is volgens u mening die fisiese uitdagings wat hierdie kinders daagliks in die gesig staar?
- ❖ Hoe reageer die serebraal gestremde kind volgens u kennis op uitdagings wat fisiese aktiwiteite behels?
- ❖ Wat is die voorkoms van pyn en moegheid onder serebraal gestremde kinders met hemiplegie?

Die inligting wat uit die onderhoud met die fisioterapeut verkry is, het aan die navorser laat blyk dat fisiese aktiwiteite vir verhoudingbou, projeksies en bemagtiging wel nuttig kon wees. Voorstelle ten opsigte van tegnieke vir verhoudingbou is ook uit die onderhoud gegeneer. Die navorser het byvoorbeeld verneem dat selfs vingerbord en

die slaan van balonne met raketten vir verhoudingbou of bemagtiging gebruik kan word. Voorstelle ten opsigte van die duur van die sessies is ook bekom.

Die onderhoudskedule met die sielkundige is deur middel van die volgende vrae saamgestel:

- ❖ Wat is die kognitiewe vermoëns van die serebraal gestremde kind in vergelyking met kinders van dieselfde ouderdom sonder hierdie toestand?
- ❖ Wat is die konsentrasiespan van hemipleë?
- ❖ Hoe maklik pas serebraal gestremde kinders volgens u kennis by hulle omgewing aan?
- ❖ Hoe ervaar u serebraal gestremde kinders se vatbaarheid vir stres en trauma?
- ❖ Hoe belangrik is struktuur in die lewens van serebraal gestremde kinders?
- ❖ Hoe ervaar die serebraal gestremde kind volgens u mening die vorming van nuwe verhoudings?
- ❖ Het u al gevalle gehad waar 'n serebraal gestremde kind minderwaardig voel weens sy/haar fisiese tekortkomings? Indien wel, verduidelik asseblief.

Die doel van hierdie onderhoud was om meer te wete te kom aangaande die rol wat ontwinging en verandering in die serebraal gestremde kind se lewe speel. Die navorser wou vasstel op watter kognitiewe ontwikkelingsvlak tegnieke aangewend sou moes word. Alhoewel die kind bemagtig word deur self keuses te maak tydens terapie, is in hierdie onderhoud gevind dat struktuur (weens kognitiewe implikasies) 'n belangrike rol in die kinders se lewens speel. Die kind is dus tydens terapie 'n keuse tussen hoogstens drie opsies gegee en in sommige gevalle is hierdie drie opsies van sessie tot sessie herhaal.

4.4.1.2 Semi-gestruktureerde onderhoude met serebraal gestremde respondente

Die semi-gestruktureerde onderhoude (Gestaltspelterapiesessies) met die serebraal gestremde kinders is tydens skoolure in die skool se terapielokaal gevoer. Elke respondent is by agt Gestaltspelterapiesessies betrek. Die frekwensie van die sessies was twee sessies per kind per week sodat die kinders bewus kon bly van die terapie en

die verandering wat dit in hulle funksionering as individue teweeg kon bring. Die tydsduur van die individuele sessies was sestig minute. Die Schoemanmodel en die verskillende hoofaspekte wat daardeur aangespreek is, is tydens elke Gestaltspelterapiesessie universeel op elke serebraal gestremde kind toegepas. Soos in hoofstuk drie (3.1) bespreek is, laat hierdie model ruimte vir kreatiwiteit en innovering en is dieselfde spelterapietegnieke nie universeel met elke serebraal gestremde kind gebruik nie. Op hierdie wyse is daar ruimte gelaat vir elke kind se unieke proses.

Die doelstelling van die Gestaltspelterapiesessies was voortdurend om die serebraal gestremde kind by te staan wanneer nuwe, alternatiewe gedrag op kwellende kwessies waargeneem en ondersoek is. Die kind is deur middel van sensoriese kontakmaking tot groter bewuswording van sy huidige situasie gebring. Die verhouding tussen die navorser en die serebraal gestremde kind het die grondslag gevorm van die veilige omgewing waarbinne die kind bogenoemde alternatiewe spontaan kon ontdek. Vir die doel van transkribering is 'n videokamera gebruik. Die respondente is ingelig oor die aard en rede vir die video-opnames en die konsep van vertroulikheid is by die aanvang van die eerste sessie aan hulle verduidelik. Die skoolhoof sowel as die ouers het voor die aanvang van die empiriese studie toestemmingsvorme voltooi (bylaag 1). Die skoolsielkundige en fisioterapeut is ook ingelig oor die studie en toestemmingsvorme is ook deur hulle voltooi (bylaag 2 en 3).

Tydens die Gestaltspelterapiesessies met die serebraal gestremde kinders is die volgende mediums gebruik: tekeninge, spel, klei, poppespel en die sandbak. Die fisiese beperkings wat hierdie respondente in die gesig staar, was deurslaggewend in die besluit ten opsigte van watter mediums en tegnieke bruikbaar sou wees. Vanuit die semi-gestruktureerde onderhoud met die fisioterapeut is tot die gevolgtrekking gekom dat al bogenoemde mediums bruikbaar sou wees. Die navorser se aandag is daarop gefokus dat dit nie van hom afgehang het om te besluit wat die kind kan doen of nie, maar dat sy energie eerder vir aanmoediging en ondersteuning van die poging aangewend moes word. Die kind het hierdeur ook meer beheer oor die verkenning van iets nuuts en dit maak die gebeurtenis en kontak meer betekenisvol. Hierdie

uitgangspunt is deur die semi-gestruktureerde onderhoud met die sielkundige beaam: “Die kinders word tydens elke ontwikkelingsfase met verwerping in die gesig gestaar. As jong seun kan hy byvoorbeeld nie Pa se gunstelingsport speel nie en word hy bewus van sy verlies. As adolessent, waar belangstelling in die ander geslag toeneem, word hy weereens met sy verlies gekonfronteer.” Op grond hiervan is besluit om doelskoppe met balle, die slaan van balonne met rakette, vingerbord en selfs krieket as verhoudingbou-aktiwiteite in te sluit. Die balonne is ook soms stukkend getrap nadat slegte gevoelens of herinneringe met koukie daarop geskryf is. Só is beheer oor die slegte herinneringe verkry.

Tekeninge is veral aangewend in die aanspreek van projeksies en die neem van eienaarskap van hierdie projeksies. Met die roosboomtegniek is aan die respondente gevra om ‘n roosboom te teken. Wanneer hulle hulle roosboom klaar geteken het, is vrae aan die respondente gevra aangaande die boom. Hulle het dan die eienskappe van hulle roosboom uitgelig, byvoorbeeld dat die boom ‘n goeie wortelstelsel het, dat dit genoeg spasie het om in te groei, dat dit goed oor die weg kom met die ander plante, ensovoorts. Die respondente is dan gevra of hulle met sekere aspekte van die roosboom kan assosieer. Sodoende is die eienskappe wat op die boom geprojekteer is, deur die respondente geëien. Hierna het die respondente deur hierdie geïdentifiseerde emosies gewerk en beheer daaroor verkry. In die geval van ander tekeninge is vrae ten opsigte van die tekening gevra. Nadat die respondente hulle tekening aan die navorser verduidelik het, is aan hulle gevra of hulle hulle met aspekte van die tekening en verskeie interaksies tussen voorwerpe op die tekening kan vereenselwig. Hierdeur het die respondente eienaarskap van hulle projeksie geneem.

Die monstertegniek is ook aangewend, veral waar die respondent gevoel het dat hy sekere uitdagings nie kan bemeester nie. Die respondent is gevra om ‘n monster (iets wat hom skrikkerig of onseker laat voel) te teken. Die respondent is ook byvoorbeeld gevra om ‘n gebeurtenis te teken wat hom baie sleg of lekker laat voel het. Deur vrae ten opsigte van die tekening te vra, het die navorser tot groter insig gekom aangaande die dieper onderliggende interpersoonlike interaksie tussen die figure op die tekening.

Deur hierdie vrae en die bespreking aangaande die tekening het die respondent ook meer van hierdie dieper gevoelens bewus geword. Die papier is dan ook in sekere gevalle aan flarde geskeur of op ander velle papier geplaas en stukkend geslaan met 'n karate- of vuishou om sodoende beheer oor die emosie te verkry.

Die feit dat die Schoemanmodel sensoriese modaliteite aanspreek, speel 'n belangrike rol in hierdie bewuswordingsproses. In die geval van sand as medium is soortgelyke vrae ten opsigte van die sandtoneel wat deur die respondent uitgespeel is, aan die respondent gestel en bespreek. Die sandbak was dus ook relevant in die uitvoer van projeksies. Poppespeel is ook aangewend in die aanspreek van projeksies. Die poppe (wat in baie gevalle ook speelgoedmannetjies was) kon byvoorbeeld 'n gesprek met mekaar voer en uit hierdie dialoog het die navorser sowel as die respondent bewus geword van relevante gevoelens. Hierdie gevoelens kon dan deur die respondent geëien word en tegnieke kon aangewend word om beheer oor hierdie gevoelens te verkry.

Dit is belangrik om te noem dat poppespeel ook goed aangewend is in die verhoudingbou-aspek wat deur die Schoemanmodel aangespreek word. Volgens die Schoemanmodel word verhoudingbou nie as 'n geïsoleerde, eenmalige gebeurtenis beskou nie en vind dit deurentyd tydens terapie plaas, maar dit word 'n waardevolle I-thou-verhouding wanneer die navorser en die respondent saam aan 'n spesifieke verhoudingbou-aktiwiteit deelneem (sien hoofstuk drie, 3.2.1.1). So kan die slaan van 'n ballon met ligte rakkette met die doel om soveel moontlik hou te slaan sonder dat die ballon die grond raak, 'n samehorigheidsgevoel by beide die respondent en die navorser teweegbring. 'n Gesamentlike doel word dus nagestreef. Hierdie aktiwiteit is met groot sukses uitgevoer in die geval van al vier respondente.

Klei is ook as medium gebruik, juis weens die feit dat klei so maklik manipuleerbaar is. Klei is byvoorbeeld aangewend om projeksies te maak en te eien. Sodra eienaarskap van die projeksie geneem is, is die klei platgeslaan of -getrap en sodoende is dit ook

gebruik om beheer oor die betrokke emosie te verkry. Die leëstoeltegnyk is ook telkens aangewend om alternatiewe gedrag en verbale response op situasies te toets.

Na afloop van die onderhoude en Gestaltspelterapiesessies is begin met die data-ontleding. Data is ontleed deur deurlopende kategorieë en subkategorieë te identifiseer en afleidings op grond daarvan te maak. Hierdie proses word vervolgens bespreek.

4.5 DATA-ONTLEDING

Die semi-gestruktureerde onderhoude met die kundiges is logies georden tydens die transkriberingsproses. 'n Afsonderlike lêer waarin hierdie inligting geplaas is, is geopen. 'n Afsonderlike lêer is ook voor die aanvang van die onderhoude vir elke respondent geopen. In hierdie individuele lêers is die toestemmingsbriewe en prosesnotas wat tydens die Gestaltspelterapiesessies bekom is, gehou. Die transkribering van die prosesnotas ten opsigte van die Gestaltspelterapiesessies is weekliks gedoen en die transkribering van die onderhoude na afloop van elke onderhoud. Die inligting wat op video vasgevang is, is ook getranskribeer. Volgens De Vos (2005:336) dien transkribering as oorbrugging tussen data-insameling en -ontleding en vorm dit deel van databestuur en -voorbereiding. Die navorser het al die transkribering self gedoen, wat verseker het dat hy goed bekend geraak het met die ingesamelde inligting en hom tot groter insig aangaande die onderwerp gebring het.

Die deurlopende oorgang van data-insameling na data-ontleding het tot gevolg gehad dat die insamelingsproses deurlopend verbeter en opgeskerp is, deurdat die data-insamelingsproses voortdurend hersien is. Gestaltspelterapie sowel as die Schoemanmodel vereis egter dat die terapeut in die hier en die nou werk en hierdie aspek het verseker dat geen respondent deur die voortdurende hersiening van data en die verbeterde proses bevoordeel is nie. Die getranskribeerde data en sketse is ook ná die voltooiing van die proses in die betrokke respondent se lêer geplaas (bylaag 4).

4.5.1 Lees en skryf van memo's

Voor die aanvang van die data-ontleding is daar herhaaldelik deur al die prosesnotas en transkripte gelees. Sodoende het die navorser 'n oorsig van die inligting wat ingesamel is, verkry en is sekere kategorieë en subkategorieë stelselmatig geïdentifiseer en genoteer.

4.5.2 Ontwikkeling van hoof- en subkategorieë

De Vos (2005:337) is van mening dat dit die moeilikste fase van data-ontleding is. Dit is 'n analitiese proses waartydens die navorser vergelykings maak, kategorieë soek en subkategorieë identifiseer. Tydens hierdie fase duur die lees en herlees van die data voort, wat help om onderliggende kategorieë en herhalende idees te identifiseer. De Vos (2005:338) dui aan dat die skep van kategorieë juis 'n soeke na ooreenstemming tussen gekose respondente behels. Vanuit die literatuurstudie is twee hoofkategorieë, naamlik fisiese en emosionele uitdagings, geïdentifiseer. Hierdie kategorieë is deur die empiriese studie ondersteun. Die versadigingsproses in die Gestaltspelterapiesessies het verder subkategorieë geïdentifiseer, naamlik moegheid, pyn, skaamte, stres, trauma en verlies.

4.5.3 Kodering van data

Die verskillende kategorieë is verder gekodeer deurdat ooreenstemmende data wat van verskillende respondente ingesamel is, in spesifieke kategorieë en subkategorieë geplaas is. Op hierdie wyse is die magdom data georden en meer hanteerbaar gemaak.

4.5.4 Toets van onderliggende begrip

Hier moet die navorser, alvorens die verslag geskryf kan word, vasstel hoe doeltreffend die ingesamelde data die vrae wat ondersoek word, aanspreek. Dit behels ook dat sekere patrone in groter konstruksie geïnkorporeer word (De Vos, 2005:339). Die navorser het deur middel van 'n literatuurstudie en noue kontak met die ingesamelde data tot 'n groter begrip aangaande die relevante kategorieë gekom. Hy was dus in staat om krities te oordeel of die ingesamelde inligting relevant is tot die kategorieë en subkategorieë waaronder dit gelys is.

4.5.5 Soeke na alternatiewe verduidelikings

Marshall en Rossman (in De Vos, 2005:339) voer aan dat alternatiewe verduidelikings altyd bestaan. Die navorser moet daarna soek, dit identifiseer en beskryf en dan demonstreer waarom sodanige verduideliking die mees gepaste is. Aangesien die Schoemanmodel streng gevolg is tydens Gestaltspelterapiesessies, is die moontlikheid dat enige van die studiebevindings aan enige alternatiewe verduideliking toegeskryf kan word, verminder. Die navorser is deeglik bewus van veranderlikes, wat byvoorbeeld gesinstruktuur, ontwikkelingsvlak en vriende insluit. Tog wil die navorser beklemtoon dat die doel van die studie 'n ondersoek na die gebruik van die Schoemanmodel by serebraal gestremde kinders is. Dus is die voorkoms van bogenoemde veranderlikes irrelevant tot die doel en uitvoering van die navorsing.

4.6 EMPIRIESE DATA

Ten einde struktuur en orde aan hierdie hoofstuk te verleen, word daar eerstens melding gemaak van die fisiese uitdagings (kategorieë en subkategorieë) wat tydens die Gestaltspelterapiesessies met die serebraal gestremde kind geïdentifiseer is. Daarna word verwys na die emosionele aspekte (kategorieë en subkategorieë) wat tydens hierdie sessies aangespreek is. Bogenoemde kategorieë en hulle subkategorieë is deurlopend geïdentifiseer en relevante data word in getranskribeerde vorm weergegee. Waar van toepassing, word inligting wat deur die semi-gestruktureerde onderhoude ingesamel is, ook in getranskribeerde vorm weergegee.

4.6.1 Fisiese uitdagings

Tydens die Gestaltspelterapiesessies is die navorser deur verskeie fisiese uitdagings gekonfronteer. Al die respondente het hierdie fisiese aspekte geopenbaar en die volgende subkategorieë is geïdentifiseer:

4.6.1.1 Moegheid

Alhoewel lae energievlakke nie noodwendig tydens elke sessie 'n beduidende faktor was nie, het elke respondent in 'n meerdere of mindere mate hiervan melding gemaak.

Vanuit die voorafgaande literatuurstudie het dit geblyk dat fisiese moegheid kronies by serebraal gestremde kinders aanwesig is. Hierdie fisiese uitputting was veral aanwesig wanneer sekere fisiese aktiwiteite vir verhoudingbou en projeksies aangewend is.

In die geval van respondent A en C het die aanspreek van die proses-aspek van die Schoemanmodel 'n diagnostiese rol gespeel. Die feit dat die kind se proses deurlopend en in elke Gestaltspelterapieessie in ag geneem is, het die navorser in staat gestel om vas te stel "wat hulle doen, en hoe hulle dit doen" (sien hoofstuk drie, 3.2.3.). Ten einde beter bekend te raak met die respondente se verskillende prosesse, is van Boyd se Disc Temperament-analise gebruik gemaak (sien bylaag 5). Die navorser was dus onmiddellik bewus van enige optrede deur die respondent wat nie ooreengestem het met die wyse waarop hy normaalweg optree nie. Deur waarneming is in beide respondent A en C se geval opgemerk dat hulle traag gereageer het op response, alhoewel hulle prosesse op direkief/gedetermineerd gedui het. Die direkief/gedetermineerde proses word gekenmerk deur 'n vinnige, taakgeoriënteerde respons. Hierdeur is die navorser bewus gemaak van 'n teenstrydigheid tussen die respondente se normale optrede en hulle alternatiewe optrede in die betrokke sessies. Deur opklaring en aan die respondente te vra of hulle moeg is, is die navorser in staat gestel om sy vermoede te toets en te bevestig, naamlik dat bogenoemde respondente se lae energievlakke die gevolg van moegheid was.

Dit is belangrik om te noem dat alhoewel moegheid die gevolg van enige veranderlike kan wees, dit wel 'n faktor is in terapie met die serebraal gestremde kind. Aktiwiteite en tegnieke is gebruik wat fisies minder uitdagend vir die respondente was. Vir sensoriese bewusmaking is asemhalings- of ontspanningsoefeninge byvoorbeeld aangewend. Musiek en die gehoorsintuig is ook aangewend. Vir verhoudingbou is eenvoudige speletjies wat min fisiese inspanning verg, byvoorbeeld slangetjies en leertjies, "pick up sticks" en Uno gespeel. Hierdie speletjies is in sekere gevalle as projeksie gebruik. Met "pick up sticks" is respondent C en D daarvan bewus gemaak dat alles wat hulle doen en sê, ander stokkies (mense) beïnvloed en dat ander se woorde en daede hulle ook beïnvloed. In gevalle waar moegheid die gevolg was van 'n aktiwiteit wat in terapie

uitgevoer is, byvoorbeeld doelskoppe of balonne slaan, was dit belangrik om by die kind en sy behoeftes te bly deur op sy verbale en nieverbale kommunikasie te let.

Die feit dat elke aspek van die Schoemanmodel tydens elke Gestaltspelterapieessie aangespreek moet word (dit is 'n vereiste van die model) is baie waardevol. So het die feit dat daar tydens elke sessie klem gelê is op verhoudings aan respondent A, B, C en D in hulle onderskeie sessies die vrymoedigheid besorg om verbaal aan die navorser te kommunikeer dat hulle moeg is. Hierdie interaksie het sonder enige skuldgevoel of verwyt aan die kant van die respondente geskied, aangesien onvoorwaardelike aanvaarding die grondslag van die navorsing gevorm het. Vrymoedigheid is verder versterk deurdat verhoudings, as aspek van die Schoemanmodel, deurentyd aangespreek is.

Tabel 1 lys die chronologiese volgorde van die sessies, waar X die sessie aandui waar 'n spesifieke respondent lae energievlakke en moegheid geopenbaar het.

Tabel 1: Prevalensie van moegheid

	Respondent A	Respondent B	Respondent C	Respondent D
Sessie 1				
Sessie 2				
Sessie 3	X	X		X
Sessie 4	X	X	X	
Sessie 5	X		X	
Sessie 6	X	X		X
Sessie 7	X		X	X
Sessie 8		X		X

Met betrekking tot moegheid het respondent A aangedui: "Ek voel moeërgerig na die krieket." Respondent B het gesê: "Sjoe, ek is nou moeg; my kragte is min." Respondent C se terugvoer was: "Ja, ek is net weer moeg vandag," en respondent D het gesê: "Ek wil net 'n bietjie sit; ek kort rus."

4.6.1.2 Ervaring van fisiese pyn

Al vier respondente het tydens kleiwerk vir die projeksie van kwellende emosies genoem dat hulle geaffekteerde hand lam raak wanneer die klei sag gebrei moet word. Respondent A het genoem: “Dis lekker, maar my arm raak lam.” Respondent B het ook pyn ervaar en gesê: “Ek wil nog speel, maar dit begin nou ‘n bietjie pyn.” Respondent C het opgemerk: “Die klei maak my hand lam,” en respondent D het gesê: “Die klei maak nou my hand lam.” Ook in die geval waar sagte sokkerballe teen ‘n muur gegooi is om sodoende beheer oor hulle woede en/of frustrasie te verkry, het die geaffekteerde arm ‘n rol gespeel. Dit is egter belangrik om daarop te let dat die seer arm nie noodwendig die arm was waarmee gegooi is nie.

So het respondent A opgemerk: “Ek wil die bal stukkend gooi, maar my arm is nou al lam.” Respondent B het gesê: “Ek wil net ‘n bietjie rus; my arm is seer.” Respondent C het tydens die aktiwiteit genoem dat “die balle gooi is lekker, maar dit maak my lam en moeg”. Respondent D het aan die navorser gevra: “Hou vir my die balle; my hand is lam.”

Dit is belangrik om te noem dat beheer oor kwellende emosies slegs verkry kan word nadat die respondente eienaarskap van die projeksie geneem het (sien hoofstuk drie, 3.2.4.1). Die hele doel van bogenoemde aktiwiteite (beide klei en die gooi van sokkerballe is in sekere gevalle gebruik om beheer te verkry) was om die respondente te bemagtig. Die moontlikheid bestaan egter dat daar nie in die geval van die serebraal gestremde kind met hierdie spesifieke aktiwiteit in hierdie doel geslaag is nie. Die aktiwiteit wat beheer aan die respondente moes terugbesorg, kon dus lei tot ‘n gevoel van mislukking by die respondente.

‘n Besondere aspek wat deur die Schoemanmodel aangespreek word, is egter ook alternatiewe (sien hoofstuk drie, 3.2.5). In die geval van hierdie studie het die navorser hierdie situasie, wat potensieël kon lei tot ‘n gevoel van mislukking by die respondente, as aanknopingspunt gebruik om alternatiewe met die respondente te bespreek. Teleurstellings is onafwendbaar in enige persoon se lewe en die respondente is die

kans gegun om alternatiewe gevoelens en gedrag in reaksie op hierdie teleurstellings te exploreer. Respondent A het besluit dat hy vir sy broer moet sê hoe hy daarvoor voel as hy nie saam met hom en sy maats kan speel nie. Die voorstel is ook gemaak dat hy in die vervolg speletjies aan sy broer gaan voorhou waaraan hy ook kan deelneem. Respondent B het genoem dat hy net sy beste gaan gee en dat hy op dinge wat hy goed kan doen in karate gaan konsentreer. Respondent C het gesê dat hy vir ander gaan sê as hulle hom seermaak. Hy het ook genoem dat hulle dalk nie eers weet dat hulle hom seermaak nie. Respondent D het besluit dat hy met maats gaan speel wat goed is vir hom en dat hy vir sy onderwyser gaan vertel as iemand lelik is met hom.

Die navorser het die respondente bewus gemaak van polariteite en hulle daarop laat let dat 'n mislukking slegs 'n mislukking is as hulle nie daaruit leer nie. Deur die respondente te betrek by die soeke na alternatiewe het die respondente opnuut hulle waardigheid as persone ontdek en het hulle beheer verkry oor 'n situasie wat potensieel verdoemend was. Al die respondente het ná hierdie bespreking 'n gevoel van selftevredenheid geopenbaar en is met 'n keuse gelaat ten opsigte van selfvertroeteling (sien hoofstuk drie, 3.2.9). In hierdie gevalle het die selfvertroetelingsproses ook gehelp om beheer oor die situasies te verkry.

Respondent A het kans gesien om weer balle te gooi en het gesê: "Ek wil nog drie balle gooi." Respondent B was ook positief en het 'n kata aan die navorser gedemonstreer. Respondent C het sy kleifigure langs mekaar opgestel en hulle met die balle omgerol, terwyl respondent D op sy kleifiguur getrap het.

Die fisioterapeut het 'n verband tussen moegheid, pyn en konsentrasiespan aangedui deur die volgende daarvoor te sê: "Pyn is vir hierdie kinders algemeen. Buiten die verskeie operasies en behandeling, wat byna altyd met 'n mate van pyn gepaard gaan, moet hulle net eenvoudig fisies meer insit om van dag tot dag te funksioneer. Dis uitputtend vir klein liggaampies wat nog groei en koppies wat moet sin maak van wat om hulle aangaan. Hulle kan eenvoudig net nie so lank konsentreer nie."

4.6.2 Emosionele aspekte

Alhoewel die Schoemanmodel struktuur aan die proses van die Gestaltspelterapiesessie verleen, soos reeds genoem, bied dit genoegsame ruimte vir die gebruik van verskeie tegnieke. Die keuse ten opsigte van watter tegniek gebruik word, kan aan die kind oorgelaat word. Hierdie keuse wat aan die kind gegee word, kommunikeer aan hom/haar wedersydse respek en buiten dat dit die kind bemagtig, motiveer dit ook deelname, want hy/sy het besluit wat om te doen. Dit is belangrik om hier te noem dat die navorser in sekere gevalle voor die aanvang van die terapie drie tegnieke geïdentifiseer het. Dieselfde geld ten opsigte van mediums wat gebruik is. Die rede hiervoor was bloot omdat eenuursessies soms te kort was en in die geval van die serebraal gestremde kind was die navorser genoodsaak om direkte leiding aan die respondente te gee. Deurdat die respondente eienaarskap van hulle projeksies kon neem, het die volgende emosionele kwessies (subkategorieë) deurgaans tydens die Gestaltspelterapiesessies aan die lig gekom:

4.6.2.1 Skaamte

In die geval van respondent A en B het bewusmaking deur sensoriese modaliteite (sien hoofstuk drie, 3.2.2.2) 'n belangrike rol gespeel in die herkenning van emosies. Respondent A het tydens die uitspeel van 'n toneel in die sandbak melding gemaak van 'n gebeurtenis wat hom seergemaak het. Hierdie gebeurtenis het plaasgevind terwyl hy en sy broer saam met laasgenoemde se maats met karretjies in die sand gespeel het. Respondent B het op sy beurt onthou hoe skaam hy by 'n karate-oefening gekry het terwyl hy 'n kata aan die navorser gedemonstreer het. In beide hierdie gevalle is dit duidelik dat die respondente ten volle bewus is van wat in die hier en nou gebeur en in staat is om gevoelens wat hulle in die verlede ervaar het, onmiddellik in die hier en nou te herroep. Hierdie bewustheid van die hier en nou is moontlik die direkte gevolg van die sensoriese bewustheid wat deur die sensoriese modaliteite aangespreek is. In respondent A se geval is hierdie aspek aangespreek deur middel van die reuksintuig. Hy moes verskeie reuke en sy ervaring daarvan beskryf, terwyl respondent B suur, soet en bitter smake en sy ervaring daarvan moes beskryf.

Respondent C en D het melding gemaak van skaamte tydens die aanvaarding van eienaarskap van hulle projeksies (sien hoofstuk drie, 3.2.4.1). Respondent C het 'n tekening van 'n hulpelose persoon en ander persone rondom hom gemaak, terwyl respondent D 'n kleifiguur gemaak het wat hy as "skaam vir ander" beskryf het.

Skaamte is tydens die terapie aangespreek en respondent A beskryf dit as volg: "Dis sleg as my broer goeters goed kan doen en ek nie. Ek wil nie saam met hom en sy maatjies speel nie; ek kry te skaam as ek sukkel en dan terg hy my." Respondent B het soortgelyke emosies geopenbaar en gesê: "ek kry skaam as die sensei [die karate-instrukteur] my kies en almal weet ek gaan dit nie kan regkry die eerste keer nie." Respondent C het genoem: "Ek het skaam gevoel, want ek het geweet ek kon hom nie help nie," terwyl respondent D gesê het: "Ek voel soms skaam as daar goeters is waarmee mense my moet help."

4.6.2.2 Stres

Stres weens die verwagting dat hulle gaan misluk in die uitvoering van spesifieke take, was ook tydens terapie op die respondente se voorgrond. Die literatuurstudie het die navorser egter hierop voorberei (hoofstuk drie, 3.2.1) en hy was dus bewus daarvan dat die respondente moontlik 'n vrees vir verwerping kan ervaar indien hulle sekere take volgens hulle standarde nie goed genoeg kan uitvoer nie. Respondent A het die opmerking gemaak dat "ek hoop ek kan dit teken; ek raak somer op my senuwees as ek party dinge moet doen en ek dink ek gaan sukkel". Respondent B het gesê: "Ek worry dat die sensei my iets gaan vra, want sê nou ek kry dit nie reg nie?" Respondent C het gevoel: "Mamma sê altyd ek moenie so stres nie, want daar is baie ander dinge wat ek kan doen en hulle nie. Ek wil nie stres nie, maar ek stres." Respondent D het gevoel: "Ek is bang die tyd is op en dan stres ek somer."

Hierdie senuwekkende gevoelens is deur die verhoudingaspek van die Schoemanmodel aangespreek. Die navorser het baie klem op onvoorwaardelike aanvaarding gelê. Daar is voortdurend en veral tydens verhoudingsbou aan die respondente gekommunikeer dat dit nie tydens die sessies oor die navorser se

gevoelens gaan nie. Sodoende het die respondente geweet dat hulle die navorser geensins hoef te beïndruk deur byvoorbeeld hulle tekeninge, spel of kleifigure nie. Hierdie feit is herhaaldelik aangespreek deur evaluering (sien hoofstuk drie, 3.2.8).

Deur te evalueer, is seker gemaak dat hulle hierdie feit verstaan en is hulle opnuut daarvan bewus gemaak. Respondent A se reaksie was: “Ek is bly ek hoef nie hier altyd als reg te doen nie.” Respondent B het soortgelyk gereageer deur te sê: “Ek wens dit was altyd so, veral by karate,” terwyl respondent C genoem het: “So hier kan ek dinge doen wat ek ook nie so goed kan doen nie.” Respondent D was van mening: “Oom gaan darem nie kwaad word as ek dan nie klaarkry nie.”

Soos reeds genoem, is ‘n vereiste van die Schoemanmodel dat alle aspekte in elke sessie aangespreek word. Hierdeur is verseker dat die respondente hulle tydens die Gestaltspelterapiesessies in ‘n veilige, nie-veroordelende omgewing bevind het. Beheer en bemagtiging is aan die respondente gegee deurdat hulle kon kies wat hulle vir verhoudingbou wil doen. Die keuses het gewissel tussen vingerbord, die slaan van balonne, doelskoppe met sagte sokkerballe en selfs krieket met ‘n sponsbal. Die navorser vind dit noodsaaklik om te noem dat die respondente soms net wou gesels en die verhouding is sodoende ook gebou. Die navorser het met ‘n sensitiewe oor geluister en saam gesels. Hieruit is gevind dat dit belangrik en bevredigend is vir die respondente as hulle beseft dat ‘n ouer persoon tyd inruim om ‘n gesprek met hulle te voer en na hulle te luister.

Die sielkundige het die volgende gesê in verband met stres en die serebraal gestremde kind: “Ons skool se kinders sukkel dikwels om druk te hanteer, juis omdat hulle ‘n groter mate van angs ervaar. Die uitvoer van sekere take, veral in groepverband in die klasopset, kan hulle baie blootstel en die stresvlakke die hoogte laat inskiet. Dis belangrik dat hulle moet beseft dat dit nie ‘n sonde is as hulle iets nie die eerste keer regkry nie en daarvoor is baie geduld en aanvaarding deur die opvoeder en terapeut noodsaaklik.”

4.6.2.3 Trauma

In die literatuurstudie is gevind dat trauma te doen het met herhaaldelike herinneringe van 'n gebeurtenis wat emosionele ongemak by 'n persoon veroorsaak (sien hoofstuk twee, 2.7.2). Die navorser het trauma dus as subkategorie geïdentifiseer op grond van die feit dat die respondente verbaal en nieverbaal aangedui het dat sekere gebeurtenisse hulle magteloosheid en afhanklikheid ten opsigte van hulle optrede verskerp het. Die respondente het verder aangedui dat hulle gedurig aan hierdie gebeurtenisse dink en juis daarom is dit as trauma gelys.

In die geval van respondent A blyk dit dat die verhoudingbou-aspek van die Schoemanmodel tot die eienaarskap van 'n projeksie gelei het. Hier het die respondent deur balle te skop, die gevolgtrekking gemaak dat sy doen en late, net soos die balle, deur ander bepaal word. Die navorser wil hier melding maak van die vloeiende aard van die Schoemanmodel, met ander woorde dat die verloop van die sessie van sensoriese bewusmaking deur verhoudingbou na die eienaarskap van die projeksie vloei. Daar is dus gevind dat die Schoemanmodel as riglyn die navorser in staat stel om aspekte sinvol en georden aan te spreek sonder om die natuurlike verloop van die terapie te strem. Die trauma wat deur respondent A beleef is, is bevestig deurdat hy genoem het dat "as ek dink aan al die kere wat ek nie saam kon speel nie, voel ek hartseer". Hierdie respondent het in 'n latere sessie ook van laasgenoemde denke melding gemaak en beheer is verkry deur die verskeie gebeurtenisse op 'n ballon te skryf en dit stukkend te trap.

Tydens 'n sessie met respondent B is aan hom gevra waarom hy nooit met verhoudingbou krieket wil speel nie. Uit die gesprek het dit geblyk dat 'n slegte ervaring met krieket teen 'n ander skool op die respondent se voorgrond was en hy het genoem dat "ek kan as onthou wat hulle vir my gesê het; ek het probeer om die bal raak te slaan, maar dis moeilik vir my". In hierdie geval het die selfvertroelingsaspek (sien hoofstuk drie, 3.2.9) van die Schoemanmodel teen die einde van die sessie die respondent bemagtig. Die navorser het aan die respondent genoem dat hy vir tien minute enigiets kon doen en dat dit iets moes wees wat vir hom lekker sou wees. Hy het

aangedui dat hy graag die bal met die krieketkolf wou slaan. 'n Sagte bal is op 'n ou toiletrol geplaas en die respondent het groot vreugde daarin gevind om dit keer op keer raak te slaan. Dit was terselfdertyd ook baie bemagtigend.

Respondent C het tydens die uitspeel van 'n sandbaktoneel in verband met 'n traumatiese voorval gesê: “Dis sleg as ek ander nie kan help nie – ek voel baie sleg, want dit het al gebeur en dit pla my.” In die geval van respondent D het 'n skets oor 'n traumatiese voorval die volgende respons tot gevolg gehad: “Daar is dinge wat ek mee sukkel en ek voel sleg as ek daaraan dink.” Die skets van 'n persoon wat ongeduldig en kwaai is terwyl hy regmaak vir skool, is bespreek en deur verduideliking van die skets is vasgestel dat hy gereeld aan hierdie voorval dink. Opklaring het veral ook die respondent gehelp om vas te stel watter spesifieke gebeurtenis traumaties was.

In terme van trauma het die sielkundige die volgende gesê: “Ek en jy het dalk een, twee of selfs drie gevalle wat as traumaties beskou kan word, maar wat vir my traumaties is, is nie noodwendig vir jou traumaties nie. Dit hang af van die persoon wat die trauma beleef. Dieselfde geld ook vir die serebraal gestremde kind, maar hulle het reeds 'n predisposisie ten opsigte van hulle fisiese gebrek en dit stel hulle geweldig bloot aan die ervaring van 'n gebeurtenis as traumaties. Hulle beskou mislukkings en foute as 'n deel van hulle menswees, so dis hulle skuld, en daardie denkwyses is 'n resep vir die ervaring van trauma. Verlaas hulle hulle weer in dieselfde situasie bevind en daardie herinneringe herroep word.”

4.6.2.4 Verlies

Respondent A voel soos volg oor verlies: “Ek wens baie keer ek kon my arm soos ander kinders gebruik om ook soos hulle dinge te kan doen.” Hy het hierdie stelling tydens 'n “swaardgeveg” tussen hom en die navorser gemaak. Respondent A was van mening dat sy pa nie genoeg tyd met hom spandeer en met hom speel nie, omdat hy nie soos sy broer goed is in dinge waarvan sy pa hou nie. Deur die evalueringsaspek is sy aandag gevestig op wat in die vorige sessie geleer is, naamlik dat hy sy gevoelens aan sy ouers, in hierdie geval sy pa, moet kommunikeer. Hy het aangedui dat dit 'n

oplossing kan wees. Die leëstoeltegniek is hier ingespan om hom te help om die manier waarop hy sy pa gaan benader en wat hy vir hom gaan sê, te oefen. Hy het dit geniet en moed gekry en is so bemagtig. Rolspel is ook vir die bereiking van alternatiewe ingespan, deurdat die navorser die rol van die pa ingeneem en terugvoer aan respondent A gegee het.

Respondent D het tydens 'n sessie soortgelyke gevoelens teenoor sy maats openbaar. Tydens die maak van 'n kleifiguur het sy hand seer geraak van die kleivorming. Hy het kortaf gesê: "Dis sleg om nie soos van die ander kinders ook twee gesonde armpies te hê nie." In hierdie geval het die navorser deur polariteite te gebruik, die respondent gehelp om sekere aktiwiteite waarmee hy goed is, uit te lig. Deur te evalueer, is vasgestel wat tydens die sessie geleer is en hy het geantwoord: "Ek kan ook dinge doen wat ander nie kan nie." Die kleifiguur wat sy hand lam gemaak het, is daarna op die grond neergesit en vertrap.

Respondent B is gevra om 'n toneel te teken oor iets wat vir hom sleg is. Tydens die bespreking van hierdie ding wat vir hom sleg is, het hy gesê: "Ek is bly die tannie help my in die oggende, maar ek wil self kan aantrek." Dit is duidelik dat hy smag na onafhanklikheid en dit mis om iets so alledaags soos aantrek op sy eie te kan doen. Tydens die bespreking van alternatiewe is besluit dat hy sekere versoeke aan die betrokke versorger moet kommunikeer. So kan hy byvoorbeeld aan haar noem wat hy eerste wil aantrek, hoe sy hare moet lyk en of hy in die badkamer of slaapkamer aangetrek wil word. Op hierdie manier sal hy by die aktiwiteit betrek word en deur sy eie keuses bemagtig word.

Respondent C het soortgelyk gevoel en gesê: "Dis nie vir my lekker om nie vir myself te kan sorg nie; ek wil my hand kan gebruik." Ook hier is gefokus op die polariteit, naamlik op dít wat hy wel vir homself kan doen. Daar is veral op die psigiese aspek van sy menswees gefokus en hy is bemagtig en geprys vir sy bereidwilligheid en deursettingsvermoë om hierdie dinge wat hom pla, aan te spreek. Groot respek en

ondersteuning, wat volgens die Schoemanmodel (sien hoofstuk drie, 3.2.1.2) van die hoofelemente van verhoudings is, is aan hom as mens gekommunikeer.

Die sielkundige se mening ten opsigte van die verlies van 'n ledemaat in die geval van die serebraal gestremde kind was: "Elke mens meet homself mos maar aan ander en kry sodoende 'n beeld van homself en vorm 'n mate van 'n selfkonsep. Die serebraal gestremde kind doen dieselfde en besef dat hy in sekere aspekte te kort skiet, juis weens die verlies aan die gebruik van 'n ledemaat of ledemate. Hulle is daagliks bewus van hierdie verlies. Die vraag is of hulle die egosterkte en ondersteuning het om te besef dat hulle ten spyte hiervan waardige mense is."

4.6.3 Samevatting

Volgens die inligting wat ingesamel is, is moegheid en die ervaring van fisiese pyn die fisiese uitdagings wat tydens terapie met die respondente 'n rol gespeel het. In die geval van moegheid is gevind dat die feit dat die kind se proses in elke sessie aangespreek moet word, as vereiste van die Schoemanmodel, kan help om aksies wat in kontras met die kind se proses is, uit te wys. Die rede vir hierdie kontrasterende gedrag kan dan deur die navorser opgevolg word. Die belangrikheid van die verhoudingsaspek is hier uitgelig, aangesien dit aan die respondente die vrymoedigheid gegee het om eerlik aan die navorser te sê wanneer hulle moeg was. In die geval van fisiese pyn is die insluiting van die respondente by die bespreking van alternatiewe en die rol van alternatiewe bespreek. Polariteite en die integrasie daarvan met alternatiewe is ook gedemonstreer. Selfvertroeteling as wyse van selfwaardering is ook hier uitgelig en het 'n belangrike rol in die herstel van die respondent se selfwaarde gespeel. Beide moegheid en die ervaring van fisiese pyn is deur die literatuurstudie uitgelig en die bespreking daarvan deur ander skrywers stem ooreen met hierdie navorser se bevindings.

Die emosionele aspekte wat tydens die studie geïdentifiseer is, is skaamte, stres, trauma en verlies. In die geval van skaamte het veral sensoriese bewusmaking hierdie aspek aangespreek. Respondent A en B is weens hulle bewustheid van wat in die hier

en nou gebeur, herinner aan gebeurtenisse waar hulle skaamte ervaar het. Hierdie emosie kon dus deur terapie aangespreek word. Respondent C en D het deur projeksies en die aanvaarding van eienaarskap van hulle onderskeie projeksies skaamte as 'n emosie geïdentifiseer. Die feit dat die Schoemanmodel eienaarskap van 'n projeksie verg, maak dit vir die respondente 'n meer persoonlike ervaring en het baie met die aanvaarding van verantwoordelikheid vir hierdie emosie gehelp. Die literatuurstudie het die navorser voorberei op die serebraal gestremde respondente se geneigdheid tot stres, veral in nuwe en onbekende omstandighede. Hier het die verhoudingbou-aspek van die Schoemanmodel die nodige onvoorwaardelike aanvaarding aan die respondente gekommunikeer ten einde die terapeutiese opset in 'n veilige omgewing vir positiewe groei te omskep. Hierdeur kon die navorser dit duidelik maak aan die respondente dat hulle net hulleself kon wees en die navorser geensins hoef te beïndruk nie. Hierdie wete is by die respondente ingeskerp deur te evalueer en hulle aandag dan weereens verbaal daarop te vestig.

Deurentyd het die vloeiende aard van die Schoemanmodel die natuurlike verloop van die Gestaltspelterapiesessies verseker. Die model het groot waarde om al die verskeie aspekte van belang aan te spreek sonder dat dit die proses strem. Laasgenoemde is goed gedemonstreer in die aanspreking van trauma by respondent A. Die opklaringsaspek van die Schoemanmodel het respondent D gehelp om tot groter insig te kom aangaande sy voortdurende denke aan die traumatiese gebeurtenis en sodoende kon alternatiewe denke en gedrag geïdentifiseer word. Respondent B het ook baie gebaat by die aanspreking van trauma deur die selfvertroetelingsaspek. Hy is hierdeur bemagtig en het sodoende beheer oor die traumatiese gebeurtenis verkry. Die respondente het ook melding gemaak van die ervaring van 'n verlies weens hulle fisiese beperking. Dit is vir hulle belangrik om sekere take onafhanklik te kan verrig en sinvol met maats te kan speel. Dit was veral hier belangrik om deur polariteite aan die respondente te kommunikeer dat hulle ten spyte van hulle verlies oor baie ander noemenswaardige eienskappe beskik. Deur alternatiewe te bespreek en die respondente te verseker dat hulle insette van groot belang is, is hulle bemagtig en versterk.

4.7 OPSOMMING

Hierdie hoofstuk beskryf die prosedure waarvolgens data vir die doel van die studie versamel is. Die wyse van steekproefneming, respondente, semi-gestruktureerde onderhoude en Gestaltspelterapiesessies is bespreek. Die hoofstuk beskryf verder ook die proses van data-ontleding deur die verskeie stappe hierby betrokke te beskryf en te verduidelik. Die ontleding sowel as die interpretasie van die data is by hierdie hoofstuk ingesluit. Die navorsingsbevindings sal ook benut word ten einde bepaalde gevolgtrekkings en aanbevelings oor die benutting van Gestaltspelterapie met die serebraal gestremde kind te maak. Laasgenoemde word in die volgende hoofstuk uiteengesit.

HOOFSTUK 5

SAMEVATTING EN GEVOLGTREKKINGS

5.1 INLEIDING

Hoofstuk vier bevat 'n gedetailleerde uiteensetting van die werksaamhede en prosedures wat deur die navorser gevolg is. In hierdie hoofstuk word gevolgtrekkings gemaak op grond van die empiriese bevindings wat in hoofstuk vier beskryf is. Verder word beskryf op watter wyse daar geslaag is in die bereiking van die aanvanklike doel en doelwitte van die studie. Die probleem en die wyse waarop dit aangespreek is, word ook beskryf. Tekortkomings wat deur die navorser geïdentifiseer is, word bespreek en die navorser maak ook bepaalde aanbevelings oor die benutting van die Schoemanmodel in Gestaltspelterapie met die serebraal gestremde kind.

5.2 DOEL EN DOELWITTE VAN DIE STUDIE

Die doel met die studie was om die gebruik van die Schoemanmodel as terapeutiese model met serebraal gestremde leerders binne 'n Gestaltterapeutiese raamwerk te verken. Die navorser het hierdie doel bereik deur die volgende doelwitte aan te spreek:

5.2.1 Die bestudering van bestaande literatuur

Hierdie doelwit is bereik deurdat die navorser 'n diepgaande literatuurstudie gedoen het in terme van die hoofkonsepte wat die uitkoms van die studie beïnvloed het. Die navorser het twee hoofstukke vir die beskrywing en bestudering van onderskeidelik die serebraal gestremde kind en die Schoemanmodel toegestaan. Die feit dat 'n hoofstuk aan elk van hierdie onderwerpe van belang toegestaan is, het aan die navorser voldoende ruimte verskaf om hierdie onderwerpe deeglik na te vors. In hoofstuk twee het die navorser daarna gestreef om bestaande literatuur aangaande die serebraal gestremde kind deurentyd met die data en gevolgtrekkings van die Schoemanmodel te integreer. So ook is inligting met betrekking tot die Schoemanmodel in hoofstuk drie toegepas op die serebraal gestremde kind. Hierdie integrasie van data en gevolgtrekkings het aan die navorser die geleentheid gebied om 'n oorsig oor die studie

te verkry en sodoende die verskeie afsonderlike dele van die studie tot 'n geheel saam te snoer.

Die uitkoms van die navorsing word onderskryf deur 'n literatuurstudie aangaande die serebraal gestremde kind, sowel as die onderskeie aspekte van die Schoemanmodel. Bestaande literatuur rakende Gestaltspelterapie is ook met die bevindings van hoofstuk twee geïntegreer, aangesien dit die hoeksteen van die studie was. Wat die literatuurstudie betref, het die navorser ook telkens verskeie bronne geraadpleeg.

Hierdie kruisverwysings en benutting van verskillende literatuurbronne het aan die navorser genoegsame inligting besorg om relevante feite te bekom. Hierdeur is hy in staat gestel om die studie stelselmatig en wetenskaplik te benader. 'n Verdere uitvloeisel van die literatuurstudie was die vermoë om ingesamelde data logies en insiggewend voor te hou.

Deur die bestudering van bestaande literatuur met betrekking tot die serebraal gestremde kind en die fisiese en sosio-emosionele probleme waarmee hulle in die gesig gestaar word, is die navorser in staat gestel om goed bekend te raak met die moontlike implikasies wat dit vir die studie kon hê. Die feit dat die navorser ook die Schoemanmodel deeglik nagevors het, het tot gevolg gehad dat hy bogenoemde implikasies ingelig en betekenisvol kon benader ten einde die wetenskaplike invordering van data en die maak van sinvolle gevolgtrekkings te versterk. Die navorser was egter van mening dat 'n literatuurstudie, hoe deeglik ook al, sekere leemtes sou laat. Om hierdie leemtes sover moontlik teen te werk, het die navorser op semi-gestruktureerde onderhoude met kundiges op die gebied van die serebraal gestremde kind besluit.

5.2.2 Semi-gestruktureerde onderhoude met terapeute

Hierdie doelwit is bereik deur geskeduleerde semi-gestruktureerde onderhoude met die skoolsielkundige en -fisioterapeut, wat in hoofstuk vier van hierdie verhandeling bespreek word. Die bydrae van die skoolsielkundige en -fisioterapeut met betrekking tot die studie en die uitvoering van die Gestaltspelterapiesessies was beduidend. Die mate

waarin die semi-gestruktureerde onderhoud hom tot buigsaamheid leen (sien hoofstuk vier, 4.4.1), het tot gevolg gehad dat spesifieke vrae wat aan die kundiges gestel is, tot spesifieke besprekings van sodanige vrae gelei het. Die voordeel hiervan was dat dit aan die kundiges die geleentheid gebied het om hulle kundigheid en ervaring in so 'n mate aan die navorser te kommunikeer dat inligting sonder voorbehoud ingewin is. Die antwoord op een vraag het byvoorbeeld dikwels as aanknooppunt vir 'n volgende bespreking gedien. Deur 'n deeglike literatuurstudie is die navorser in staat gestel om relevante vrae aan die kundiges te stel wat die spesifieke problematiese aspekte van terapie met die serebraal gestremde kind aanspreek.

Die semi-gestruktureerde onderhoud met die skoolsielkundige het aan die navorser die geleentheid gebied om eerstehandse kontak te maak met 'n medeterapeut wat ondervinding het in die aanspreek van die emosionele aspekte van die serebraal gestremde kind. Die voordeel van hierdie interaksie was juis die interpersoonlike aspek wat dit tot die insameling van data toegevoeg het. Met hierdie interpersoonlike kontak het die insameling van data meer as net die blote insameling van feite geword: Dit het ook aan die navorser die geleentheid gegee om aktief deel te neem aan die insameling van inligting. Deur die sielkundige se antwoorde te vergelyk met data wat deur die literatuurstudie bekom is, is die navorser in staat gestel om die studie, wat die Gestaltspelterapiesessies betref, vanuit 'n praktiese oogpunt te beskou.

Die semi-gestruktureerde onderhoud met die fisioterapeut het die navorser in staat gestel om presies vas te stel op watter wyse die fisiese beperkings van die serebraal gestremde kind sy/haar daaglikse funksionering beïnvloed. Groter insig is ook bekom ten opsigte van die deursettingsvermoë wat die serebraal gestremde kind daagliks aan die dag moet lê. Hierdie deursettingsvermoë verg emosionele en fisiese inspanning. Na aanleiding van die semi-gestruktureerde onderhoud met die fisioterapeut het die navorser dus die noodsaaklikheid van positiewe versterking en bemagtiging in terapie met die serebraal gestremde kind besef. Bemagtiging is 'n aspek wat deurentyd as vereiste van die Schoemanmodel aangespreek word. Daar is vasgestel dat die fisioterapeut ook van spel gebruik maak tydens fisiese terapie met die serebraal

gestremde kind.

Die semi-gestruktureerde onderhoude met die kundiges het nie net antwoorde op die navorser se vrae verskaf nie, maar het ook tot besprekings gelei wat keuses ten opsigte van die bruikbaarheid van mediums en tegnieke vir Gestaltspelterapie met die serebraal gestremde kind beïnvloed het (sien hoofstuk vier, 4.4.1.2). Ten einde korrekte data-insameling en die voldoende weergawe van ingesamelde inligting te bevorder, is die semi-gestruktureerde onderhoude met die kundiges deur die navorser genoteer (sien hoofstuk vier, 4.4.1).

5.2.3 Semi-gestruktureerde onderhoude met serebraal gestremde respondente

Deeglike navorsing oor die Schoemanmodel deur middel van die literatuurstudie, sowel as die feit dat die navorser as deel van sy opleiding praktiese ondervinding in die gebruik van die Schoemanmodel as terapeutiese model ontvang het, het die bereiking van hierdie doelwit versterk. Hierdie doelwit is prakties bereik deur respondente individueel by agt Gestaltspelterapiesessies te betrek. Die frekwensie van die sessies was twee sessies per kind per week (sien hoofstuk vier, 4.4.1.2).

Die navorser het tydens die kontakssessies gebruik gemaak van die onderlinge aspekte wat die Schoemanmodel aanspreek. Elke aspek van die model is tydens elke Gestaltspelterapiesessie aangespreek, aangesien die verskillende aspekte van die model deel moet uitmaak van die volledige uitkoms van die kontakssessie (sien hoofstuk drie, 3.1). Die volgorde van die aspekte is nie slaafs nagevolg nie, maar die navorser het van een aspek na 'n volgende beweeg deur by die respondent se proses te bly. Die volgorde van die aspekte was dus nie in elke sessie dieselfde nie en in sekere gevalle is van die aspekte herhaal. Die bespreking van die sessies word in hoofstuk vier uiteengesit.

5.2.4 Gevolgtrekkings en aanbevelings

Deurdat die studie daarin geslaag het om bogenoemde doelwitte aan te spreek en te bereik, is die navorser in staat gestel om gevolgtrekkings en aanbevelings na aanleiding

van sy bevindings in verslagvorm weer te gee. Hierdie gevolgtrekkings en aanbevelings word later in hoofstuk vyf bespreek.

5.3 NAVORSINGSPROBLEEM

Die navorsingsprobleem het uit die navorsers se betrokkenheid as toesighouer en spelterapeut by 'n skool vir serebraal gestremde kinders gespruit. Die motivering vir die studie het gevolglik weens hierdie persoonlike betrokkenheid in die lewens van serebraal gestremde kinders ontwikkel. Hierdie kinders kan nie agterweë gelaat word wanneer dit by terapie kom nie en moet die kans gegun word om die emosionele komponent van hulle lewens sinvol en effektief aan te spreek.

'n Verdere probleem wat uit die literatuurstudie geblyk het, is die feit, dat alhoewel daar genoegsame bronne bestaan wat die fisiese terapie van die serebraal gestremde kind aanspreek, beperkte bronne bestaan wat die psigiese aspek van terapie met hierdie kind beskryf. Die navorsers was van mening dat die bestaande modelle wat betrekking het op serebraal gestremde kinders nie die behoeftes van hierdie kinders in die terapeutiese opset aanspreek nie. Die moontlike implikasies hiervan kan frustrasie by die kliënt, probleemgedrag, oneffektiewe kommunikasie en die ervaring van kwellende emosies wees (sien hoofstuk een, 1.2.2).

Frustrasie by die kliënt is aangespreek deur die verskeie mediums en tegnieke wat Gestaltspel terapie aan die navorsers gebied het. Tekeninge, spel, klei, poppespel en die sandbak is gebruik (sien hoofstuk vier, 4.4.1.2) en het daarin geslaag om die fisiese uitdagings van elke respondente aan te spreek. Frustrasie is ook vermy deurdat die Schoemanmodel aan die respondente die geleentheid gebied het om beheer oor kwellende emosies te verkry (nadat eienaarskap van die projeksies aanvaar is). Laasgenoemde is in hoofstuk vier uiteengesit.

Onopgeloste kwellende emosies het die vermoë om die gesonde funksionering en groei van enige persoon te belemmer. Laasgenoemde emosies is egter deur die respondente geëien en hulle is deur die verskeie aspekte van die Schoemanmodel in staat gestel om

alternatiewe gedrag te eksplorieer. Hierdeur is gepaste gedrag as alternatief vir probleemgedrag gevind en is hierdie moontlike implikasie die hoof gebied (sien hoofstuk vier, 4.6.2).

Weens gebrekkige kommunikasievaardighede is die respondente tydens die Gestaltspelterapiesessies die geleentheid gebied om hulle gevoelens uit te speel (vergelyk hoofstuk vier, 4.6). Hier het mediums en tegnieke ook 'n belangrike rol gespeel in die kommunikasie met die respondente. So het projeksies deur middel van tekeninge, kleifigure, ensovoorts hulle gehelp om kwellende emosies aan die navorser oor te dra. Die implikasie van die kommunikasieprobleem is ook deur die opklaringsaspek van die Schoemanmodel aangespreek. Hierdeur het die respondente groter bewustheid en duidelikheid aangaande hulle gevoelens verkry en is negatiewe implikasies geëlimineer.

Skaamte, stres, trauma en verlies is by al die respondente geïdentifiseer (sien hoofstuk vier, 4.6.2). Indien hierdie emosionele kwessies nie aangespreek is nie, kon dit tot probleemgedrag by die betrokke persone lei. Die toepassing van die Schoemanmodel aan die hand van Gestaltspelterapie het egter nie net daarin geslaag om hierdie emosionele aspekte te identifiseer nie, maar het ook aan die respondente die geleentheid gegee om deur hierdie emosies te werk en tot volwaardige organismes te groei.

Aangesien die navorser in die Gestaltbenadering en Schoemanmodel opgelei is, was dit vir hom belangrik om die gebruik van die Schoemanmodel in terapie met serebraal gestremde kinders te ondersoek. Die toepassing van hierdie model is volgens die navorser nog nie voorheen in terme van serebraal gestremde kinders ondersoek nie. Die studie het hierdie navorsingsprobleem aangespreek deur die volgende vraag te ondersoek:

5.4 NAVORSINGSVRAAG

Die navorsingsvraag wat deur die studie beantwoord is, lui as volg:

Hoe kan die Schoemanmodel binne die terapeutiese milieu met serebraal gestremde kinders gebruik word?

Terapie met die serebraal gestremde kind bring sy eie unieke uitdagings mee. Na aanleiding van hierdie uitdagings het die navorser die benutting van die Schoemanmodel met gestremde kinders ondersoek. Hierdie model is buigsaam en aangesien dit op die Gestaltterapeutiese proses gebaseer is, laat dit ruimte vir kreatiwiteit deur die spelterapeut en die kind (sien hoofstuk een, 1.2.1).

Buiten die buigsaamheid van die Schoemanmodel laat hierdie model ook ruimte vir 'n magdom tegnieke en mediums wat binne die raamwerk van die Schoemanmodel gebruik kan word. Die navorser se ondervinding in die gebruik van die Schoemanmodel het hom in staat gestel om die kontaksessies waardevolle, veilige, ondersteunende ervarings te maak waartydens beide die terapeut en die kliënt die moed gehad het om te eksplorieer en opnuut kennis te maak met wie hulle is. Die wyse waarop die Schoemanmodel binne die terapeutiese milieu met serebraal gestremde kinders gebruik kan word, kon slegs beantwoord word deur hierdie kinders tydens die toepassing van die Schoemanmodel waar te neem en hulle dus by Gestaltspeltherapie sessies te betrek waar die navorser hierdie model toegepas het.

Tydens die Gestaltspeltherapie sessies het die navorser gevind dat die verhoudingsaspek van die Schoemanmodel 'n goeie fondament lê vir kontak tussen die navorser en respondente. Daar is besluit om nie die respondente te beperk deur net sekere mediums en tegnieke aan hulle voor te hou nie, maar om die besluit ten opsigte hiervan aan hulle oor te laat. Die gevolg was bemagtiging en die eksplorاسie van nuwe aktiwiteite, byvoorbeeld krietet, doelskoppe en die slaan van ballonne met raket. Laasgenoemde het wel pyn en moegheid by die respondente veroorsaak (sien hoofstuk vier, 4.6.1), maar alternatiewe mediums en tegnieke kon as gevolg hiervan bespreek

word. Die Schoemanmodel het ook die navorser in staat gestel om hierdie situasie tot voordeel van die respondente te gebruik deurdat dit alternatiewe as aspek aanspreek.

Die verskeie aspekte van die Schoemanmodel het die navorser in staat gestel om die respondente voldoende te ondersteun tydens die identifisering en eiening van kwellende emosies. Die respondente is bemagtig deurdat beheer oor die kwellende emosies verkry is (sien hoofstuk vier, 4.6.1.2). Die feit dat die aspekte wat die Schoemanmodel aanspreek, nie slaafs nagevolg hoef te word nie, het aan die navorser die ruimte gelaat om by die respondent se proses en ervaring te bly en deurentyd op die hier en die nou te fokus. Die respondente is deur die Schoemanmodel bemagtig om te groei, te herontdek en vrede te maak met dinge wat hulle nie kan verander nie deur te fokus op dít wat hulle wel kan doen en op wie hulle is. Hierdeur is al die vereistes van die Schoemanmodel aangespreek en is die navorser in staat gestel om gevolgtrekkings en aanbevelings te maak.

5.5 GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

Die navorser kon die volgende kategorieë identifiseer waarvolgens gevolgtrekkings gemaak is. Vanuit hierdie gevolgtrekkings kon aanbevelings gemaak word.

5.5.1 Moegheid

Soos in hoofstuk vier bespreek is, het moegheid al vier respondente se energievlakke in 'n meerdere of mindere mate geaffekteer. Dit was gevolglik 'n aspek waaraan aandag gegee moes word. Die feit dat die navorser tydens elke sessie bewus moes wees van die kind se proses, het hom tydens terapie met die serebraal gestremde kind in staat gestel om onmiddellik bewus te word van enige optrede deur die respondent wat nie gestryk het met sy temperament nie. Opklaring as aspek van die Schoemanmodel het die navorser in staat gestel om sy vermoedens te bevestig deur aan die respondente te vra of hulle moeg is. Hierdeur het die respondent self ook tot groter bewustheid aangaande sy moegheid gekom en kon dit aangespreek word. Laasgenoemde is prakties aangespreek deur aktiwiteite en tegnieke te gebruik wat fisies minder uitdagend vir die respondent was. Deur 'n goed gevestigde verhouding sonder

vooordeel en onvoorwaardelike aanvaarding is aan die respondent die vrymoedigheid gegee om sonder skaamte of vrees vir verwerping aan die navorser te kommunikeer dat moegheid ervaar word.

Vir sensoriese bewusmaking is asemhalings- of ontspanningsoefeninge byvoorbeeld aangewend. Hierdie oefeninge het aan respondente die geleentheid gegee om rustig te raak en weer op die hede te fokus. Kalmerende instrumentele musiek is ook hiervoor gebruik. Die respondente het hierdie musiek as ontspannend ervaar en hulle energievlakke is herstel. Vir verhoudingbou is eenvoudige speletjies wat min fisiese inspanning verg, byvoorbeeld slangetjies en leertjies, “pick up sticks” en Uno gespeel. Die speel van hierdie speletjies het in sekere gevalle aanleiding gegee tot die aanspreek van die projeksie-aspek. Die wyse waarop die model die terapeut in staat stel om die terapie te laat vloei en van een aspek na die ander te beweeg, word hierdeur geïllustreer. Vir die respondente was hierdie speletjies aangename alternatiewe vir verhoudingbou. Dit het ook ‘n mate van selfwaarde en bemagtiging aan die respondente besorg deurdat hulle betrek kon word by die uitdeel van die Uno-kaarte en die pak van die stokkies vir “pick up sticks”.

Die navorser beveel aan dat vermoedens getoets moet word en dat die terapeut nie sy/haar eie afleidings en gevolgtrekkings moet maak sonder om dit op te klaar (te “clarify”) nie. Indien laasgenoemde nie gedoen word nie, bestaan die moontlikheid dat die terapeut dít wat die serebraal gestremde kind wil oordra, sal mis, met negatiewe gevolge vir die kontak tussen die twee partye. Asemhalings- en ontspanningsoefeninge sowel as kalmerende instrumentele musiek om energievlakke te herstel, word ook aanbeveel. Speletjies wat min fisiese inspanning verg, kan gebruik word ten einde die verhoudingsaspek aan te spreek. Die serebraal gestremde kind kan byvoorbeeld ook betrek word by die uitdeel van die Uno-kaarte, die pak van die stokkies vir “pick up sticks” en enige ander klein aktiwiteite ten einde hulle te bemagtig. Die lengte van die sessies (60 minute) was skynbaar nie problematies nie, maar terapeute moet deurentyd bewus wees van die nieverbale gedrag van die serebraal gestremde kind sodat

aktiwiteite afgewissel kan word of spesifieke sessies selfs kortgeknip kan word as die kind moeg raak.

5.5.2 Ervaring van fisiese pyn

Tydens die studie het al vier respondente in sekere opsigte pyn ervaar en gevolglik moes hieraan aandag gegee word. Beide kleiwerk en die gooi van sagte balle teen 'n muur het fisiese pyn by die respondente tot gevolg gehad. Kleiwerk is aangewend om hulle in staat te stel om projeksies aan te spreek en in sekere gevalle is die kleifigure platgetrap of met die hand stukkend gedruk ten einde die respondente beheer oor die emosie te gee. Laasgenoemde kon slegs bereik word indien hulle eienaarskap van die emosie geneem het (sien hoofstuk drie, 3.2.4.1). Klei is 'n besonder nuttige medium weens die feit dat dit maklik manipuleerbaar is.

Die gooi van sokkerballe teen die muur is gebruik om beheer ten opsigte van emosies aan die respondente te gee. Hierdie tegniek is deur die navorser geïdentifiseer weens die suksesvolle gebruik daarvan met kinders wat nie serebraal gestrem is nie. Dit is as deel van sy praktiese opleiding vir sy meestersgraad toegepas. Die kinders ervaar die gebeurtenis as bevrydend en die feit dat hulle al hulle frustrasie en magteloosheid op die bal kan projekteer, maak daarvan 'n sinvolle en waardevolle ervaring. Die kinders word ook bemagtig wanneer hulle kan hoor hoe hard die bal met die muur kontak maak en besef dat dit hulle is wat die oorsaak daarvan is. Hierdie tegniek het dieselfde bevredigende uitwerking by die serebraal gestremde kind gehad, maar tydens die gooi van die balle is fisiese pyn ervaar. Alternatiewe as aspek van die Schoemanmodel het egter verhoed dat hierdie aktiwiteit, wat beheer aan die respondente moes terugbesorg, tot 'n gevoel van mislukking by die respondent kon lei (sien hoofstuk vier, 4.6.1.2). Deur respondente by die soeke na alternatiewe te betrek, is hulle verder bemagtig en het hulle beheer verkry oor 'n situasie wat potensieel verdoemend was.

Vanuit bogenoemde gevolgtrekking word aanbeveel dat die terapeut die klei sag brei voordat dit vir terapeutiese doeleindes aangewend word. Hierdeur word die kind ongemak gespaar en die tydsfaktor word ook aangespreek. Die navorser beveel ook

aan dat die serebraal gestremde kind betrek moet word by die soeke na alternatiewe. Ten einde ongerief te minimaliseer, word aanbeveel dat die proses afgewissel word deurdat balle byvoorbeeld gegooi en geskop word. As alternatief vir die gooi van sokkerballe beveel die navorser verder aan dat die name van kwellende emosies op ballonne geskryf word, waarna die serebraal gestremde kind die ballonne stukkend spring. Sodoende word dieselfde kragtige knal gehoor sonder dat inspanning deur een spesifieke ledemaat (die arm of been) geveerg word. Hierdie tegniek is met welslae toegepas.

5.5.3 Skaamte

Die aanspreek van sensoriese modaliteite het moontlik tot gevolg gehad dat respondente ten volle bewus geword het van wat in die hier en nou gebeur het. Hierdeur was hulle in staat om gevoelens (byvoorbeeld skaamte) wat hulle in die verlede ervaar het, onmiddellik in die hier en nou te herroep (sien hoofstuk vier, 4.6.2.1).

Dit is belangrik dat die terapeut bewus moet wees van die moontlikheid dat die serebraal gestremde kind skaam kan voorkom tydens terapie. Die rede hiervoor is eenvoudig dat die terapeut kan voel dat hy nie die kind bereik nie of dat die serebraal gestremde kind nie teenoor hom/haar wil “oopmaak” nie. Hierdie skaamte was veral aanwesig tydens die aanvanklike terapiesessies. Die kind is egter die fokuspunt van die terapie, en nie die resultate nie. Uit die navorsing kan die navorser die gevolgtrekking maak dat dit nie tot voordeel van die terapeutiese ervaring – en dus die serebraal gestremde kind – is om die kind te druk vir ‘n “deurbraak” nie. Daar is ondervind dat die serebraal gestremde kind meer tyd benodig om ‘n vertrouensverhouding te bou. Laasgenoemde kan die gevolg wees van ‘n persepsie dat volwassenes hulle in ‘n negatiewe lig beskou (sien hoofstuk twee, 2.5) of kan spruit uit probleme weens byvoorbeeld sosiale verwerping en afsondering (sien hoofstuk twee, 2.4).

Die navorser beveel aan dat meer tyd in die vorm van terapeutiese sessies opsy gesit moet word ten einde ‘n gesonde en veilige verhouding te verseker. Laasgenoemde sal

ook skaamte by die serebraal gestremde kind aanspreek, aangesien beide die terapeut en die kind beter bekend sal wees met mekaar. Die navorser beveel ook aan dat die verhoudingsaspek van die Schoemanmodel tydens elke sessie aangespreek moet word, aangesien dit kan help om 'n waardevolle I-thou-verhouding met die serebraal gestremde kind te vorm. Die slaan van 'n ballon met ligte rakette met die doel om soveel moontlik hou te slaan sonder dat die ballon aan die grond raak, word ook aanbeveel. Aangesien 'n gesamentlike doel nagestreef word, laat dit 'n samehorigheidsgevoel by beide die respondent en die navorser ontstaan. Hierdie aktiwiteit is met groot sukses met al vier respondente uitgevoer.

5.5.4 Stres

Stres was by al vier respondente te bespeur (sien hoofstuk vier, 4.6.2.2). Hierdie gevoelens is egter deur die verhoudingsaspek van die Schoemanmodel verminder. Die navorser het baie klem gelê op onvoorwaardelike aanvaarding. Daar is voortdurend en veral tydens verhoudingbou aan die respondente gekommunikeer dat dit tydens die sessies nie oor die navorser se gevoelens gaan nie. Sodoende het die respondente geweet dat hulle die navorser geensins hoef te beïndruk deur byvoorbeeld hulle tekeninge, spel of kleifigure nie. Die evalueringaspek van die Schoemanmodel is deurlopend aangewend om die serebraal gestremde kind aan hierdie feit te herinner (sien hoofstuk drie, 3.2.8).

Evaluering is in die geval van die serebraal gestremde kind van groot belang. Literatuur dui daarop dat hierdie kind kognitiewe beperkings kan ondervind en deur die kind voortdurend bewus te maak van wat in vorige sessies behandel en bereik is, word verseker dat die serebraal gestremde kind dít wat geleer is, deel maak van homself. Selfvertroeteling is 'n verdere aspek van die Schoemanmodel wat die selfwaarde van die respondente versterk het. Vertroutelde kinders sal 'n hegte verhouding met hulleself hê, aangesien hulle waardig voel (sien hoofstuk drie, 3.2.9).

Hiervolgens kan aanbeveel word dat onvoorwaardelike aanvaarding deurentyd aan die serebraal gestremde kind gekommunikeer moet word. 'n Verdere aanbeveling is dat

hierdie kind voortdurend geprys moet word vir enige poging wat aangewend word. Dit is vanselfsprekend belangrik om die poging te prys en nie die resultaat nie. Die feit dat die respondent die moed het om slegte ervarings aan te spreek, is byvoorbeeld baie benadruk. Stres by die serebraal gestremde kind kan hierdeur verminder word. Selfvertroeteling is 'n verdere aspek van die Schoemanmodel wat die selfwaarde van die respondente versterk het en word aanbeveel. Deur aan die respondente die geleentheid te gee om iets lekkers van hulle keuse te doen, is hulle bewus gemaak van die omgee, liefde en simpatie van die navorser en dié vir hulleself.

5.5.5 Trauma

Die navorser het trauma by al vier respondente geïdentifiseer. Hierdie aspek is uitgelig deurdat respondente aangedui het dat hulle gedurig aan slegte gebeurtenisse dink. Die navorser moet melding maak daarvan dat deur op die respondente en hulle verbale en nieverbale kommunikasie te let, hy bewus geraak het van hulle onwilligheid om slegte emosies wat seermaak, aan te spreek – veral in die geval van trauma waar herhaalde gedagtes aan slegte gebeurtenisse 'n weerstand om deur hierdie seer te werk, veroorsaak het. Nadat 'n tekening geteken is of 'n kleifiguur geskep is, het die respondente op iets anders gefokus en sodoende is 'n poging aangewend om die neem van eienaarskap van die projeksie te vermy.

Hieruit is die gevolgtrekking gemaak dat die stel van grense belangrik is in terapie met die serebraal gestremde kind. Grense verleen struktuur aan die ontwikkeling van die terapeutiese verhouding (sien hoofstuk drie, 3.2.1.5). Die respondente moet bewus word van die feit dat daar oor dinge gepraat gaan word wat nie lekker of maklik is nie. Deur te evalueer, is die respondente gedurig hieraan herinner. Dit het die navorser in staat gestel om hulle bewus te maak daarvan dat beide die navorser en die respondente na 'n gesamentlike doel strewe. Hierdie doel was die aanspreek van emosionele kwessies wat dit vir die respondent moeilik maak om sy volle potensiaal as selfregulerende organisme te verwesenlik.

Waar daar egter versuim is om die doel van die studie en die grense daaraan verbonde aan die respondente te kommunikeer, het die terapeutiese sessie die gevaar geloop om in 'n afgewaterde ontmoeting te verander waar slegs gespeel word. Hierdie gevaar is afgeweer deur die sessie te staak en die volgende vergelyking te maak: Die respondent is vergelyk met 'n brandweerman wat 'n vuur moet blus, die navorser en terapeutiese sessies is voorgestel as die brandweerwa en die dinge wat nie lekker is om oor te praat nie, was die vuur. Indien die vuur nie geblus word nie, sou die brand net erger raak. Hierdie vergelyking het by al die respondente aanklank gevind. In sekere gevalle is hierdie vergelyking uitgespeel deurdat die respondente op die navorser se rug geklim het en na 'n denkbeeldige vuur gejaag het. Sodoende is die gesamentlike poging deur beide navorser en respondent uitgelig. Gevolglik is gevind dat hierdie vergelyking daarin geslaag het om die respondente bewus te maak van die doel wat nagestreef is. Hierna is met hernude entoesiasme aan projeksies gewerk.

Uit bogenoemde kan aanbeveel word dat daar op die verbale en nieverbale kommunikasie van die serebraal gestremde kind gelet moet word, aangesien dit die terapeut bewus kan maak van weerstand by die kind. Die navorser beveel ook aan dat die serebraal gestremde kind voortdurend aan die doel van die terapie herinner moet word. Laasgenoemde kan deur die evalueringsaspek vermag word. Die navorser beveel aan dat hierdie doel as "die uithaal en weggooi van die dinge wat ons voel en maak dat ons nie lekker oor onself kan voel nie", beskryf kan word. Die navorser beveel ook aan dat die serebraal gestremde kind op kreatiewe wyse bewus gemaak moet word van die noodsaaklikheid van die terapeutiese sessie as 'n hulpmiddel. 'n Denkbeeldige brandweerwa, waarvan reeds melding gemaak is, kan vir die serebraal gestremde kind meer konkreet, werklik en verstaanbaar wees as die terapeut se verbale verduidelikings oor die doel van en rede vir die kontakssessie.

5.5.6 Verlies

Tydens die studie was verlies by al vier respondente te bespeur (sien hoofstuk vier, 4.6.2.4). In al die gevalle was die gevoel van verlies die direkte of indirekte gevolg van die respondente se onvermoë om gewenste aksies uit te voer weens hulle

geaffekteerde ledemate. Deur van polariteite gebruik te maak, is die respondente daarvan bewus gemaak dat hulle selfs ten spyte van hulle verlies steeds in staat is om dinge te doen wat ander nie kan doen nie. Hulle is aangeraai om daarop te fokus. Die navorser het die respondente ook bewus gemaak van sy eie beperkings. Onvoorwaardelike aanvaarding was hier belangrik. Dit is noodsaaklik dat die serebraal gestremde kind bewus moet wees van die feit dat die terapeut hom as volwaardige persoon met potensiaal beskou.

Die leëstoeltegniek is telkens met welslae aangewend, veral om alternatiewe aan te spreek. Die navorser het gevind dat dit aan die respondent die geleentheid gebied het om dialoog en alternatiewe optrede op 'n veilige wyse te eksplorieer. Die feit dat die respondente stres kon ervaar, soos reeds genoem, het die tegniek baie waardevol gemaak, aangesien hierdie veilige wyse van eksplorasië sonder die verwagting van stres kon plaasvind. Hierdeur is die respondent toegerus om alternatiewe daadwerklik uit te voer.

Daar word aanbeveel dat die serebraal gestremde kind deur middel van polariteite bewus gemaak moet word van dít wat hulle wel kan doen en hulle aandag daarop te fokus. Hierdeur word die verlies wat hulle ervaar weens hulle geaffekteerde ledemate op die agtergrond geskuif en kry hulle selfs moed om nuwe uitdagings aan te pak. 'n Verdere aanbeveling is dat die terapeut die serebraal gestremde kind as volwaardige persoon met potensiaal moet beskou. Die terapeut moet ook die kind van hierdie potensiaal bewus maak. Die navorser beveel ook aan dat die leëstoeltegniek aangewend moet word om alternatiewe by die serebraal gestremde kind aan te spreek. Laasgenoemde bied aan hulle die geleentheid om verbale en nieverbale alternatiewe op 'n veilige wyse te eksplorieer.

5.6 TEKORTKOMINGS

Alhoewel die studie die toepassing van die Schoemanmodel op die serebraal gestremde kind ondersoek het, is daar nie voorsiening gemaak daarvoor om die effektiwiteit van hierdie intervensie te toets nie. Aangesien geen vorige navorsing ten

opsigte van die Schoemanmodel tans bestaan nie, sal 'n studie van laasgenoemde intervensie 'n belangrike bydrae tot Gestaltterapeutiese intervensie lewer.

'n Verdere tekortkoming is die feit dat al die respondente blanke seuns was en dat die studie dus nie die toepassing van die Schoemanmodel in Gestaltspelterapie op die serebraal gestremde kind ten opsigte van ander kulture, asook meisies, ondersoek het nie. Alhoewel die getal respondente ook as 'n moontlike tekortkoming beskou kan word, voel die navorser genoodsaak om melding te maak van die feit dat agt uur per respondent gespandeer is en dat versadiging bereik is.

5.7 BYDRAE

Die studie het nie net die toepassing van die Schoemanmodel op die serebraal gestremde kind ondersoek nie, maar gevolgtrekkings is ook gemaak ten opsigte van die verskeie spelterapietegniese en -mediums en die bruikbaarheid daarvan in Gestaltspelterapie met die serebraal gestremde kind. Aanbevelings is gemaak wat van belang kan wees vir Gestaltterapeute wat hulle in die toekoms binne die Gestaltterapeutiese milieu met die serebraal gestremde kind kan bevind. Van die bevindings van die studie kan ook nuttig wees vir terapeute wat hulle wil vergewis van die uitvoerbaarheid van die Schoemanmodel in terapie in die algemeen. Soos reeds genoem, laat die studie ook ruimte vir verdere navorsing.

5.8 OPSOMMING

Die emosionele beperkings en uitdagings waarmee die serebraal gestremde kind elke dag gekonfronteer word, het verreikende gevolge vir die emosionele welstand van hierdie kind. Hierdie emosionele kwessies kan die gesonde funksionering van die kind strem, en sodoende ook gesonde groei. Wanneer hierdie emosionele welstand bedreig word, is dit die duidelikste sigbaar in die kind se gedrag, hetsy verbaal of nieverbaal.

Fisiese uitdagings, naamlik moegheid en die ervaring van fisiese pyn binne die terapeutiese milieu, is deur die studie geïdentifiseer. Hierdie bevindings stem ooreen met die bevindings van die literatuurstudie. Die emosionele aspekte wat tydens die

studie geïdentifiseer is, is skaamte, stres, trauma en verlies. Ten einde binne die tydslimiet van een uur per sessie te bly, moes direkief gewerk word. Die serebraal gestremde kind benodig meer tyd om take uit te voer en deur die keuses ten opsigte van tegnieke, mediums en verhoudingbou-aktiwiteite te struktureer, het verseker dat minder tyd aan onsekerheid bestee word.

Die Schoemanmodel bestaan uit verskeie aspekte wat tydens elke sessie aangespreek moet word. Hierdie vereiste het in die geval van die serebraal gestremde kind verreikende gevolge gehad. Die navorser het gevind dat die herhaling van hierdie aspekte tydens elke sessie hom gehelp het om goed vertrouwd te raak daarmee. Hy het ook gevind dat dit die gedagtes van die terapeut orden, deurdat hierdie aspekte as riglyn vir die aanspreek van die emosionele kwessies van die serebraal gestremde kind dien. Hierdie vereiste kan egter tot gevolg hê dat die terapeut dalk te veel op die aspekte wat bereik moet word, fokus en nie by die kind en sy/haar proses bly nie. Die tydslimiet van een uur per sessie kan ook tot gevolg hê dat die terapeut die aspekte afjaag ten einde elkeen aan te spreek. In sekere gevalle kan die terapeut hom/haar ook in 'n situasie bevind waar daar nie daarin geslaag word om elke aspek aan te spreek nie. Dit is egter die navorser se mening dat die kind se ervaring van die terapie die fokuspunt en belangrikste aspek van die terapeutiese kontaksessie is. Met hierdie stelling in gedagte is die navorser van mening dat die Schoemanmodel oor al die nodige eienskappe beskik om die serebraal gestremde kind te bemagtig om hom-/haarself as gesonde organisme te herontdek.

BRONNELYS

American Academy of Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health & American Pain Society Task Force on Pain in Infants, Children and Adolescents. 2001. The assessment and management of acute pain in infants, children and adolescents. *Journal of Pediatrics*, 108:793-797.

Antonak, R.F. & Livneh, H. 2000. Measurement of attitudes towards persons with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 22:211-224.

Babbie, E. 2001. *The practice of social research*. 9^e uitgawe. Belmont: Wadsworth.

Beckung, E. & Hagberg, G. 2002. Neuro-impairments, activity limitations, and participation restrictions in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 44:309-316.

Berrin, S.J., Malcarne, V.L., Varni, J.W., Burwinkle, T.M., Sherman, S.A., Artavia, K. & Chambers, H.G. 2006. Pain, fatigue and school functioning in children with cerebral palsy: A path-analytic model. *Journal of Pediatric Psychology*, 80: 1-8.

Blickstein, I. 2002. Cerebral palsy in multifoetal pregnancies. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 44:352–55.

Blom, B. 2000. *'n Gestaltterapiehulpprogram in maatskaplike werk vir juniorskoolkinders se emosionele intelligensie*. Bloemfontein: Universiteit van die Vrystaat.

Blom, R. 2004. *Handbook of Gestalt play therapy: Practical guidelines for child therapists*. Bloemfontein: R. Blom.

Bottos, M. 2003. Ambulatory capacity in cerebral palsy: Prognostic criteria and consequences for intervention. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 45:786-790.

Bowman, C. 1998. Definitions of Gestalt therapy: Finding common ground. *Gestalt Review*, 2(2):97-107.

Bowman, C.E. & Nevis, E.C. 2005. The history and development of Gestalt therapy. In A.L. Woldt & S.M. Toman (reds.), *Gestalt therapy: History, theory and practice*. Thousand Oaks: Sage Publications. p. 3-20.

Breau, L.M., Camfield, C.S., McGrath, P.J. & Finley, G.A. 2003. The incidence of pain in children with severe cognitive impairments. *Archive of Pediatric and Adolescent Medicine*, 157:1219-1226.

Brehaut, J.C., Kohen, D.E., Raina, P., Walter, S.D., Russell, D.J., Swinton, M., O'Donnell, M. & Rosenbaum, P. 2004. The health of primary caregivers of children with cerebral palsy. *Journal of Pediatrics*, 114:182-191.

Britner, P.A., Morog, M.C., Pianta, R.C. & Marvin, R.S. 2003. Stress and coping: A comparison of self-report measures of functioning in families of young children with cerebral palsy. *Journal of Child and Family Studies*, 12(3):335-348.

Bunata, R.E. 2006. Pronator Teres Rerouting in Children With Cerebral Palsy. *The Journal of Hand Surgery*, 31:474e1-474e11.

Cans, C. 2000. Surveillance of cerebral palsy in Europe: A collaboration of cerebral palsy surveys and registers. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 42:816-824.

Chalkiadis, G.A. 2001. Management of chronic pain in children. *Journal on Medicine*, Aust,175:476-479.

Chazan, S.E. 2002. *Profiles of play: Assessing and observing structure and process in play therapy*. London. Jessica Kingsley Publishers.

Clarkson, P. 1993. *Gestalt counselling in action*. 1^e uitgawe. Londen: Sage Publications.

Clarkson, P. 2004. *Gestalt counselling in action*. 3^e uitgawe. Londen: Sage Publications.

Collins, J.J., Lane, L.J. & Thompson, S. 2001. Chronic pain in children. *Journal of Medicine, Aust*, 175:453-454.

Cooley, W.C. and the Committee on Children With Disabilities. 2004. Providing a primary care medical home for children and youth with cerebral palsy. *American Academy of Pediatrics*, 114(4):1106-1113.

Corsini, R.J. & Wedding, D. (Eds). 2005. *Current Psychotherapies*. 7^e uitgawe. Canada: Brooks/Cole.

Dallas, E., Stevenson, J. & McGurk, H. 1993. Cerebral palsied children's interactions with siblings: II. Interactional structure. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34:649-671.

De Vos, A.S. 2005. Qualitative data analysis and interpretation. In A.S. De Vos, H. Strydom, C.B. Fouché & C.S.L. Delpont (reds.), *Research at grass roots: For the social sciences and human service professions*. 3^e uitgawe. Suid-Afrika: Van Schaik. p. 333-349.

De Vos, A.S., Strydom, H., Fouché, C.B. & C.S.L. Delpont. 2005. *Research at grass roots: For the social sciences and human service professions*. 3^e uitgawe. Suid-Afrika: Van Schaik.

Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. 2005. Introduction: The Discipline and Practice of Qualitative Research. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (reds.), *The Sage Handbook of Qualitative research*. 3^e uitgawe. California. Sage. p. 1-32.

Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. 2005. *The Sage Handbook of Qualitative research*. 3^e uitgawe. California. Sage.

Eccleston, C. & Crombez, G. 2005. Attention and pain: Merging behavioural and neuroscience investigations. *Archives on Pain*, 113:7-8.

El-Metwally, A., Salminen, J.J., Auvinen, A., Kautiainen, H. & Mikkelsen, M. 2005. Lower limb pain in a preadolescent population: Prognosis and risk factors for chronicity – a prospective 1- and 4-year follow-up study. *Journal of Pediatrics*, 116:673-681.

Falkman, K.W., Sandberg, A.D. & Hjelmquist, E. 2002. Preferred communication modes: Prelinguistic and linguistic communication in non-speaking preschool children with cerebral palsy. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 1(37):59-68.

Ferreira, S.B. & Read, M.C. 2004. Gestalt Play Therapy with Grieving and Traumatized Children. In R. Blom (red.), *Handbook of Gestalt Play Therapy: Practical guidelines for child therapists*. Bloemfontein: R. Blom. p. 211-240.

Flick, U. 2002. *An introduction to qualitative research*. 2^e uitgawe. Londen: Sage Publications.

Fortune, A.E. & Reid, W.J. 1999. *Research in social work*. 3^e uitgawe. New York: Columbia University Press.

Fouché, C.B. 2005. Qualitative research designs. In A.S. De Vos, H. Strydom, C.B. Fouché, C.S.L. Delport (reds.), *Research at grass roots: For the social sciences and human service professions*. 3^e uitgawe. Suid-Afrika: Van Schaik. p. 267-273.

Fouché, C.B. & De Vos, A.S. 2005. Problem formulation. In A.S. De Vos, H. Strydom, C.B. Fouché, C.S.L. Delpont (reds.), *Research at grass roots: For the social sciences and human service professions*. 3^e uitgawe. Suid-Afrika: Van Schaik. p. 101-110.

Fouché, C.B. & Delpont, C.S.L. 2005. In-depth review of literature. In A.S. De Vos, H. Strydom, C.B. Fouché, C.S.L. Delpont (reds.), *Research at grass roots: For the social sciences and human service professions*. 3^e uitgawe. Suid-Afrika: Van Schaik. p. 123-131.

Garth, B. & Aroni, R. 2003. "I value what you have to say." Seeking the perspective of children with a disability, not just their parents. *Disability & Society*, 18(5):561-576.

Greeff, M. 2005. Information collection: Interviewing. In A.S. De Vos, H. Strydom, C.B. Fouché, C.S.L. Delpont (reds.), *Research at grass roots: For the social sciences and human service professions*. 3^e uitgawe. Suid-Afrika: Van Schaik. p. 286-313.

Green, S.E. 2002. Mothering Amanda: Musings on the experience of raising a child with cerebral palsy. *Journal of Loss and Trauma*, 7:21-34.

Hadden, K.L. & Von Baeyer, C.L. 2002. Pain in children with cerebral palsy: Common triggers and expressive behaviors. *Journal on Pain*, 99:281-288.

Henning, E., Van Rensburg, W. & Smit, B. 2004. *Finding your way in qualitative research*. Suid-Afrika: Van Schaik.

Houlihan, C.M., O'Donnell, M., Conaway, M. & Stevenson, R.D. 2004. Bodily pain and health-related quality of life in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 46:305-310.

Hutton, J.L., Pharoah, P.O.D. & Rosenbloom, L. 2002. Effects of cognitive, motor and sensory disabilities on survival in cerebral palsy. *Disabled Child*, 86:84-89.

Huysamen, G.K. 1998. *Metodologie vir die sosiale en gedragswetenskappe*. 5^e uitgawe. Suider-Afrika: International Thomson Publishing Bpk.

Jahnsen, R., Villien, L., Egeland, T., Stanghelle, J.K. & Holm, I. 2004. Locomotion skills in adults with cerebral palsy. *Journal of Clinical Rehabilitation*, 18:309-316.

Jewett, C. 1992. *Helping children cope with separation and loss*. Londen: Free Association Books.

Kokkonen, J., Saukkonen, A.L., Timonen, E., Serlo, W. & Kinnunen, P. 1991. Social outcomes of handicapped children as adults. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 33:1095-1100.

Koman, L.A., Smith, B.P. & Shilt, J.S. 2004. *Cerebral palsy*. [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://www.thelancet.com>. [2007, Julie 18].

Koutantji, M., Pearce, S.A., Oakley, D.A. & Feinmann, C. 1999. Children in pain: An investigation of selective memory for pain and psychological adjustment. *Arcives on Pain*, 81:237-244.

Krakovsky, G., Huth, M.M., Lin, L. & Levin, R.S. Functional changes in children, adolescents, and young adults with cerebral palsy. [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://www.sciencedirect.com>. [2007, Julie 21].

Kulak, W., Sobaniec, W., Kuzia, J. & Boćkowski, L. 2006. Neurophysiologic and neuro-imaging studies of brain plasticity in children with spastic cerebral palsy. *Experimental Neurology*, 198:4-11.

Landreth, G.L. 1991. *Play therapy: The art of the relationship*. Indiana: Accelerated Development.

Lee, R.G. 2002. *Ethics: A Gestalt of values/the values of Gestalt – a next step*. Hillsdale, NJ: Gestalt Press.

Lee, R.G. & Wheeler, G. (reds). 1996. *The voice of shame: Silence and connection in psychotherapy*. San Frisco: Josey-Bass.

Lewis, S. 1999. *An adult's guide to childhood trauma: Understanding traumatised children in South Africa*. Kaapstad: David Phillip.

Mackewn, J. 2004. *Developing Gestalt therapy: A field theoretical and relational model of contemporary Gestalt counseling and psychotherapy*. Kalifornië: Sage Publications.

Magill, F.W. & Rodriquez, J. (reds). 1996. *International Encyclopedia of Psychology*. Volume one. Chicago: Fitzroy Dearborn.

Mark, R. 1996. *Research made simple: A handbook for social workers*. Londen: Sage Publications.

Mash, E.J. & Wolfe, D.A. 2002. *Abnormal child psychology*. 2^e uitgawe. Belmont: Wadsworth.

May, T. 2002. *Qualitative research in action*. Londen: Sage Publications.

McDermott, S., Coker, A.L., Mani, S., Krishnaswami, S., Nagle, R.J., Barnett-Queen, L.L. & Wuori, D.F. 1996. A population-based analysis of behavior problems in children with cerebral palsy. *Journal of Pediatric Psychology*, 21:447-463.

McKearnan, K.A., Kieckhefer, G.M., Engel, J.M., Jensen, M.P. & Labyak, S. 2003. Pain in children with cerebral palsy: A review. *Neuroscience*, 36:252-259.

Nabors, A.N. & Lehmkuhl, H.D. 2005. Young adults' perceptions of children with cerebral palsy. *Journal of Rehabilitation Psychology*, 50:292-296.

Nader, K. 2008. How children and adolescents are affected by trauma. In K. Nader (red.), *Understanding and assessing trauma in children and adolescents – measures, methods and youth in context*. New York: Routledge. p. 3-30.

Nader, K. 2008. *Understanding and assessing trauma in children and adolescents – measures, methods and youth in context*. New York: Routledge.

Nelson, K.B. & Grether, J.K. 1999. Causes of cerebral palsy. *Journal of Pediatrics*, 11:487-91.

Neuman, W.L. 2000. *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches*. 4^e uitgawe. Boston: Allen & Bacon.

Neuman, W.L. 2003. *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches*. 5^e uitgawe. Boston: Allen & Bacon.

O'Connor, K.J. & Schaefer, C.E. 1994. *Handbook of play therapy: Advances and innovations*. Volume two. Canada: Wiley & Sons Inc.

O'Shea, T.M., Preisser, J.S., Klinepeter, K.L. & Dillard R.G. 1998. Trends in mortality and cerebral palsy in a geographically based cohort of very low birth weight neonates born between 1982 and 1994. *Journal of Pediatrics*, 101:642-647.

Oaklander, V. 1988. *Windows to our children*. New York: The Gestalt Journal Press.

Oaklander, V. 1997. The therapeutic process with children and adolescents. *Gestalt Review*, 1(4):292-317.

Oberlander, T.F., O'Donnell, M.E. & Montgomery C.J. 1999. Pain in children with significant neurological impairment. *Journal of Developmental Behaviour, Pediatrics*, 20:235-243.

Okun, B.F. 2002. *Effective helping: Interviewing and counselling techniques*. Northeastern University: Brooks/Cole.

Parlett, M. & Lee, R.G. 2005. Contemporary Gestalt therapy: Field theory. In A.L. Woldt & S.M. Toman (reds.), *Gestalt therapy: History, theory and practice*. Thousand Oaks: Sage Publications. p. 41-63.

Patton, M.Q. 2002. *Qualitative research and evaluation methods*. 3^e uitgawe. Thousand Oaks: Sage Publications.

Pennington, L., Goldbart, J. & Marshaal, J. 2004. Interaction training for conversational partners of children with cerebral palsy: A systematic review. *Journal of Language & Communication Disorders*, 39(2):151-170.

Perquin, C.W., Hazebroek-Kampschreur, A.A. & Hunfeld, J.A. 2000. Pain in children and adolescents: A common experience. *Journal on Pain*, 87:51-58.

Prochaska, J.O. & Norcross, C. 1999. *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Pacific Grove: Brooks/Cole.

Reynolds, C. 2005. Gestalt therapy with children. In A.L. Woldt & S.M. Toman (reds.), *Gestalt therapy: History, theory and practice*. Kalifornië: Sage Publications. p. 153-178.

Reynolds, C. & Mortola, P. 2005. Gestalt therapy with children. In A.L. Woldt & S.M. Toman (reds.), *Gestalt therapy: History, theory and practice*. Thousand Oaks: Sage Publications. p. 153-178.

Rojas, V.M. & Pappagallo, M. 2004. Risk factors for PTSD in children and adolescents. In R.R. Silva (red.), *Posttraumatic stress disorders in children and adolescents (Handbook)*. New York: Norton. p. 38-59.

Rubin, A. & Babbie, E. 2001. *Research methods for social work*. 4^e uitgawe. Belmont, CA: Wadsworth.

Schoeman, J.P. 2004. *Advanced course in play therapy*. Sentrum vir Speltherapie en Opleiding: Schoeman.

Scrutton, D., Damiano, D. & Mayston, M. 2004. *Management of the motor disorders of children with cerebral palsy*. 2^e uitgawe. Londen: Cambridge University Press.

Silva, R.R. 2004. *Post-traumatic stress disorders in children and adolescents (Handbook)*. New York: Norton. p. 38-59.

Silwerman, D. 2000. *Doing qualitative research: A practical handbook*. Londen: Sage Publications.

Spagnuolo Lobb, M. & Lichtenberg, P. 2005. Classical Gestalt therapy theory. In A.L. Woldt & S.M. Toman (reds.), *Gestalt therapy: History, theory and practice*. Thousand Oaks: Sage Publications. p. 21-39.

Spinelli, E. 2005. *The interpreted world: An introduction to phenomenological psychology*. 2^e uitgawe. Londen: Sage Publications. [Aanlyn]. Beskikbaar: http://en.wikipedia.org/wiki/Gestalt_therapy. [2009, April 9].

Stake, R.E. 2005. Qualitative case studies. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (reds.), *The Sage handbook of qualitative research*. 3^e uitgawe. California: Sage. p. 443-466.

Strauss, D. & Shavelle, R. 1998. Life expectancy of adults with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 40:369-375.

Strydom, H. 2005. Sampling and sampling methods. In A.S. De Vos, H. Strydom, C.B. Fouchè & C.S.L. Delpont (reds.), 2006. *Research at grass roots for the social sciences and human service professions*. 3^e uitgawe. Pretoria: Van Schaik. p.192-204.

Taylor, S.E., Peplau, L.E. & Sears, D.O. 2000. *Social psychology*. 10^e uitgawe. New Jersey: Prentice-Hall.

Tervo, R.C., Symons, F., Stout, J. & Novacheck, T. 2006. Parental report of pain and associated limitations in ambulatory children with cerebral palsy. *Archive of Physical Medical Rehabilitation*, 87:928-934.

Thompson, C.L. & Rudolph, L.B. 1996. *Counselling children*. Kalifornië: Brooks/Cole.

Varni, J.W., Burwinkle, T.M. & Seid, M. 2006. The PedsQL™ 4.0 as a school population health measure: Feasibility, reliability and validity. *Quality of Life Research*, 15:203-215.

Villemure, C. & Bushnell, C.M. 2002. Cognitive modulation of pain: How do attention and emotion influence pain processing? *Archive on Pain*, 95:195-199.

Warschusky, S., Argento, A.G., Hurvitz, E. & Berg, M. 2003. Neuropsychological status and social problem solving in children with congenital or acquired brain dysfunction. *Journal of Rehabilitation Psychology*, 48(4):250-254.

Welman, C., Kruger, F. & Mitchell, B. 2005. *Research methodology*. 3^e uitgawe. Suid-Afrika: Oxford University Press.

Wheeler, G. 1995. Shame in two paradigms of therapy. *British Gestalt Journal*, 4(2):76-85.

Wiens, B.A. & Gilbert, B.O. 2000. A re-examination of a childhood cancer stereotype. *Journal of Pediatric Psychology*, 25:151-159.

Woldt, A.L. & Toman, S.M. 2005. *Gestalt therapy: History, theory and practice*. Kalifornië: Sage Publications.

Worden, J.W. 1996. *Children and grief: When a parent dies*. New York: Guildford.

Yontef, G.M. 1993. *Awareness, dialogue and process. Essays on Gestalt therapy*. Highland, NY: Gestalt Journal Press.

Yontef, G. & Jacobs, L. 2005. Gestalt therapy. In R.J. Corsini & D. Wedding (reds.), *Current Psychotherapies*. 7^e uitgawe. Canada: Brooks/Cole. p. 299-336.

Yontef, G.M. & Fuhr, R. 2005. Gestalt therapy theory of change. In A.L. Woldt & S.M. Toman (reds.), *Gestalt therapy: History, theory and practice*. Thousand Oaks: Sage Publications. p. 81-100.

Yude, C. & Goodman, R. 1999. Peer problems of 9- to 11-year old children with hemiplegia in mainstream schools. Can these be predicted? *Developmental Medicine and Child Neurology*, 41:4-8.

BYLAAG 1: TOESTEMMINGSBRIEF AAN SKOOLHOOF EN OUERS

Geagte Ouer/Voog

U kind is gekies om deel te neem aan 'n ondersoek aangaande die toepassing van die Schoemanmodel in terapie met serebraal gestremde kinders. Ek (W.D. van der Spuy) is reeds agt jaar betrokke by hierdie kinders as inwonende toesighouer by die skool se koshuis. Die ondersoek maak deel uit van navorsing vir my meestersgraad in speltherapie.

Speltherapie kan beskryf word as 'n terapeutiese tegniek waardeur die terapeut die kind die geleentheid gee om sy gevoelens verbaal sowel as nie-verbaal uit te druk. Meer algemeen kan dit beskryf word as die gebruik van spel (speel) om die kind op 'n emosionele vlak te bereik. Die slegte ervarings en emosies word dan verwerk en die kind besef dat hy waardig is en dat sy identiteit nie in slegte ervarings gewortel is nie. Die kind leer ook om verantwoordelikheid vir sy daad te aanvaar en dat elke optrede van hom (hetsy positief of negatief) 'n gevolg het.

Die terapeut het 'n groot verskeidenheid mediums en tegnieke wat in terapie gebruik kan word, tot sy beskikking. Hierdie tegnieke sluit byvoorbeeld die volgende in: poppespel, rolspel, dans, die vertel van stories, teken, verf en sandspel. Verskeie mediums, byvoorbeeld klei en sand, word ook gebruik. Hierdie mediums en tegnieke verhoog die kind se sensoriese ervaring sodat hy sintuiglik meer bewus word. Sodra die kind bewus word van wat hy ervaar, kom hy in kontak met sy emosies. Sy gevoelens van hartseer, frustrasie, woede, ensovoorts word dan met behulp van bogenoemde tegnieke verwerk.

Die keuse van mediums en tegnieke hang van die kind af – hierdie eenvoudige keuse bemagtig die kind uit die staanspoor. My rol as terapeut is om 'n veilige omgewing te skep waarbinne die terapeutiese proses kan plaasvind en om hierdie proses te laat vlot. Die kind moet dus besef dat hy onvoorwaardelik aanvaar word en nie veroordeel sal word nie.

Deur te speel, leer die kind meer oor homself en sy omgewing. Spel is dus belangrik vir gesonde ontwikkeling en 'n aangename leerproses. Deelname aan die ondersoek sal die kind dus help met onder andere:

- ❖ verstandelike ontwikkeling,
- ❖ fisiese ontwikkeling,
- ❖ sosiale ontwikkeling,
- ❖ die verwerking van trauma,
- ❖ gesonde funksionering en
- ❖ probleemhantering.

In 'n veilige opset sal kinders die moed hê om nuwe wyses van probleemhantering op die proef te stel.

Uit bogenoemde is dit duidelik dat u kind baie hierby sal baat. Dit is ook my plig as navorser om u kind se beste belange op die hart te dra. Vertroulikheid is baie belangrik en u kan verseker wees dat alle inligting streng vertroulik gehou sal word. Na afloop van die studie sal alle video-opnames vernietig word. Dit is vir my belangrik om u in hierdie verband gerus te stel. Ek word eties daartoe verbind om enige potensiële probleme wat u kind negatief kan beïnvloed, aan u te rapporteer. Ek sien van harte uit daarna om deel te wees van u kind se groei- en ontwikkelingsproses!

Die Sielkundedepartement by Hoërskool Martie du Plessis is ten volle bewus van die studie. Met u toestemming wil ek so gou moontlik met die studie begin. U is baie welkom om my by 072 110 7291 te kontak indien u enige navrae het.

By voorbaat dankie

W.D. van der Spuy

B.Soc.Sc. (Sielk. Hons.)

Mnr. Viljoen (Skoolhoof): _____

Hiermee gee ek, _____, toestemming dat my kind,
_____, mag deelneem aan die navorsing soos uiteengesit in
hierdie brief.

Handtekening van ouer/voog: _____

Datum: _____

BYLAAG 2: TOESTEMMINGSBRIEF AAN SKOOLTERAPEUT

Aan wie dit mag aangaan

Hiermee verklaar ek, _____, dat ek ten volle bewus is van die navorsing wat deur W.D. van der Spuy by Hoërskool Martie du Plessis uitgevoer word. My rol in hierdie verband is die verskaffing van inligting ten opsigte van die neurologiese en emosionele aspekte van die serebraal gestremde kind. Hierdie inligting is deur middel van 'n semi-gestruktureerde onderhoud aan hom gekommunikeer. Gesprekke met betrekking tot terapie is ook gevoer. Tydens hierdie gesprekke is inligting en raad aan W.D. gegee en kon ek my ondervinding in hierdie veld met hom deel.

Handtekening:

Datum:

BYLAAG 3: TOESTEMMINGSBRIEF AAN SKOOLTERAPEUT

Aan wie dit mag aangaan

Hiermee verklaar ek, _____, dat ek ten volle bewus is van die navorsing wat deur W.D. van der Spuy by Hoërskool Martie du Plessis uitgevoer word. My rol in hierdie verband is die identifisering van gepaste respondente vir sy studie. Ek het ook inligting ten opsigte van die fisiese en fisioterapeutiese aspekte van die serebraal gestremde kind en die behandeling van hierdie kinders aan hom verskaf. Laasgenoemde is deur middel van 'n semi-gestruktureerde onderhoud aan hom gekommunikeer. Onderwerpe wat bespreek is, sluit die die epidemiologie en die postuur van serebraal gestremde kinders in.

Handtekening:

Datum:

BYLAAG 4: GETRANSKRIBEERDE DATA EN SKETSE

Eerste sessie 1

R toon tydens die eerste sessie baie energiek te wees. Alhoewel hy baie bedagsaam en hulpvaardig is, vermy hy oogkontak en reageer hy slegs op vrae en inisïeer hy nie kontak nie. ^{Deel van onbepaalde} verhoudingbou- gesprek (hy vra uit oor videokamera- wys hom hoe dit werk). Lyk bietjie skaam. Verduidelik aan hom dat dit gebruik gaan word om ander serebraal gestremde kinders te help. Nie almal gaan dit sien nie, net ek en die oom wat my gaan help. Gesels nog. Sensoriese bewusmaking- tong maak deel uit van die smaaksintuig en die tong speel ook 'n rol in die verbalisering van emosies. Word aangewend as 'n sintuig wat die "tonge los kry". Besluit om die smaaksintuig in te span vir sensoriese bewusmaking. Twee vrugte naamlik 'n piesang en 'n koejawel is aan R voorgehou. Keuse laat hom voel hy het 'n sê. Deur aan hom 'n keuse te stel word hy bemaatig, hy neem aktief deel. Proses: nie huiwerig in sy keuse aangaande watter vrug om te kies nie.

(direkte?) nie huiwerig - pas?

R kies die piesang. Daar word aan hom gevra om te probeer verduidelik wat hy proe en te beskryf of dit lekker of nie so lekker is nie. Hy beskryf die piesang as sag en soet. Beskryf dit as 'n lekker ervaring en bevestig dat hy tevrede is met die keuse wat hy uitgeoefen het. Die ervaring word die projeksie deurdat daar aan R verduidelik word dat die lewe ook soms "lekker dinge" inhou, maar dan word hy bewus gemaak van die polariteit hiervan, naamlik dat daar ook sekere dinge is waarvan ons nie hou nie. R word gevra om sekere onvoltooide sinne verbaal te voltooi. Ten einde vas te stel waarvan hy hou en waarvan hy nie hou nie. Van belang is R se antwoord op die onvoltooide sin: "Ek hou nie van ..." Waarop hy geantwoord het: ... "my broer nie" in kontras met sy voltooiing van: "Ek hou van ...", waarop hy "Playstation speel" antwoord. Klarifikasie- vasgestel hoe R presies oor sy boetie voel en daar is aan hom verduidelik dat dit normaal is dat mense nie van sekere mense hou nie, maak nie saak wat die rede is nie. R is duidelik verbaas deur hierdie opmerking. R lyk nie baie/ingenome met sy broer nie en tydens evaluering het hy gemerk dat hy nie geweet het dat hy nie van sekere mense mag hou nie. Gedurende alternatiewe is daar dus gefokus op gedrag en die gevolge wat ons optredes ten opsigte van ander kan hê. Grense- niemand mag 'n

Diech - proses

Broer?

ander opsetlik seermaak of skade aandoen nie en navorsers sal nie oor die sessies praat nie, maar hy mag. Met die oog op selfvertroeteling wou R net die speelkamer verken.

Tweede sessie

Aanvang van die tweede sessie- gesels nog eers vir verhoudingbou (R wil gesels), Twee vrae is aan R gestel naamlik: "wat maak jou hartseer?" en "wat maak jou opgewonde?". Vertel van 'n vriend wat deur 'n seun van 'n ander graad gedurende pouse gewurg is. R lyk onsteld terwyl hy vertel dat hy niks kon doen om sy vriend te help nie. Klarifiseer en te gesels kom hy tot groter insig aangaande sy gevoelens ten opsigte van die voorval- sê video kamera sou help dan kon hy dit opneem sodat seun gestraf kon word. Vir hom BAIE sleg dat hy nie kon help- sê hy was bietjie bang. Herhinner hom dat die kamera ander gaan help. noem hy dat hy ook bang is vir 'n dokter wat hy moet sien in die week. Sensoriese modaliteite ingespan, hy moet sy oë t toe maak en aan drie verskillende reuke moet ruik (deep heat, sjampoe, reukweermiddel). Verduidelik aan hom dat nie alles wat onbekend is noodwendig sleg is nie, net soos die reuke wat hy moes ruik. Gebruik polariteite om alternatiewe denke aangaande die onbekende aan te leer. R is 'n keuse gegee om 'n veilige plek te teken, te bou of in die sandbak voor te stel.

Kies die sandbak en bou 'n kasteel, hy bou baie direk en let op detail, wat 'n goeie aanduiding van sy proses is. Na klarifisering en bespreking van sy skepping, die kasteel is goed beskryf, word aan R gevra of hy 'n plekkie het waar hy veilig en beskermd voel. Hy noem dat hy sy pa se huis so ervaar, dië huis is bespreek en hy neem ten volle eienaarskap van die projeksie. Evaluering- Rnoem dat hy nie meer so bang voel oor die dokter afspraak nie. Selfvertroeteling- borrels blaas.

Derde sessie

Begin met sensoriese modaliteite, deurdat R eers aan 'n ysblokkie en daarna aan 'n bottel met warm water voel. Hy verduidelik dat die warm bottel hom aan 'n bad laat dink en die koue ysie laat hom aan 'n swembad dink. Hy kies die gevoel van die koue ysie,

← vert hy geriet dit om te swem, vir verhoeding - speel doelskoppe.
R skop balle om in doel oor te teker ~~tegenwoordig~~

teken, terwyl die terapeut, die doele moet keer. R trek sy eie skoene uit en word geprys vir sy uithouvermoë in die uitvoer van hierdie taak. (uittrek en aantrek van skoene vat inspanning). Dit vind aanklank by hom en die bemagtiging wat hy ervaar is duidelik sigbaar, hy is opgewonde oor die aktiwiteit.

→ *kompetitiewe (Proses) Was baie kompetensie met doelskoppe-gerid as hy was*
Geniet die "doelskoppe" BAIE. Hieruit (verhoudingsbou) vloei verskeie gesprekke. Daar word op die balle gefokus en hul vorm, tekstuur en kleure word beskryf, alles wat deel uitmaak van sensoriese modaliteite wat 'n groter bewuswording by R teweegbring. Die balle word beskryf as sag, rond en glad en daar word aan R gevra of die balle besluit waarheen hul gaan of word dit vir hul besluit? Hierop antwoord hy: "die balle gaan waar ek skop". Die balle is projeksie en R moet dink of hy al soos die balle moes doen en gaan waar ander wil hê, al was dit teen sy wil. Hy vertel dat hy nie daarvan hou om te sukkel om saam met sy broer te speel nie en dat hy soms nie saam met sy broer en sy maats kan speel nie, al wil hy. Tydens klarrifisering word aan hom gevra hoe hy hieroor voel en word hy bewus van gevoelens soos nie goed genoeg nie en hartseer. Hy sê "as ek dink aan al die kere wat ek nie saam kon speel nie, voel ek hartseer". Behoeftes aan *Trouma?* selfvertroeteling- R noem dat hy beter sal voel as hy die sokkerballe so hard as moontlik teen die muur kan gooi. Hy gooi tot hy *moegheid?* *moegheid* is - "ek wil bietjie rus." *Classiek + Potensiaal* Selfvertroeteling help met die verwerking van slegte gevoelens. Alternatiewe op hierdie situasie is moeilik gevind. Daar word saam besluit dat R vir sy broer moet sê hoe hy daarvoor voel as hy nie saam met hom en sy maats kan speel nie. Die voorstel word ook gemaak dat hy in die vervolg speletjies aan sy broer voorhou waaraan hy ook kan deelneem. R word geprys vir sy manne moed om hierdie probleem te konfronteer en op te los- bemagtig. Tydens evaluering noem R dat hy bly is dat hy 'n nuwe speletjie geleer het (praat oor doelskoppe) en dat hy lus is om krieket te speel met die volgende sessie.

Vierde sessie

Verhoudingsbou- krieket met 'n kolf en 'n sponsbal gespeel word. Word weer moeg na kort rukkie se spel- "ek voel *moegheid - betrou - goeie verhoud.* *moegerig* na die krieket." Gedurende die spel, wat binnenshuis gespeel word, vertel R van sy ouers se egskeiding. Deur te klarrifiseer

vertel hy van die sleg daarvan en dat hy nie wil kies tussen sy ma of pa nie. Hy word gerus gestel, deurdat hy bewus gemaak word van die feit dat hy nie tussen sy ouers hoef te kies nie. Hy word gevra waar die idee van 'n keuse tussen sy ouers vandaan kom en hy verduidelik dat hy voel hy liever vir sy mamma moet wees, aangesien hy by haar bly. Verduidelik dat sy mamma en pappa albei ewe lief is vir hom en dat hy dus ewe lief vir hul beide kan wees en nie hoef te kies nie en dat niemand van hom kan verwag om te kies nie. R word verseker van die feit dat hy dit waardig is om liefde te ontvang. Word aan R bevestig deur aan R op opregte wyse te kommunikeer "dis vir my regtig lekker as ons tyd saam spandeer, ek kan net myself wees en ek geniet dit". (R lyk gelukkig, glimlag). Na die bespreking dui R aan dat hy ^{moegheid?} steeds moeg voel. Asemhalings oefeninge word met R gedoen. Dit dien as sensoriese bewusmaking-, R word bewus van sy hartklop, spiere wat saamtrek as hy diep asem haal en ontspan as hy uitasem. Help R om rustig te word na die krieket. Tydens evaluering word alternatiewe ten opsigte van sy skuldgevoel teenoor sy ouers bespreek. R word gevra om 'n tekening van hom en sy ouers te maak. R lyk **senuweeagtig**, vra hom daarvoor- "ek hoop ek kan dit teken, ek raak sommer op my senuwees as ek party dinge moet doen en ek dink ek gaan sukkel." ^{IEvalueer} Herinner hom dat dit nie gaan or hoe hy teken nie, maaroor sy samewerking, dit gaan ons help. Hy noem- "ek is bly ek hoef nie hier altyd als reg te doen nie" ^{Presies - duidelike / gedetermineerde} **Weet wat hy wil teken en in detail**. Bespreek presies wat uitgebeeld word op die prent. Dan word elkeen op die prent se goeie en slegte eienskappe opgenoem. Die slegte eienskappe word in detail bespreek en R word bewus dat sy ouers niks sal doen wat hom opsetlik seer sal maak nie. Hy noem dat in plaas van skuldig te voel teenoor een van sy ouers hy vir hulle kan sê hoe lief hy vir hul is. Tydens die sessie word hy nou duidelik bewus van hoe hy oor hul voel. ^{Tyd?} **Nie tyd vir selfvertroeteling nie**. R noem dat hy iets lekker by die huis sal doen. Geen projeksie- problematiese gevoelens direk geverbaliseer.

Vyfde Sessie

^{moegheid → sub-hat?} ^{* lyk terug / teen presies} **R lyk moeg**- vra hom daarvoor, noem dat hy moeg is. **Musiek**- sensoriese modaliteite aan te spreek. R moet met toe oë al die geluide noem wat hy kan hoor. Hy vertel van watter tipe musiek hy hou en dat hy met rustige musiek aan die slaap raak. Hy vra ook

Ities?

PAS NIE SOOS GEWONLIK

van watter musiek die ek hou, R word bemagtig deur keuse om te sê waarmee hy wil speel. Kies 'n speelswaard en 'n speelswaard word ook aan my oorhandig. R is aggressief teenoor my - passiewe agressie teenoor my? Hy word herhinner aan die grense wat in die eerste sessie gestel is en dat niemand 'n ander opsetlik seermaak nie. Tydens klarrifisering noem R dat hy nie kwaad is vir my nie, maar dat hy net wens dat sy eie pa met hom sal speel. Hy vertel verder dat sy pa en broer dikwels saam gholf speel - "ek wens baie keer ek kon my arm soos ander kinders gebruik om ook soos hulle dinge te kan doen." Hy toon aan dat hy jaloers is op sy broer en ander kinders. R word verseker dat dit normaal is om jaloers te wees. Sy aandag word op die swaard gefokus. Verduidelik dat woorde en wat ons vir ander sê net soos 'n swaard, ander kan seermaak. Swaard word projeksie. Dan word aan R gevra om te dink aan kere wat hy dinge gesê het wat ander seer gemaak het. Hy antwoord "ja" en vertel dat hy nie goed gevoel het hieroor nie. R lyk ongelukkig en hy word 'n geleentheid gegee vir selfvertroeteling. Hy luister weer na die liedjie, wat met die aanvang van die sessie gebruik is. Geëvalueer- aandag word gevestig op wat in die vorige sessie geleer is, naamlik dat hy sy gevoelens aan sy ouers, in hierdie geval sy pa, moet kommunikeer. Hy dui aan dat dit 'n oplossing kan wees. Die leë stoel tegniek word hier ingespan om R te help oefen hoe hy sy pa gaan benader en wat hy vir hom gaan sê. R geniet dit en kry goed. Rollespel word ook vir die bereiking van alternatiewe ingespan, deurdat ek die rol van die pa inneem en terugvoer aan R gee.

Sesde sessie

Verhoudingsaspek- 'n ballon opgeblaas en geknoop en dan word dit met ligte rakette heen en weer in die lug geslaan, sonder dat dit die grond mag raak. Hoeveelheid kere wat die ballon heen en weer geslaan word, word getel en moet elke keer verbeter word. Help baie met verhoudingbou- samehorigheidsgevoel word geskep, deurdat ons na 'n gesamentlike doel streef. Die aktiviteit put R uit en gereelde responses moet geneem word. (hy geniet hy dit baie). Hy vertel dat hy en sy pappa saam motorfiets gery het, nie-verbale gedrag dui aan dat dit sy week gemaak het. Sensoriese aspek- word op die visuele sintuig gefokus. Met Spieël-spieël kyk die R vir homself 'n ruk lank in 'n spieël en moet dan met toe oë beskryf wat hy gesien het. Hy beskryf himself. Hy dui aan dat

Verlies?
Verlies in gebruik van? Verlies van pa se geselkap?

jaloersie?
sew word herhaal.

→ Bemagtig

hy 'n toneel in die sandbak wil bou. Hy pak 'n groep mannetjies wat regoor 'n ander groep mannetjies in die sandbak staan. Ek word genooi om saam te speel en die een groep mannetjies te hanteer. Sy groep mannetjies val heeltyd my groep aan, toneel word herhaaldelik uitgespeel. Op 'n vraag of hy dalk soms soos die mannetjies voel wat heeltyd aangeval word, antwoord hy "ja, as my broer my terg". Eienaarskap van die projeksie. Deur klarrifisering word bevestig dat hy seergemaak voel hierdeur. Hy word gevra om dit wat sy broer doen op 'n blaai te teken. Beheer van die situasie deur prent met sy hemipleeghandjie, in vlarde te slaan. Alternatiewe word aangespreek, deurdat hy in polariteite als opnoem, waarin hy goed is. Dit word deur die navorser opgeteken en aan hom oorhandig om voor op sy huiswerkboek te plak. Bemagtig. Evaluering- hy word bewus van die feit dat hy 'n keuse het om te fokus op dit waarin hy goed is en hom nie te steur aan negatiewe opmerkings deur enige iemand nie.

Sewende sessie

Sessie begin met sensoriese modaliteite- reuksintuig- hy moet sy oë toe maak en aan verskillende reuke ruik (Vicks, naeltjies, ruikweermiddel). Naeltjies laat hom aan sy gesin dink (kosreuk). Sensoriese modaliteite- groter bewuswording by die R teweegbring. R wil in sandbak 'n toneel uitspeel. Terwyl gespeel word noem hy "dis sleg as my broer goeters, goet kan doen en ek nie. Ek wil nie saam met hom en sy maatjies speel nie, ek kry te skaam as ek sukkel en dan terg hy my". R lyk ontsteld en noem dat hy balle teen die muur wil gooi. Gooi van balle maak hom seer- "ek wil die bal stukkend gooi, maar my arm is nou al lam". R is uitgeput. Aanknoopingspunt- alternatiewe is bespreek. Noem aan R dat teleurstellings onafwendbaar is, R word die kans gegun om alternatiewe gevoelens en gedrag op hierdie teleurstellings te eksplorieer. R besluit dat hy vir sy broer moet sê hoe hy daarvoor voel. Poppespel- interaksie word uitgespeel om R te bemagtig, verskillende situasies word uitgespeel. R lyk positief en noem- "ek wil nog 3 balle gooi". R voel nog kwaad- slegte gebeurtenisse word op ballon geskryf-R trap dit stukkend. R word herhinner dat volgende sessie die laaste is, hy sê dit gaan sleg wees as hy nie weer kom nie. Selvertroeteling- slaan ballon met raket.

oer laaste sessie (klarrifiseer). Evalueer- vestig R se oordag op glo wat hy beëindig het. Bemagtig hom - laat hom verstaan dat hy voortvooptelike is vir sy goeie verloop, ek was net teruggetel terwyl hy die slegte ding aangeval het. (sê dit vir hom). Wil ballon saam huis toe vat. Hy ballon vir hom.

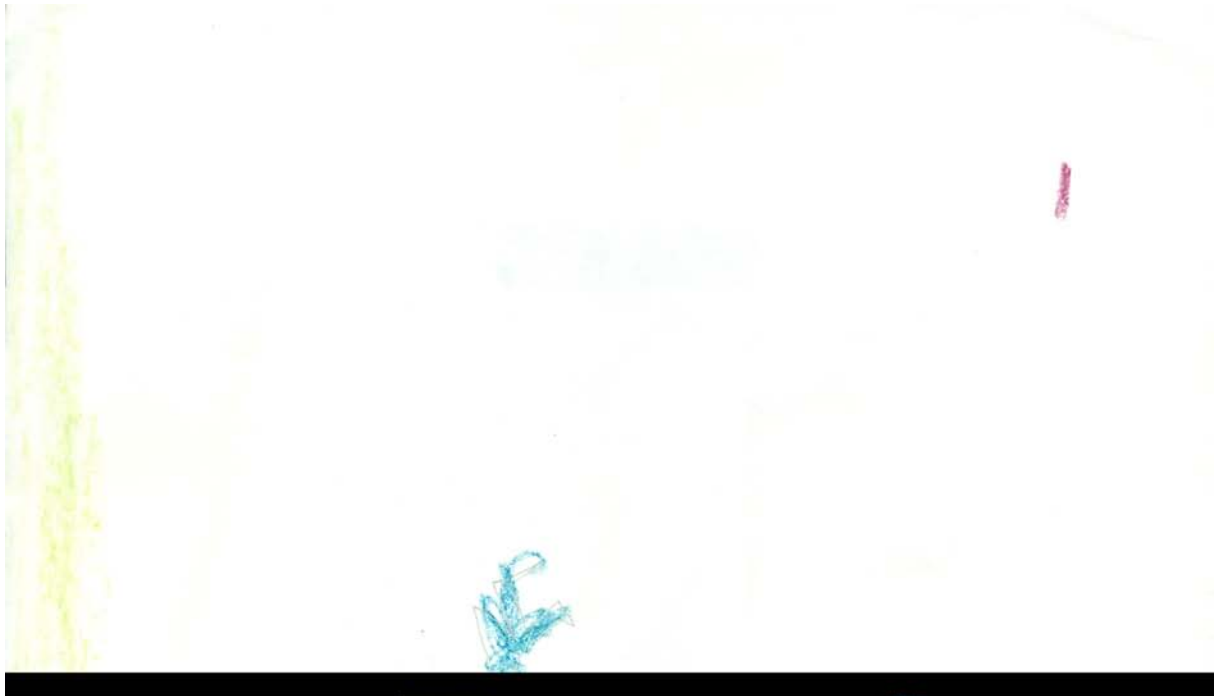
Inname-
Beëindiging
van fisiese
interaksie

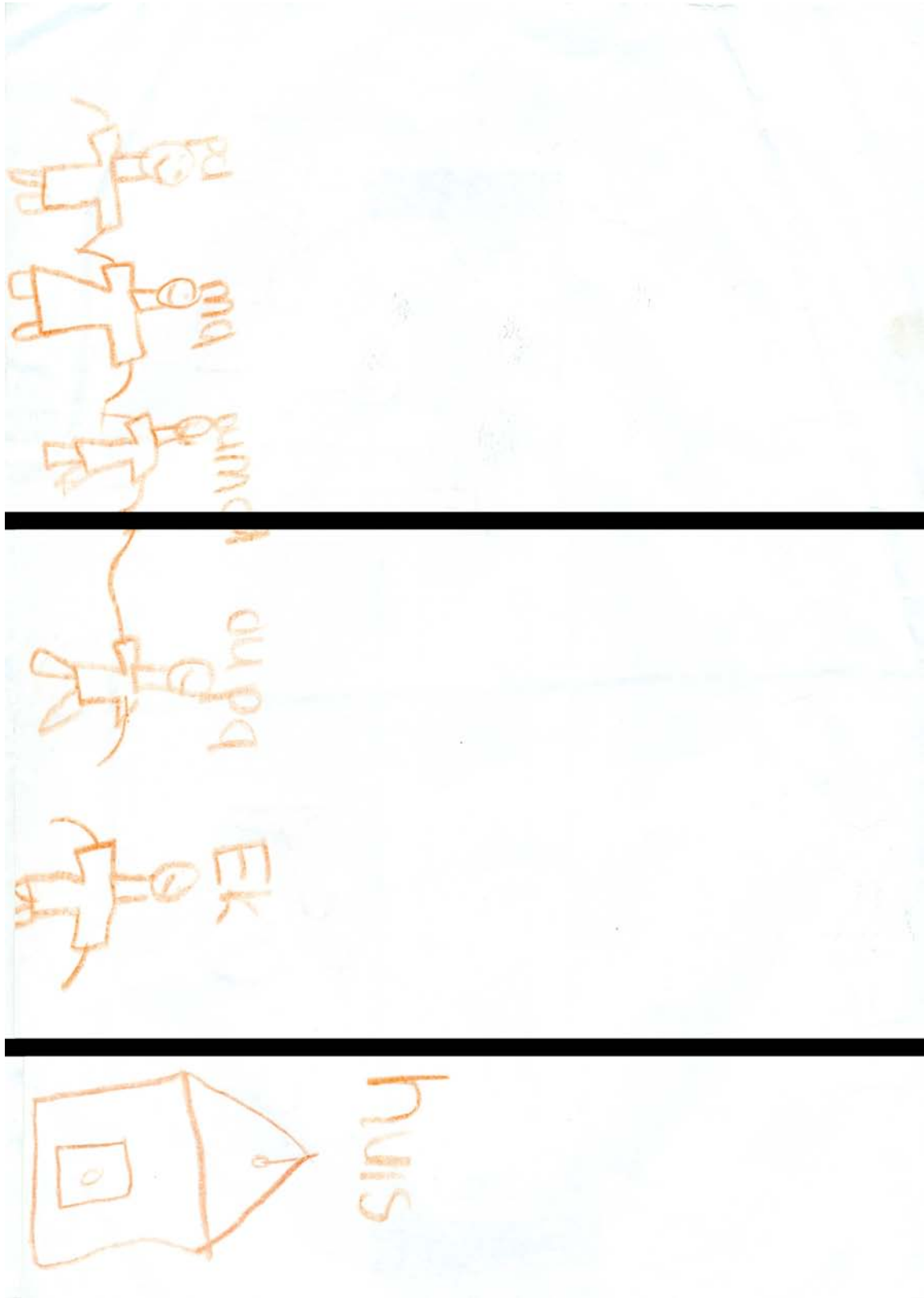
Laaste sessie

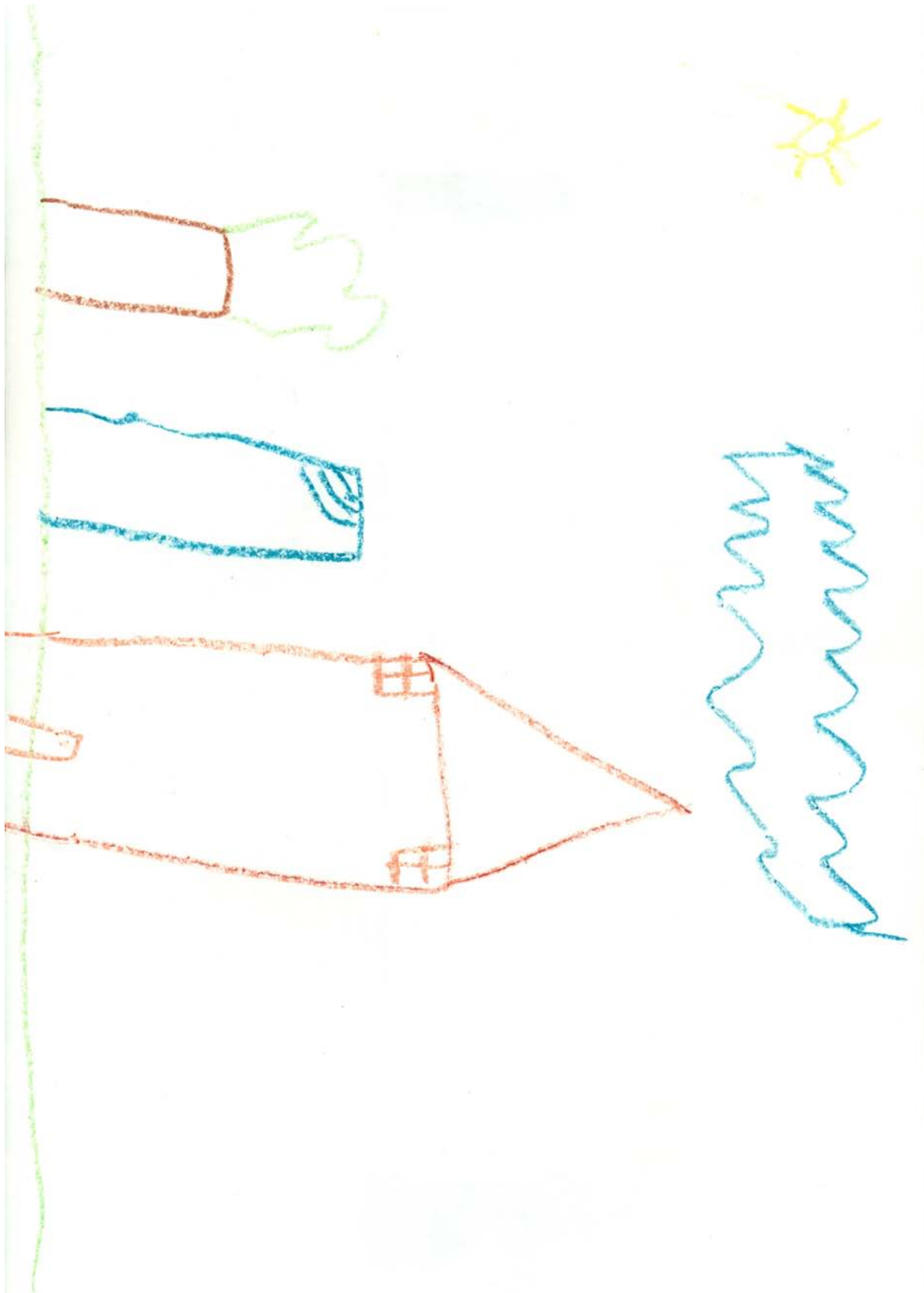
R wil gesels. Vertel van dat hy en sy broer saam krieket gespeel het- lyk baie gelukkig. Hy sien van die speelklei en wil daarmee speel. Hy word gevra om die klei se kleur en tekstuur en hoe dit voel te beskryf. Sensories. Hy noem dat die klei hard is en na n rukkie sê hy "dis lekker, maar my arm raak jam." Klei word vir hom sag gebrei, hy maak 'n figuur. Die eienskappe van die figuur word bespreek. R noem dat die figuur "bietjie hartseer" is. Deur te eksplloreer en te klarrifiseer noem hy dat dit vir hom sleg is dat dit die laaste keer is wat ons mekaar sien. Eienaarskap. Gesels oor hoe ons saam gedeel en gegroei het- evalueer- herhinner hom dat hy verantwoordelik is vir hoe hy ander behandel en teenoor hulle optree- dis sy keuse en dat hy nooit moet verantwoordelikheid vat vir ander se lelike optrede nie. Hy word bemagtig- sê vir hom hoe trots ek op hom is vir al sy vordering. Sê vir hom dat ek hom ook gaan mis en dat ek by hom ook baie dinge geleer het- om te probeer tot ek iets regkry, blydskap en om my beste te gee. R (glimlag) geniet dit om te hoor dat ek by hom iets geleer het. Bemagtig. Evalueer- gesels weer oor sy goeie eienskappe en verduidelik aan hom dat dit ons hart is wat ons mooi maak. Hy wil die ballon met rakket vir my slaan- selfvertroeteling.

emoisionele asp?
kwaelers: Skacnte?
Magtelicos: Vrees, Trouma
 [Portuwsprobleme?] Verlies
Jaloesie, Stres
TEMA / KATEGORIE
 ↳ emoisionele aspekte:
Skacnte, Trouma, Magtel-
cosheid? Vrees, Verlies
Jaloesie, Stres

Fisies: Moegheid → Uitputting?
 - 3de respie / 4de
 5de, 6de + 7de
gocie behouding
 ↳ (Inoag) → Meer tyd?
Ryn - Aktiwiteite?
KATEGORIE / TEMA?
 ↳ emoisionele aspekte?
 ↳ Moegheid, Ryn (see) (lom)?
 ↳ Uitputting?









BYLAAG 5: BOYD SE DISC TEMPERAMENT-ANALISE

Directive / determined	Interactive / influencing	Supportive / soft-hearted	Corrective / Conscientious
Fast-paced and task-oriented	Fast-paced, but people-oriented	Slow-paced and people-oriented	Slow-paced and task-oriented
High self-confidence	Oriented towards others	Steadfast	Maintains high standards
Courageous	Emotional	Team-player	Attentive to key details
Result-oriented	Talkative	Prefers familiarity	Self-disciplined
Demanding	Fun-loving	Helpful	Cautious
Competitive	Optimistic	Committed	Analytical
Change-agent	Spontaneous	Pragmatic	Highly intuitive
Direct	Seeks social acceptance	Humble	Perfectionistic