

6144 17273

**U.O.V.S. BIBLIOTEK**

ERDIE EKSEMPLAAR MAG ONDER  
EEN OMSTANDIGHEDE UIT DIE  
BIBLIOTEK VERWYDER WORD NIE

University Free State



3430001323132

Universiteit Vrystaat

# **'N EVALUASIE VAN FILIALTERAPIE**

deur

**MAGDALEEN PETRONELLA CARSTENS**

Proefskrif voorgelê ter gedeeltelike vervulling van die vereistes vir die  
graad

**PHILOSOPHIAE DOCTOR**

(Kindersielkunde en aanverwante terreine)

in die

**FAKULTEIT GEESTESWETENSKAPPE**

**Departement Sielkunde**

aan die

**UNIVERSITEIT VAN DIE VRYSTAAT**

Januarie 2003

Promotor: Prof. P.M. Heyns (D. Phil)

Universiteit van die  
Oranje-Vrystaat  
BLGEMFONTEIN  
18 AUG 2003  
UOVS SASOL BIBLIOTEEK

## OPGEDRA AAN

My eggenoot en ouers vir hulle volgehoue liefde, hulp, geduld, onderskraging, aanmoediging en entoesiastiese belangstelling.



## DANKBETUIGING

**Hiermee wil ek my opregte dank betuig aan:**

1. My promotor, prof. Pieter Malan Heyns vir voortreflike hulp en bekwame leiding.
2. Die ouergroepe wat aan die studie deelgeneem het.
3. My eggenoot, Chris Carstens sonder wie se liefdevolle ondersteuning, hulp en aanmoediging die studie nie moontlik sou gewees het nie.
4. My moeder, Alta Steyn vir volgehoue aanmoediging en belangstelling.
5. My vader, William Steyn vir voortreflike hulp, raad, motivering en afronding van die studie.
6. My skoonouers, Dolf en Rinie Carstens en wyle oumie Bessie vir motivering.
7. My vriende vir volgehoue ondersteuning.
8. Dr. Vallerie van der Wart vir taalversorging en redigering.
9. Mev. Nicolien Welthagen vir statistiese verwerking van die data.
10. Mev. Maggie Heyneke vir aanbieding van die DOL kursus.
11. God, die Vader aan Hom kom alle eer toe.

## **SAMEVATTING**

### **'N EVALUASIE VAN FILIALTERAPIE**

**deur**

**MAGDALEEN PETRONELLA CARSTENS**

**PROMOTOR: PROF. P.M. HEYNS**  
**DEPARTEMENT: SIELKUNDE**  
**GRAAD: PHILOSOPHIAE DOCTOR**  
**(KINDERSIELKUNDE EN AANVERWANTE TERREINE)**

Filialterapie is 'n koste-effektiewe en ekonomies-verdedigbare metode wat deeglik in verskeie lande nagevors en op verskillende nasionaliteite toegepas is. Verskeie veranderlikes is in die proses gemeet. Die effektiwiteit en doeltreffendheid van opleiding van ouers as terapeutiese agent in hulle kind se lewe is 'n belangrike navorsingsarea wat in Suid-Afrika verder nagevors moet word.

Die primêre doelwit van hierdie studie was om die doeltreffendheid van filialterapie te bepaal ten opsigte van:

- 'n meer bevredigende beleving van ouerskap;
- die vermindering van:
  - \* probleemsituasies wat met ouerskap verband hou, en
  - \* die hoeveelheid probleme wat kinders ervaar;
- die vermindering van ouerskapstres; en
- die bevordering van ouerlike aanvaarding van die kind.

Die sekondêre doelwit was om op grond van die resultate aanbevelings te maak oor die doeltreffendheid van filialterapie as ouer-kindbehandelingsmodaliteit, veral in die lig van die veranderinge wat dit moontlik in die ouer kan teweegbring.

Die tersiêre doelwit was die verskaffing van 'n volledige oorsig oor filialterapie. Die inligting wat met die studie ingewin word, kan onder andere vir die helpende professies, ouers, kinders en gesinne in die geheel van waarde wees.

'n Literatuuroorsig is verkry oor die aard, ontstaan, rasionaal, toepassing, behandelingsmodel, keuse van ouers en kinders, groepsformaat, fases, bestaande navorsing, asook die struktuur en inhoud van filialterapie. 'n Volledige stap-vir-stap handleiding in Afrikaans word verskaf vir gebruik deur die terapeut in die aanbieding van filialterapie.

Weens die gebruik van mediese en sielkundige terme, asook afkortings wat nie algemeen bekend is nie, word 'n aparte hoofstuk aan begripsbepalings gewy. Die doeltreffendheid van filialterapie word gemeet deur dit te vergelyk met die Doeltreffende Ouerleidingprogram (DOL), daarom word 'n aparte hoofstuk hieraan gewy. Die steekproef bestaan uit ouers met kinders in die middelkinderjare. Dié fase word daarom kortliks bespreek. Ten slotte word aandag geskenk aan die bespreking van resultate, gevolgtrekkings, leemtes van die ondersoek en aanbevelings vir verdere navorsing.

In die onderhawige studie is gebruik gemaak van 'n steekproef bestaande uit 29 ouers. Die navorsingsontwerp is 'n ewekansige eksperimentele en kontrolegroep-ontwerp, bestaande uit 'n voor- en natoets. Die een eksperimentele groep (N = 10) het filialterapie en die

ander groep die DOL (N = 9) deurloop. Die kontrolegroep (N = 10) het geen vorm van terapie of oerleiding ontvang nie.

Die volgende meetinstrumente wat deur ouers self voltooi is en fokus op die ouers se siening van ouerskap en hulle houding jeens die kind, is vir voor- en natoetsing gebruik:

- Adult-Adolescent Parenting Inventory (AAPI-2)
- Filial Problem Checklist (FPC)
- Parenting Stress Index (PSI)
- Porter Parental Acceptance Scale (PPAS)

Hipoteses is gestel en getoets om te bepaal of die ouer as terapeutiese agent aangewend kan word en of filialterapie doeltreffender is as 'n meer konvensionele oerleidingprogram (soos die DOL).

Die statistiese verwerking is gedoen deur van 'n nie-parametriese statistiese navorsingstegniek, naamlik die Wilcoxon rangtekentoets gebruik te maak.

Filialterapie kan in die Suid-Afrikaanse konteks met sukses as ouer-kindbehandelingsmodaliteit aangewend word. Dit blyk uit die resultate dat filialterapie doeltreffender is as 'n meer tradisionele oerleidingprogram. Slegs die filialterapie ouergroep het ervaar dat probleemsituasies wat met ouerskap verband hou beduidend verminder het, asook die hoeveelheid probleme wat die kind ervaar, het verminder. Die afleiding word dus gemaak dat 'n ouer suksesvol as terapeutiese agent aangewend kan word.

## **SYNOPSIS**

### **AN EVALUATION OF FILIAL THERAPY**

by

**MAGDALEEN PETRONELLA CARSTENS**

**PROMOTER:        PROF. P.M. HEYNS**  
**DEPARTMENT:    PSYCHOLOGY**  
**DEGREE:         PHILOSOPHIAE DOCTOR**  
**(CHILD PSYCHOLOGY AND RELATED AREAS)**

Filial therapy is a cost-effective and economically viable method that has been thoroughly researched in several countries, and applied to various nationalities. Several variables have been measured in the process. The effectiveness of the training of parents as therapeutic agents in the lives of their children is a research area that needs to be further developed in South Africa.

The primary goal of this study was to establish the effectiveness of filial therapy with regard to:

- a more satisfactory experience of parenthood;
- the reduction of:
  - \* problem situations related to parenthood, and
  - \* the number of problems that children experience;
- the reduction of parental stress; and
- the promotion of parental acceptance of the child.

The secondary goal was to make recommendations with regard to the effectiveness of filial therapy as a parent-child treatment modality, based on the results, particularly in view of the changes that this therapy may bring about in the parent.

The third goal was to provide a complete overview of filial therapy. The information that is gained from the study may, among other things, be of value to counselling professions, parents, children, and families on the whole.

A literature study was done to obtain information with regard to the nature, origin, rationale, application, treatment model, choice of parents and children, format of group, phases, existing research, as well as the structure and contents of filial therapy. A detailed step-by-step manual in Afrikaans is provided for use by the therapist during filial therapy.

As several of the medical and psychological terms and abbreviations that are used are not generally familiar, a separate chapter has been dedicated to the definition of these terms and abbreviations.

The effectiveness of filial therapy is measured by comparing it with the Parent Effectiveness Training (PET). For this reason, a separate chapter is dedicated to the discussion of this programme. The experimental sample consisted of parents with children in middle childhood. This phase is discussed briefly in Chapter 6. Finally, attention is given to the research results, conclusions, shortcomings of the research and recommendations with regard to further research.

In this research study a random sample consisting of 29 parents was used. The research design was a randomized experimental and control group design, consisting of a pre-test and a post-test. The experimental group (N = 10) underwent filial therapy, while the other group underwent the PET (N = 9). The control group (N = 10) did not undergo any kind of therapy or parental guidance.

The following measuring instruments were completed by the parents in the various groups. These instruments focus on the parents' view of parenthood and their attitude towards the child.

- Adult-Adolescent Parenting Inventory (AAPI-2)
- Filial Problem Checklist (FPC)
- Parenting Stress Index (PSI)
- Porter Parental Acceptance Scale (PPAS)

Hypotheses were posed and tested to determine whether parents can be used as therapeutic agents and whether filial therapy is more effective than a more conventional parental guidance programme (such as the PET).

The statistical processing was done by applying a non-parametric statistical research technique, namely the Wilcoxon Signed Ranks Test.

Within the South African context, filial therapy can be successfully applied as a parent-child treatment modality. Judging from the results, it would seem that filial therapy is more effective than a more traditional parental guidance programme. Only the filial therapy parent group experienced that problem situations related to parenthood were meaningfully reduced after therapy, as well as the number of problems experienced by the child were reduced. The conclusion is therefore drawn that parents may be successfully used as therapeutic agents.

## KEY TERMS OF DISSERTATION

Child Relationship Enhancement Family Therapy (CREFT)

Filial Family Play Therapy (FFPT)

Filial therapy

Measuring instruments:

- \* Adult-Adolescent Parenting Inventory (AAPI-2)

- \* Filial Problem Checklist (FPC)

- \* Parenting Stress Index (PSI)

- \* Porter Parental Acceptance Scale (PPAS)

Middle childhood

Non-directive play therapy

Parent Effectiveness Training (PET)



# INHOUDSOPGAWE

## HOOFSTUK EEN

INLEIDING	1
-----------	---

## HOOFSTUK TWEE

### BEGRIPSBEPALING

2.1 Begripsbepaling	5
---------------------	---

## HOOFSTUK DRIE

### ALGEMENE BESKRYWING VAN FILIALTERAPIE

3.1 Inleiding	12
3.2 Wat is filialterapie?	13
3.3 Die ontstaan van filialterapie	15
3.4 Die rasionaal van filialterapie	17
3.5 Aanwending van filialterapie	22
3.6 Filialterapie as behandelingsmodel	26
3.7 Keuse van ouers en kinders	28
3.8 Groepsformaat	29
3.9 Fases van filialterapie	30
3.9.1 Demonstrasie van die spesiale speelsessie	30
3.9.2 Opleiding	30
3.9.3 Supervisie van die spesiale speelsessie	31
3.9.4 Spesiale speelsessie tuis	31
3.9.5 Beëindiging van die spesiale speelsessies	32
3.10 Navorsingsresultate en toepaslike meetinstrumente	32
3.10.1 Veranderinge wat in ouers plaasgevind het	33
3.10.1.1 Empatiese gedrag teenoor kind betoon	34
3.10.1.2 Ouerlike aanvaarding	35
3.10.1.3 Ouerskapstres	36
3.10.1.4 Gesinsomgewing	37
3.10.1.5 Ouerlike selfagting	38

3.10.2	Verandering wat in kinders plaasgevind het	46
3.10.2.1	Aanpassing	46
3.10.2.2	Gedragsprobleme	47
3.10.2.3	Gesinsomgewing	48
3.10.2.4	Gedrag tydens die speelsessie	48
3.10.2.5	Selfkonsep	49
3.10.3	Navorsingsamevatting	56
3.11	Struktuur en inhoud van filialterapie	57
3.12	Samevatting	57

## HOOFSTUK VIER

### 'N UITEENSETTING VAN DIE 10-WEKE FILIALTERAPIEMODEL

4.1	Sessie 1	59
4.1.1	Bekendstelling	60
4.1.2	Filialterapie - 'n oorsig	60
4.1.2.1	Die ontwikkeling van filialterapie	61
4.1.2.2	Die waarde van speel	61
4.1.2.3	Die doel van filialterapie	62
4.1.3	Gesinsvoorstelling	64
4.1.4	Basiese agenda vir die 10 weke	65
4.1.5	Video-opname oor emosies	65
4.1.6	Reflektiewe luister	65
4.1.7	Praktiese reël vir die week	69
4.1.8	Tuisopdragte	69
4.1.9	Samevatting	70
4.2	Sessie 2	70
4.2.1	Bespreek tuisopdragte	71
4.2.2	Basiese beginsels vir die spesiale speelsessies	71
4.2.3	Die doel van die spesiale speelsessies	73
4.2.4	'n Belangrike punt om in ag te neem	73
4.2.5	Speelgoed wat vir die spesiale speelsessie nodig is	74
4.2.6	Die plek waar die spesiale speelsessies plaasvind	75
4.2.7	Proses tydens die spesiale speelsessies	75

4.2.8	Demonstrasie van 'n spesiale speelsessie	76
4.2.9	Praktiese reël vir die week	77
4.2.10	Tuisopdragte	77
4.2.11	Samevatting	77
4.3	Sessie 3	78
4.3.1	Bespreek tuisopdragte	78
4.3.2	Die agt basiese beginsels van nie-direktiewe kind- gesentreerde speltherapie	78
4.3.3	Basiese reëls wat tydens filialterapie geld	80
4.3.4	Sinsnedes wat tydens die spesiale speelsessie van waarde kan wees	81
4.3.5	Herkenning van speelemas	82
4.3.6	Gedrag tydens spesiale speelsessie wat ouers na elke speelsessie moet notuleer	85
4.3.7	Rollespel van die spesiale speelsessie	85
4.3.8	Praktiese reël vir die week	86
4.3.9	Tuisopdragte	86
4.3.10	Samevatting	86
4.4	Sessie 4	87
4.4.1	Bespreek tuisopdragte	87
4.4.2	Demonstrasie van 'n spesiale speelsessie deur 'n ouer	88
4.4.3	Die vyf c's van dissiplinerings	89
4.4.4	Die stel van beperkings	90
4.4.5	Die stel van keuses	92
4.4.6	Rollespel om nuwe wyses van dissiplinerings te oefen	93
4.4.7	Praktiese reël vir die week	93
4.4.8	Tuisopdragte	93
4.4.9	Samevatting	94
4.5	Sessie 5	94
4.5.1	Bespreek tuisopdragte	94
4.5.2	Demonstrasie van spesiale speelsessie deur 'n ouer	95

4.5.3	Die stel van beperkings werk nie	95
4.5.4	Praktiese reël vir die week	97
4.5.5	Tuisopdragte	97
4.5.6	Samevatting	97
4.6	Sessie 6	98
4.6.1	Bespreek tuisopdragte	98
4.6.2	Demonstrasie van 'n spesiale speelsessie deur 'n ouer	98
4.6.3	Algemene probleme wat ouers tydens die spesiale speelsessie kan ervaar	98
4.6.4	Praktiese reël vir die week	99
4.6.5	Tuisopdragte	99
4.6.6	Samevatting	100
4.7	Sessie 7	100
4.7.1	Bespreek tuisopdragte	100
4.7.2	Demonstrasie van spesiale speelsessie deur 'n ouer	100
4.7.3	Aanprysing en aanmoediging	101
4.7.4	Praktiese reël vir die week	103
4.7.5	Tuisopdragte	103
4.7.6	Samevatting	104
4.8	Sessie 8	104
4.8.1	Bespreek tuisopdragte	104
4.8.2	Demonstrasie van 'n spesiale speelsessie deur 'n ouer	105
4.8.3	Kommunikasievaardighede	105
4.8.4	Tien punte ten opsigte van 'n verhouding met 'n kind	107
4.8.5	Praktiese reël vir die week	108
4.8.6	Tuisopdragte	109
4.8.7	Samevatting	109
4.9	Sessie 9	109
4.9.1	Bespreek tuisopdragte	109
4.9.2	Demonstrasie van spesiale speelsessie deur 'n ouer	109

4.9.3	Aggressie	110
4.9.4	Praktiese reël vir die week	112
4.9.5	Tuisopdragte	112
4.9.6	Samevatting	113
4.10	Sessie 10	113
4.10.1	Bespreek tuisopdragte	113
4.10.2	Demonstrasie van 'n spesiale speelsessie deur 'n ouer	113
4.10.3	Belangrike feite om in gedagte te hou	114
4.10.4	Terugvoer oor filialterapie	115
4.10.5	Praktiese reël vir die week	115
4.10.6	Tuisopdragte	115
4.10.7	Samevatting	116
4.11	Opvolgsessie	116
4.12	Samevatting	116

## HOOFSTUK VYF

### 'N ALGEMENE BESKRYWING VAN DIE DOELTREFFENDE OUERLEIDINGPROGRAM (DOL)

5.1	Inleiding	118
5.2	Oorsig	118
5.2.1	Hoofkonstrukte van DOL	120
5.2.2	Evaluering van DOL	124
5.2.3	Vergelyking tussen DOL en filialterapie	125
5.3	Samevatting	128

## HOOFSTUK SES

### ONTWIKKELINGSASPEKTE VAN DIE MIDDELKINDERJARE

6.1	Inleiding	129
6.2	Die psigoanalitiese ontwikkelingsteorieë	131
6.2.1	Die psigoseksuele ontwikkelingssteorie van Freud	132
6.2.2	Die ontwikkelingsteorie van Erikson	133
6.2.3	Die ontwikkelingsteorie van Sullivan	136

6.3	Sosialiseringsagente	137
6.4	Ontwikkelingstake	139
6.5	Fasette van ontwikkeling	140
6.5.1	Liggaamlike ontwikkeling	140
6.5.1.1	Algemene liggaamlike ontwikkeling	141
6.5.1.2	Psigomotoriese vaardighede	142
6.5.2	Kognitiewe ontwikkeling	143
6.5.2.1	Piaget se teorie	144
6.5.2.2	Konseptontwikkeling	149
6.5.2.3	Die inligtingverwerkingsbenadering	150
6.5.2.4	Kinders se psige-teorie	154
6.5.2.5	Taalontwikkeling	154
6.5.3	Morele ontwikkeling	155
6.5.3.1	Piaget se teorie	156
6.5.3.2	Kohlberg se teorie	158
6.5.3.3	Ontwikkeling van godsdienstige denke	160
6.5.4	Emosionele ontwikkeling	161
6.5.5	Persoonlikheidsontwikkeling	163
6.5.6	Ontwikkeling van selfkonsep	164
6.5.7	Sosiale ontwikkeling	165
6.5.8	Ontwikkeling van doodsbegrip	168
6.6	Die ouer-kindverhouding	174
6.6.1	Funksionele aspekte van die ouer-kindverhouding	175
6.6.1.1	Binding	175
6.6.1.2	Waaksaamheid en beskerming	176
6.6.1.3	Fisiologiese regulering	177
6.6.1.4	Regulering en deel van affek	177
6.6.1.5	Spel en leer	177
6.6.1.6	Selfbeheer en dissipline	177
6.6.2	Die rol van affek in die verhouding	177
6.6.3	Die rol van gestremdheid	178
6.7	Samevatting	180

## **HOOFSTUK SEWE**

### **NAVORSINGSMETODOLOGIE**

7.1	Inleiding	184
7.2	Doelstelling	184
7.3	Navorsingsprobleem	185
7.4	Die nut	185
7.5	Keuse van respondente	185
7.6	Die rasionaal agter die ouderdomkeuse van die kinders	186
7.7	Navorsingsmetode	187
7.8	Die keuse van meetinstrumente	188
	7.8.1 Adult-Adolescent Parenting Inventory (AAPI-2)	188
	7.8.2 Filial Problem Checklist (FPC)	191
	7.8.3 Parenting Stress Index (PSI)	192
	7.8.4 Porter Parental Acceptance Scale (PPAS)	197
7.9	Prosedure	200
7.10	Hipoteses	200
	7.10.1 Adult-Adolescent Parenting Inventory (AAPI-2)	201
	7.10.2 Filial Problem Checklist (FPC)	201
	7.10.3 Parenting Stress Index (PSI)	202
	7.10.4 Porter Parental Acceptance Scale (PPAS)	202
7.11	Dataverwerking	203
7.12	Hantering van data	204

## **HOOFSTUK AGT**

### **RESULTATE EN BESPREKING VAN RESULTATE**

8.1	Inleiding	205
	8.1.1 Statistiese uiteensetting	205
	8.1.2 Algemeen	206
8.2	Adult Adolescent Parenting Inventory (AAPI-2)	206
	8.2.1 Wilcoxon rangtekentoetsresultate vir AAPI-2 totaal en subskale	210
	8.2.1.1 Verskille tussen voor- en natoetstellings vir eksperimentele filialterapie ouergroep	210

8.2.1.2	Verskille tussen die voor- en natoetstellings vir eksperimentele DOL ouergroep	212
8.2.1.3	Verskille tussen die voor- en natoetstellings vir kontrole-ouergroep	214
8.3	Filial Problem Checklist (FPC)	215
8.3.1	Wilcoxon rangtekentoetsresultate vir FPC totaal en gemiddelde getal probleme	217
8.3.1.1	Verskil tussen voor- en natoetstellings vir eksperimentele filialterapie ouergroep	217
8.3.1.2	Verskil tussen voor- en natoetstellings vir eksperimentele DOL ouergroep	219
8.3.1.3	Verskil tussen voor- en natoetstellings vir kontrole-ouergroep	220
8.4	Parenting Stress Index (PSI)	221
8.4.1	Domeine van die Parenting Stress Index	222
8.4.1.1	Kind-domein totaal	222
8.4.1.2	Ouer-domein totaal	223
8.4.1.3	Kind-domein subskale	224
8.4.1.4	Ouer-domein subskale	226
8.4.2	Wilcoxon rangtekentoetsresultate vir die PSI totaal, Kind-domein totaal, Ouer-domein totaal en subskale	228
8.4.2.1	Verskille tussen die voor- en natoetstellings vir eksperimentele filialterapie ouergroep	228
8.4.2.2	Verskille tussen die voor- en natoetstellings vir die eksperimentele DOL ouergroep	232
8.4.2.3	Verskille tussen die voor- en natoetstellings vir die kontrole-ouergroep	235
8.5	Porter Parental Acceptance Scale (PPAS)	238
8.5.1	Wilcoxon rangtekentoetsresultate vir PPAS totaal en subskale	241
8.5.1.1	Verskille tussen voor- en natoetstellings vir eksperimentele filialterapie ouergroep	241
8.5.1.2	Verskille tussen voor- en natoetstellings vir eksperimentele DOL ouergroep	243



8.5.1.3	Verskille tussen voor- en natoetstellings vir kontrole-ouergroep	244
8.6	Samevatting	245

## HOOFSTUK NEGE

### GEVOLGTREKKINGS, LEEMTES EN AANBEVELINGS

9.1	Agtergrond	251
9.2	Soeke na 'n oplossing	252
9.3	Navorsing	253
9.4	Gevolgtrekking	254
9.5	Vergelyking van resultate	254
9.5.1	Die doeltreffendheid van filialterapie ten opsigte van 'n meer bevredigende beleving van ouerskap	254
9.5.2	Die doeltreffendheid van filialterapie ten opsigte van 'n vermindering van probleemsituasie wat verband hou met ouerskap én die hoeveelheid probleme wat kinders ervaar	255
9.5.3	Die doeltreffendheid van filialterapie ten opsigte van 'n vermindering van ouerskapstres	256
9.5.4	Die doeltreffendheid van filialterapie ten opsigte van die bevordering van ouerlike aanvaarding van die kind	257
9.6	Unieke resultate	258
9.7	Leemtes van die ondersoek	259
9.8	Bydrae tot sielkunde in Suid-Afrika	260
9.9	Leemtes in die filialterapie-kursus	261
9.10	Aanbevelings	263
9.11	Slotgedagte	265
	<b>BRONNELYS</b>	266
	<b>BYLAE</b>	290
	Bylae 1: Uitdeelstukke 1 tot 10 aan ouers	291

## LYS VAN TABELLE

<b>TABEL 3.1:</b>	Opsomming van navorsingsresultate oor verandering wat in ouers plaasgevind het	39
<b>TABEL 3.2:</b>	Opsomming van navorsingsresultate oor verandering wat in kinders plaasgevind het	50
<b>TABEL 5.1:</b>	Vergelyking tussen DOL en filialterapie	126
<b>TABEL 6.1:</b>	Anthony se indeling van die doodsbegrip	169
<b>TABEL 6.2:</b>	Safier se indeling van die doodsbegrip	169
<b>TABEL 6.3:</b>	Gartley en Bernasconi se indeling van die doodsbegrip	170
<b>TABEL 6.4:</b>	Morgan se indeling van die doodsbegrip	171
<b>TABEL 8.1:</b>	Opsomming van AAPI-2 subskale se gemiddelde voor- en natoetstellings en verskille per groep	209
<b>TABEL 8.2:</b>	Opsomming van AAPI-2 se gemiddelde totale voor- en natoetstellings en verskille per groep	210
<b>TABEL 8.3:</b>	Wilcoxon rangtekentoetsresultate vir eksperimentele filialterapie ouergroep vir die verskil tussen voor- en natoetstellings vir AAPI-2 totaal en subskale	211
<b>TABEL 8.4:</b>	Wilcoxon rangtekentoetsresultate vir eksperimentele DOL ouergroep vir die verskil tussen voor- en natoetstellings vir AAPI-2 totaal en subskale	213
<b>TABEL 8.5:</b>	Wilcoxon rangtekentoetsresultate vir kontrole-ouergroep vir die verskil tussen tussen voor- en natoetstellings vir AAPI-2 totaal en subskale	214
<b>TABEL 8.6:</b>	Opsomming van FPC se gemiddelde voor- en natoetstotale en verskille per groep	216

<b>TABEL 8.7:</b>	Opsomming van gemiddelde hoeveelheid probleme wat kinders ervaar per groep op die FPC tydens voor- en natoetstellings en verskille per groep	217
<b>TABEL 8.8:</b>	Wilcoxon rangtekentoetsresultate vir eksperimentele filialterapie ouergroep vir die verskil tussen voor- en natoetstellings vir FPC totaal en gemiddelde hoeveelheid probleme wat kind ervaar	218
<b>TABEL 8.9:</b>	Wilcoxon rangtekentoetsresultate vir eksperimentele DOL ouergroep vir die verskil tussen voor- en natoetstellings vir FPC totaal en gemiddelde hoeveelheid probleme wat kind ervaar	219
<b>TABEL 8.10:</b>	Wilcoxon rangtekentoetsresultate vir kontrole-ouergroep vir die verskil tussen voor- en natoetstellings vir FPC totaal en gemiddelde hoeveelheid probleme wat kind ervaar	220
<b>TABEL 8.11:</b>	Opsomming van PSI se gemiddelde voor- en natoetstotale per groep	222
<b>TABEL 8.12:</b>	Opsomming van gemiddelde voor- en natoetstellings vir PSI Kind-domein en verskille per groep	223
<b>TABEL 8.13:</b>	Opsomming van gemiddelde voor- en natoetstellings vir PSI Ouer-domein en verskille per groep	223
<b>TABEL 8.14:</b>	Opsomming van PSI Kind-domein subskale se gemiddelde voor- en natoetstellings en verskille per groep	225
<b>TABEL 8.15:</b>	Opsomming van PSI Ouer-domein subskale se gemiddelde voor- en natoetstellings en verskille per groep	227

<b>TABEL 8.16:</b> Wilcoxon rangtekentoetsresultate vir eksperimentele filialterapie ouergroep vir die verskil tussen voor- en natoetstellings vir PSI totaal, Kind-domein totaal, Ouer-domein totaal en subskaal LS	228
<b>TABEL 8.17:</b> Wilcoxon rangtekentoetsresultate vir eksperimentele DOL ouergroep vir die verskil tussen voor- en natoetstellings vir PSI totaal, Kind-domein totaal, Ouer-domein totaal en subskaal LS	230
<b>TABEL 8.18:</b> Wilcoxon rangtekentoetsresultate vir eksperimentele filialterapie ouergroep vir die verskil tussen voor- en natoetstellings vir die PSI Ouer-domein subskale	231
<b>TABEL 8.19:</b> Wilcoxon rangtekentoetsresultate vir eksperimentele DOL ouergroep vir die verskil tussen voor- en natoetstellings vir die PSI totaal, Kind-domein totaal, Ouer-domein totaal en subskaal LS	232
<b>TABEL 8.20:</b> Wilcoxon rangtekentoetsresultate vir eksperimentele DOL ouergroep vir die verskil tussen voor- en natoetstellings vir PSI Kind-domein subskale	234
<b>TABEL 8.21:</b> Wilcoxon rangtekentoetsresultate vir eksperimentele DOL ouergroep vir die verskil tussen voor- en natoetstellings vir die PSI Ouer-domein subskale	234
<b>TABEL 8.22:</b> Wilcoxon rangtekentoetsresultate vir kontrole-ouergroep vir die verskil tussen voor- en natoetstellings vir PSI totaal, Kind-domein totaal, Ouer-domein totaal en subskaal LS	235
<b>TABEL 8.23:</b> Wilcoxon rangtekentoetsresultate vir kontrole-ouergroep vir die verskil tussen voor- en natoetstellings vir PSI Kind-domein subskale	236

<b>TABEL 8.24:</b> Wilcoxon rangtekentoetsresultate vir kontrole- ouergroep vir die verskil tussen voor- en natoetstellings vir die PSI Ouer-domein subskale	237
<b>TABEL 8.25:</b> Opsomming van PPAS totaal en subskale se gemiddelde voor- en natoetstellings en verskille per groep	240
<b>TABEL 8.26:</b> Wilcoxon rangtekentoetsresultate vir eksperimentele filialterapie ouergroep vir die verskil tussen voor- en natoetstellings vir PPAS totaal en subskale	241
<b>TABEL 8.27:</b> Wilcoxon rangtekentoetsresultate vir eksperimentele DOL ouergroep vir die verskil tussen voor- en natoetstellings vir PPAS totaal en subskale	243
<b>TABEL 8.28:</b> Wilcoxon rangtekentoetsresultate vir kontrole- ouergroep vir die verskil tussen voor- en natoetstellings vir PPAS totaal en subskale	244
<b>TABEL 8.29:</b> Hipoteses gestel en resultate volgens die Wilcoxon rangtekentoets	246

## LYS VAN DIAGRAMME

<b>DIAGRAM 5.1:</b>	Aanvaardingsdiagramme van die kind deur die ouer volgens Gordon (1980)	119
<b>DIAGRAM 5.2:</b>	Drie tipes probleme en die hantering daarvan (Bigner, 1979)	124

**“The most important task God can give is the opportunity to  
be a parent” (Landreth, 1991:iii).**

# HOOFSTUK EEN

## INLEIDING

Die verhoogde aanvraag na 'n goeie geestesgesondheidsdiens aan kinders en gesinne, en die beperkte beskikbaarheid van finansiële en professionele ondersteuningsbronne, lei tot belangstelling in korter psigoterapeutiese intervensies (Dulcan, 1984). Vir doeltreffende hulpverlening aan ouers moet die belangrike rol van die ouer-kindverhouding beklemtoon word, beide die ouer en die kind in die terapie betrek word, en gefokus word op korter vorme van psigoterapeutiese intervensies (Dulcan, 1984; Sroufe, 1989).

In 1960 ontwikkel Bernard en Louise Guerney, bewus van die behoefte én tekort aan geestesgesondheidsdienste vir kinders, die behandelingsmetode filialterapie wat verder deur Landreth (1991) aangepas is.

Filialterapie behels 10 weeklikse ouer-opleidingsessies van twee uur elk, aangebied in groepsverband, wat verkieslik deur beide ouers bygewoon word. Die basiese beginsels van nie-direktiewe kind-gesentreerde speltherapeutiese vaardighede word vir die ouer geleer en daarna eenkeer per week vir 'n halfuur tydens 'n spesiale speelsessie tuis, deur die ouer toegepas. Die filialterapeut werk vanuit 'n bevoegdheidsgeoriënteerde psigo-ontwikkelingsraamwerk. Die terapie bestaan uit 'n didaktiese komponent en supervisie in 'n groepsondersteunende atmosfeer. Elke ouer in die groep kry 'n beurt om sy/haar kind vir 'n demonstrasie van die speelsessie na die opleidingsessie te bring, of 'n video-opname van die sessie tuis te maak, wat dan bespreek word. Die verwagting is dat ouers die nuwe



vaardighede wat tydens filialterapie bemeester is, verder sal uitbou en toepas.

Hierdie is 'n unieke voorkomende of remediërende benadering tot kinderterapie. Die doel is om 'n gesonde ouer-kindverhouding daar te stel. Dit word meestal vir kinders tussen die ouderdom 3 en 12 jaar gebruik.

Filialterapie is 'n koste-effektiewe en ekonomies-verdedigbare metode wat deeglik in verskeie lande nagevors is, met die implementering van uiteenlopende veranderlikes. Die doeltreffendheid van opleiding van ouers as terapeutiese agente in hulle kind se lewe is 'n belangrike navorsingsarea wat ook in Suid-Afrika deegliker nagevors behoort te word.

Die primêre doelwit van hierdie studie was om die doeltreffendheid van filialterapie te bepaal, ten opsigte van:

- 'n meer bevredigende beleving van ouerskap;
- die vermindering van:
  - \* probleemsituasies wat met ouerskap verband hou, en
  - \* die hoeveelheid probleme wat kinders ervaar;
- die vermindering van ouerskapstres; en
- die bevordering van ouerlike aanvaarding van die kind.

Die sekondêre doelwit was om op grond van die resultate aanbevelings te maak oor die doeltreffendheid van filialterapie as ouer-kindbehandelingsmodaliteit, veral in die lig van die veranderinge wat dit moontlik in die ouer kan teweegbring.

Die tersiêre doelwit was die verskaffing van 'n volledige oorsig oor filialterapie. Die inligting wat met die studie ingewin word, kan onder andere vir die helpende professies, ouers, kinders en gesinne in die geheel van waarde wees. Aangesien daar geen literatuur oor filialterapie in Afrikaans beskikbaar is nie, is:

- hoofstuk 3 'n omvattende samevatting van filialterapie, en
- hoofstuk 4 die eerste volledige stap-vir-stap handleiding in Afrikaans vir gebruik deur die terapeut in die aanbieding van filialterapie.

In die onderhawige studie is gebruik gemaak van 'n steekproef bestaande uit 29 ouers met kinders in die middelkinderjare. Die navorsingsontwerp is 'n ewekansige eksperimentele en kontrolegroep-ontwerp, bestaande uit 'n voor- en natoets. Die een eksperimentele groep (N = 10) het filialterapie en die ander groep die Doeltreffende Ouerleidingprogram (DOL) (Gordon, 1975; 1980) (N = 9) deurloop. Die kontrolegroep (N = 10) het geen vorm van terapie of ouerleiding ontvang nie.

Die volgende meetinstrumente wat deur ouers self voltooi is en fokus op die ouers se siening van ouerskap en hulle houding jeens die kind, is vir voor- en natoetsing gebruik:

- Adult-Adolescent Parenting Inventory (AAPI-2)
- Filial Problem Checklist (FPC)
- Parenting Stress Index (PSI)
- Porter Parental Acceptance Scale (PPAS)

Hipoteses is gestel en getoets om te bepaal of die ouer as terapeutiese agent aangewend kan word en of filialterapie doeltreffender is as 'n

meer konvensionele oerleidingprogram (soos die DOL). Die statistiese verwerking is gedoen deur van nie-parametriese statistiese navorsingstegnieke gebruik te maak.

Weens die gebruik van mediese en sielkundige terme, asook afkortings in die algemene beskrywing van filialterapie (hoofstukke 3 en 4), Doeltreffende Oerleidingprogram (hoofstuk 5) en middelkinderjare (hoofstuk 6) word hoofstuk twee gewy aan begripsbepalings. Die doeltreffendheid van filialterapie word gemeet deur dit te vergelyk met die DOL, daarom word die DOL kortliks in hoofstuk 5 bespreek. In die aanbieding van filialterapie aan ouers met kinders in die middelkinderjare is die behoefte aan 'n handleiding oor die ontwikkelingsfase ervaar. 'n Leemte van filialterapie is juis dat dit nie aandag aan ontwikkelingsaspekte skenk nie. Om aan hierdie behoefte te voldoen, is hoofstuk 6 omvattend geskryf.

Die besluit om filialterapie na te vors spruit uit die navorsers se belangstelling in die ouer-kindverhouding, haar opleiding in filialterapie en die tekort aan navorsingsresultate oor die toepassingswaarde en doeltreffendheid van filialterapie in 'n Suid-Afrikaanse konteks.

## HOOFSTUK TWEE

### BEGRIPSBEPALING

#### 2.1 BEGRIPSBEPALING

Die gebruik van terme wat nie algemeen bekend is nie, noodsaak dat dié begrippe nader omskryf word. Vervolgens word 'n aantal van die belangrikste terme en afkortings in alfabetiese volgorde omskryf.

**AAPI-2:** Adult-Adolescent Parenting Inventory (Bavolek & Keene, 1999)

**Artifisialisme:** Die kleuter se geloof dat alle fisiese verskynsels in die wêreld die handewerk van mense is en dat dit vir mense se gebruik geskep is, of dat dit deur 'n god geskep is, maar volgens 'n sekere plan soos wat mense dit sou doen (Freiberg, 1987; Louw, Schoeman, Van Ede & Wait, 1990).

**BASC:** The Behavior Assessment System for Children: Parent Report Form (Reynolds & Kamphaus, 1992)

**CAI:** The Children's Adjustment Inventory (Guerney, 1976)

**CBC:** Child Behavior Checklist (Achenbach & Edlebrock, 1983)

**CBRS:** The Child Behavior Rating Scale (Payton, 1980)

**CPBWPRF:** Children's Play Behavior with Parent Rating Form (Bratton, 1993a)

**CREFT:** Child Relationship Enhancement Family Therapy (Guerney & Guerney, 1989)

**CVFES:** Children's Version of the Family Environment Scale (Pino, Simons & Slawinowski, 1984)

**DCGMI:PRS:** The Des Moines Child Guidance Maladjustment Index: Parenting Rating Scale (Moore, 1964)

**DOL:** Doeltreffende Ouerleidingprogram - in Engels bekend as Parent Effectiveness Training (PET) (Gordon, 1975; 1980)

**FES:** Family Environment Scale (Form S) (Moos, 1974)

**FFPT:** Filial Family Play Therapy (Bratton, 1998)

**Filialterapie:** Dit is 'n psigoterapeutiese metode wat in die vroeë 1960's deur Bernard Guerney (1964) ontwikkel is. Filialterapie is 'n hibriede vorm van kindgesentreerde speltherapie waartydens die ouer (of betekenisvolle ander) betrokke raak in speltherapie met sy/haar kind (Guerney, 1964; Landreth, 1991). Filialterapie spreek die ouer-kindverhouding aan deur die ouer-kindinteraksie te verander. Dit het ten doel om die ouer-kindverhouding te ontwikkel deur die ouer in basiese, kindgesentreerde spelterapeutiese vaardighede en beginsels op te lei. Die ouer pas hierdie vaardighede een keer per week tydens spesiale speelsessies tuis toe en tree dus as die terapeutiese agent van verandering op.

**FPC:** Filial Problem Checklist (Horner, 1974)

**H<sub>0</sub>:** Nulhipotese

**H<sub>a</sub>:** Alternatiewe hipotese

**Heteronome moraliteit:** Morele realisme of moraliteit van dwang (Freiberg, 1987)

**HPASF:** The Hereford Parental Attitude Survey Form (Payton, 1980)

**ICL:** Leary Interpersonal Check List (Oxman, 1972)

**JSCS:** Joseph Pre-school and Primary Self-concept Scale (Joseph, 1979)

**Jukstaposisie:** Feite wat werklik met mekaar in verband staan, word nie met mekaar in verband gebring nie (Louw *et al.*, 1990).

**Kinders se psige-teorie:** Dit verwys na kinders se kennis van die psige, hoe dit werk, hulle kennis van hulle eie en ander se psigiese toestand, asook hoe hierdie psigiese toestande gedrag beïnvloed (Feldman, 1992).

**Kindgesentreerde speltherapie:** Dit is 'n terapeutiese benadering vir kinders wat in 'n speelkamer, toegerus met spesifieke speelmateriaal, toegepas word. Kindgesentreerde speltherapie is op die werk van Carl Rogers (1951) gebaseer en is deur Virginia Axline (1947, 1969) vir die behandeling van kinders aangepas. Kindgesentreerde speltherapie is gebaseer op die geloof dat kinders gedy in 'n verhouding waar onvoorwaardelike respek teenwoordig is en waar die terapeut opreg belangstel in die kind en hom/haar algeheel aanvaar. Die kind word die vryheid gegun om homself/haarself uit te druk. Die terapeut betoon sensitiwiteit teenoor die kind se gevoelens en dit wat die kind deur middel van spel uitdruk deur dit op so 'n wyse te reflekteer dat dit die kind help om homself/haarself beter te verstaan en beter uit te druk (Ginott, 1961; Landreth, 1991; Moustakas, 1973).

**Klasinsluiting:** Die wete dat 'n subklas altyd kleiner is as die oorkoepelende klas wat hierdie subklas insluit (Louw *et al.*, 1990).

**Konservasie:** Die besef dat die kwantitatiewe verband tussen dinge dieselfde bly, al vind daar perseptuele verandering (transformasie) plaas (Louw *et al.*, 1990).

**MEACI:** Measurement of Empathy in Adult-Child Interactions Scales (Stover, Guerney & O'Connell, 1971)

**MEACIRF:** Measurement of Empathy in Adult-Child Interactions Rating Form (Bratton, 1993)

**Metageheue:** Dit is 'n aspek van metakognisie wat kennis en geheuebeheer behels. Dit is 'n individuele siening van sy/haar geheue en hoe effektief dit is, sy/haar kennis van hoe goed ander persone se geheue as memoriseerders is, en hoe hy/sy met hulle vergelyk (Louw, Van Ede & Ferns, 1998).

**Metakognisie:** Kennis van kognisie. Die vermoë om kognitiewe take te evalueer om sodoende te bepaal hoe dit op die beste manier uitgevoer kan word (Berger & Thompson, 1996).

**Miëlinering:** Dit is die vorming van miëlienskede om die sensuuevesels (Plug, Meyer, Louw & Gouws, 1986).

**Middelkinderjare:** Die tydperk tussen die sesde en twaalfde lewensjaar staan algemeen bekend as die middelkinderjare (Berger & Thompson, 1996; Craig, 1992; Freiberg, 1987; Louw *et al.*, 1990; Louw *et al.*, 1998; Seifert & Hoffnung, 1987; Turner & Helms, 1987).

**Mnemotegnieke:** Dit is die storings- en herroepingstegnieke wat gebruik word om die geheue te verbeter (Berger & Thompson, 1996).

**Moraliteit:** 'n Stel beginsels waarvolgens individue tussen reg en verkeerd kan onderskei (Louw *et al.*, 1998).

**Morele ontwikkeling:** Die proses waardeur kinders die beginsels aanleer wat hulle in staat stel om in 'n bepaalde samelewing gedrag as "reg" of "verkeerd" te beoordeel en om hulle eie gedrag dienoreenkomstig te rig (Louw *et al.*, 1998).

**Nie-direktiewe terapie:** Enige psigoterapeutiese benadering waarin die terapeut hom/haar so ver moontlik daarvan weerhou om advies, leiding en interpretasie te verskaf (Plug *et al.*, 1986).

**Ouerlike aanvaarding:** Die gevoelens en gedrag van ouers wat gekenmerk word deur onvoorwaardelike liefde vir die kind, die erkenning van die kind as 'n persoon met gevoelens wat die reg en die behoefte het om aan sy/haar gevoelens uiting te gee, waardering vir die kind se uniekheid, en erkenning vir die kind se behoefte om te differensieer en van die ouers te skei sodat die kind tot 'n selfstandige individu kan ontwikkel. Ouerlike aanvaarding is dus ouers se vermoë om 'n kind onvoorwaardelik lief te hê, ongeag wat die kind se gedrag, houding of gevoelens is (Porter, 1954). Ouerlike aanvaarding is 'n belangrike konstruk in die ontwikkeling van 'n ouer-kindverhouding, waarop filialterapie gebaseer is. Vir die doeleindes van hierdie studie word ouerlike aanvaarding operasioneel gedefinieer as die totaal van die tellings wat ouers op die Porter Parental Acceptance Scale (PPAS) behaal.

**Ouerlike stres:** Die mate van stres wat in die ouer-kindverhouding teenwoordig is, soos deur die ouer self waargeneem (Abidin, 1983). Vir die doeleindes van hierdie studie word ouerlike stres operasioneel gedefinieer as die tellings wat ouers op die Parenting Stress Index (PSI) behaal.

**Outomatisasie:** Die proses waardeur 'n handeling wat dikwels uitgevoer word, verander van bewus-gekontroleerd tot refleksagtig en outomaties (Plug *et al.*, 1986).



**PCL:** Leventhal and Stollack Problem Check List (Leventhal & Stollack, 1965)

**PET:** Parent Effectiveness Training (PET) (Gordon, 1975; 1980) - in Afrikaans bekend as Doeltreffende Ouerleidingprogram

**PHSCS:** The Piers Harris Children's Self Concept Scale (Payton, 1980)

**Portuurgroep:** Versameling van twee of meer kinders wat met mekaar in interaksie verkeer, norme en doelstellings deel, wat 'n sosiale struktuur van leier en volgelinge ontwikkel het, en wat sorg dat die groep se doelwit bereik word (Louw *et al.*, 1998).

**PPAS:** Porter Parental Acceptance Scale (Porter, 1954)

**PQ:** Parent Questionnaire (Boll, 1972)

**PSCI:** Primary Self-Concept Inventory (Muller & Leonetti, 1972)

**PSI:** Parenting Stress Index (Abidin, 1983, 1995)

**Rolbesettingsvermoë:** Die vermoë om ander persone se standpunte te verstaan en "oor te neem" (Louw *et al.*, 1998).

**SEI:** Coopersmith Self-Esteem Inventory (Form C) (Coopersmith, 1967)

**Sinkretisme:** Dit verwys na idees of feite wat saam in 'n verwarrende geheel gekombineer word (Louw *et al.*, 1998).

**Speltherapie:** Dit is 'n algemene term wat gebruik word vir verskeie terapeutiese intervensies wat verskil in terme van of dit direk is of nie; of dit gebruik maak van interpretasies al dan nie; die duur van die

behandeling; en die betrokkenheid van gesinslede, al dan nie. 'n Belangrike element van speltherapie is die persepsie dat speel 'n kind se natuurlike manier van kommunikeer en werk is. Speelmateriaal word verskaf om in hierdie behoefte te voorsien (Osterweil, 1986). Dit kan ook beskou word as 'n psigoterapeutiese tegniek waarmee die terapeut probeer om die kind die geleentheid te bied om op verbale en nie-verbale wyse uitdrukking aan sy/haar gevoelens te gee. Daar word veronderstel dat die kind probleme op simboliese wyse sal uitspeel en sodoende sy/haar gevoelens sal leer ken en meer effektief sal kan kanaliseer. Omdat die kind leer om in 'n vertrouensverhouding met 'n ander persoon te staan, sal afwykende gedrag gevolglik genormaliseer word (Plug *et al.*, 1986).

**VSMS:** Vineland Social Maturity Scale (Boll, 1972)

**WGCPCL:** Wichita Guidance Clinic Parent Check List (Brewer, 1958)

## HOOFSTUK DRIE

### ALGEMENE BESKRYWING VAN FILIALTERAPIE

#### 3.1 INLEIDING

Bernard en Louise Guerney, bewus van die groeiende behoefte én tekort aan geestesgesondheidsdienste vir kinders, ontwikkel in 1960 die behandelingsmetodologie filialterapie. Filialterapie het ten doel om ouers in basiese, nie-direktiewe, kindgesentreerde spelterapeutiese vaardighede te onderrig. Die ouer word opgelei om die terapeutiese agent in die kind se lewe te word, terwyl die bestaande ouer-kindverhouding benut en versterk word (Guerney, Guerney & Adronico, 1966).

Filialterapie word in groepsverband aan ouers gebied. Die basiese beginsels van nie-direktiewe, kindgesentreerde spelterapeutiese vaardighede wat deur die ouer aangeleer is, word eenkeer per week tydens 'n spesiale speelsessie tuis deur die ouer toegepas. Die kombinasie van didaktiese en praktiese ervaring, gepaard met supervisie in 'n ondersteunende atmosfeer, dra by tot 'n dinamiese interaktiewe proses. Dit is hierdie kombinasie wat filialterapie onderskei van ander ouerleidingprogramme wat hoofsaaklik op die verskaf van inligting gerig is (Guerney & Guerney, 1989).

Filialterapie het ten doel om die ouer-kindverhouding te bevorder en te versterk, in plaas van die terapeut-kindverhouding, soos in die geval van kindgesentreerde speltherapie. Deur waarneming tydens spesiale speelsessies, ondersteunende terugvoer van die groep, rolspel en 'n verskeidenheid didaktiese ervarings, leer ouers om aanvaarding en empatie te betoon, hulle kinders te bemoedig en beperkings op 'n doeltreffende wyse op te lê. Landreth (1991) beweer dat filialterapie tot

'n nuwe, kreatiewe, dinamiese wyse van empatiese ouerlike respondering lei. Binne die ouer-kindverhouding vind verandering in die ouer, in die kind én tussen ouer en kind plaas.

Filialterapie is deeglik in verskeie lande nagevors en op verskillende bevolkingsgroepe toegepas, en verskillende veranderlikes is gemeet. Dié navorsing ondersteun die gebruik van filialterapie as 'n koste-effektiewe, ekonomies-verdedigbare, unieke en kreatiewe benadering tot hulpverlening aan die ouer en kind.

In Suid-Afrika is daar net twee ongepubliseerde studies oor filialterapie (Arnott, 2000; Pett, 2002) gedoen. Die effektiwiteit en doeltreffendheid van opleiding van ouers as terapeutiese agente in hulle kinders se lewens is 'n belangrike navorsingsarea wat in Suid-Afrika verder aandag verg. Sover die navorser se kennis strek, is daar wêreldwyd nog geen studie gedoen wat filialterapie met ander vorms van ouerleidingprogramme vergelyk nie.

Dit is onmoontlik om in die beperkte omvang van hierdie studie reg te laat geskied aan die beskrywing van filialterapie. Die volgende word oorsigtelik beskryf: die aard van filialterapie; die ontstaan, rasionaal en toepassing daarvan; filialterapie as behandelingsmodel; keuse van ouers en kinders; die groepsformaat; fases van filialterapie; bestaande navorsing; die struktuur en inhoud van die proses.

### **3.2 WAT IS FILIALTERAPIE?**

Filialterapie is 'n unieke benadering tot kinderterapie. Die fokus is op die ouer en die doel is om 'n gesonde ouer-kindverhouding daar te stel deur die ouer op te lei in nie-direktiewe, kindgesentreerde speltherapeutiese vaardighede. Met hierdie benadering word ouers direk by hulle kind en die speelproses betrek. Ouer en kind het eenkeer per week 'n spesiale speelsessie waartydens die basiese

beginsels van kindgesentreerde spelterapeutiese vaardighede deur die ouer toegepas word. Die ouer is deurgaans onder supervisie in die toepassing van hierdie nuwe vaardighede (Bratton, 1993b; Glass, 1986; Guerney, 1982; Kraft, 1973; Landreth, 1991; Lobaugh, 1991).

*Filial* word afgelei van die Latynse woord *filius* - seun en *filia* - dogter (Marchant & Charles, 1957). Die Engelse woord *filial* beteken "of or due from son or daughter, pertaining to or befitting a son or daughter", en *filiation* beteken "the relation of a child to a parent" (Sykes, 1982). Die Duitse woord *Filiale* (Brandt & Leue, 1973) en die Afrikaanse woord *filiaal* het gelykluidende betekenisse wat dui op "kinderlik; tussen ouers en kinders; van kinders teenoor ouers." Daar word ook gepraat van *filiale band* en *filiale onderhoudspilgite* tussen ouers en kinders en omgekeerd. C. Louis Leipold skryf van "Cornelis se verwaarlosing van die fyner filiale deugde" (Schoonees, 1956). Die Griekse woord *filia* dui op liefde vir ander wat gekenmerk word deur saggeaardheid, belangstelling, ondersteuning en aanmoediging (Grosheide & Van Itterzon, 1958) - eienskappe wat die kernelemente van filialterapie verteenwoordig.

Terapie is afgelei van die Griekse woord *therapeia* wat genesing of gesondmaking beteken (Odendal & Gouws, 2000).

Filialterapie is dus die genesing van die kind binne die filiale of familieverband.

In 1985 verander Guerney en Guerney (1989) die naam filialterapie na *Child Relationship Enhancement Family Therapy* (CREFT). Volgens hulle is die nuwe term meer beskrywend. Filialterapie staan soms ook as *Child-Centered Relationship Enhancement Therapy* (Ginsberg, 1997) of as *Filial Family Play Therapy* (FFPT) (Bratton, 1998) bekend. Filialterapie is nog steeds die gewildste term en word, in vergelyking met ander terme, meer algemeen gebruik. In 1997 ontwikkel White,

Flynt en Draper (1997) *Kinder Therapy* as 'n skoolvoorligting- en konsultasiemodel vir onderwysers, gebaseer op filialterapie.

Die filialterapie van Bernard en Louise Guerney is gebaseer op Carl Rogers (1951) se kliëntgesentreerde teorie, soos aangepas deur Axline (1947, 1969), Dorfman (1951) en Moustakas (1959). Die terapie het ten doel om ouers as die primêre agente van verandering op te lei (deur die gebruik van kindgesentreerde, spesiale speelsessies) en om ouerskapsvaardighede aan ouers te leer. Die fokus is op die versterking van die ouer-kindverhouding.

Filialterapie lê die fondament vir die nodige kennis en vaardighede om ouers se houding en gedrag rakende ouerskap te verander. Gebaseer op die beginsel van respek, leer ouers om op 'n positiewe manier met hulle kinders te kommunikeer. Hierdie manier van kommunikasie het tot gevolg dat die ouer-kindverhouding versterk word. Filialterapie maak van ouers as terapeutiese agente gebruik om verandering in die ouer-kindverhouding te bewerkstellig (Bratton, 1993b; Glass, 1986; Guerney, 1982; Kraft, 1973; Lobaugh, 1991). Ouers leer intervensievaardighede, insluitend die vermoë om aanvaarding, respek, empatie en aanmoediging te toon. "This new creative dynamic of empathic responding by parents becomes the creative process through which change occurs within the parent and child and between the parent and child" (Landreth, 1991:339).

### **3.3 DIE ONTSTAAN VAN FILIALTERAPIE**

Sigmund Freud (1959) kan as een van die voorlopers van filialterapie beskryf word. In die vroeë 1900's behaal Freud sukses deur met die vader van 'n vyfjarige seun met 'n fobie te werk. Hy verskaf aan die vader instruksies oor hoe om tydens speelsessies op te tree. Op grond van sy opvattinge oor seuns en vader-kindverhoudings, beweer Freud

dat slegs die vader positiewe veranderinge in sy seun kan bewerkstellig.

Baruch (1949) en Jacobs (1949) moedig speelsessies tuis aan om sodoende die ouer-kindverhouding te versterk. Bonnard (1950) meld dat ouers opgelei moet word, sodat hulle in staat sal wees om hulle kinders met probleme te help. Nancy Fuchs (1957), onder leiding van haar vader Carl Rogers, maak van gereelde terapeutiese speelsessies gebruik. Sy rapporteer dat emosionele en gedragsprobleme by haar dogter rondom toiletonderrig betekenisvol verbeter en dat daar in haar as ouer 'n positiewe verandering plaasgevind het. Moustakas (1959) moedig ouers aan om spelterapeutiese speelsessies met hulle kinders tuis toe te pas en die boodskap van verstaan, aanvaar en omgee op dié wyse aan die kind oor te dra.

Bogenoemde toepassing van spelterapeutiese speelsessies verskil van filialterapie daarin dat ouers:

- nie geskeduleerde en sistematiese opleiding en supervisie van 'n opgeleide professionele persoon ontvang nie; en
- nie die geleentheid het om hulle ondervinding met ander ouers in 'n ondersteuningsgroep te bespreek nie (Landreth, 1991).

Bernard Guerney (1964) is die eerste persoon wat 'n gestruktureerde program voorstel om ouers op te lei om terapeutiese agente in hulle kinders se lewe te word. Guerney het filialterapie oorspronklik ontwikkel as 'n 6 tot 12 maande behandelingsprogram vir kinders met emosionele en gedragsprobleme (Guerney *et al.*, 1966). Om in die tekort aan professionele persone om in die vinnig groeiende behoefte aan geestesgesondheidsdienste vir kinders te voorsien, ontwikkel Bernard Guerney en sy eggenote Louise 'n behandelingsmetodologie wat ouers in staat stel om 'n terapeutiese gesinsisteem te skep. Hulle

gaan van die veronderstelling uit dat so 'n sisteem die ouer-kindverhouding sal versterk én deur gesonde ouer-kindinteraksie, toekomstige probleme by die kind kan voorkom (Guernsey & Guernsey, 1989).

Landreth (1991) ontwikkel 'n 10-weke filialterapiemodel om aan te pas by die ouers se finansiële behoeftes en gebrek aan vryetyd. Die model is verder deur Bratton (1998) verfyn.

### **3.4 DIE RASIONAAL VAN FILIALTERAPIE**

Die terapeut wat van speltherapie gebruik maak, is tydens die speelsessie direk by die kind betrokke en ontmoet die ouers apart van die speelsessie om vordering te bespreek en aan hulle die nodige leiding te verskaf. In teenstelling hiermee is ouers by filialtherapie direk by hulle kind betrokke tydens die spesiale speelsessies, terwyl die terapeut leiding aan die ouer verskaf en die rol van ko-terapeut vertolk.

Bratton (1998) noem dat filialtherapie op vyf basiese pilare geskoei is:

\* Eerstens fokus filialtherapie op die belangrikheid van die ouer-kindverhouding en die ouer in die rol van terapeut. Hierdie benadering beklemtoon die rol van 'n gesonde ouer-kindverhouding in die ontwikkeling en groei van 'n kind. Die verandering vind in die verhouding plaas. Die doel van filialtherapie is dus om die ouer-kindverhouding te versterk, in plaas daarvan om 'n kitsoplossing vir probleme te probeer vind. Ouers word in basiese kindgesentreerde speltherapeutiese vaardighede onderrig, met die fokus op empatie en aanvaarding om, onder andere, hierdeur die verhouding te versterk.

\* Tweedens gaan filialtherapie van die veronderstelling uit dat leer, groei en blywende verandering in die kind self moet plaasvind. Ouers word daarom onderrig om 'n interne lokus van kontrole in die kind te koester.



Hulle leer om die kind se behoefte aan onafhanklikheid te aanvaar en te respekteer en dit dra daartoe by dat die kind vertroue en aanvaarding jeens die self ontwikkel. "The power of this kind of freedom, within appropriate boundaries set by the parent, to direct oneself... is without a doubt, the most facilitative, growth enhancing experience that can be created" (Landreth, 1991:340).

\* Dierdens gaan filialterapie van die veronderstelling uit dat ouers oor die vermoë beskik om kindgesentreerde, spelterapeutiese vaardighede aan te leer en toe te pas en dat ouers doeltreffender terapeute sal wees.

Dié rasionaal berus op die volgende veronderstellings:

- Die ouer is die belangrikste persoon in 'n kind se lewe en vir die kind emosioneel belangriker as die terapeut.
- Daar word nie van die kind verwag om 'n nuwe verhouding met 'n vreemde persoon (terapeut) te vorm nie - die bestaande ouer-kindverhouding word gebruik.
- Vaardighede wat ouers aanleer kan lank na afloop van terapie nog toegepas word. Sodoende kan toekomstige probleme voorkom word.
- Verandering vind in beide ouer en kind plaas.
- Die ouer-kindverhouding word versterk, wat verrykende gevolge vir die kind, ouer en gesin inhou.
- Interpersoonlike misverstande kan deur ouers opgelos word indien hulle duidelik kan vasstel wat volgens tyd, plek en omstandighede aanvaarbaar is en wat nie (Bratton, 1998; Guerny *et al.*, 1966; Nickerson, 1973, 1980; Ohlson, 1974; VanFleet, 2000).

\* Vierdens erken filialterapie dat spel die ontwikkelingstoepaslike metode is wanneer daar met kinders gewerk word. Daarom is dit ook

die metode van keuse wanneer daar na 'n gesonde ouer-kindverhouding gestreef word. Suigeling gebruik spel as model van selfuitdrukking en selfontwikkeling (Singer, 1994). Deur spel druk kinders hulle gevoelens en behoeftes uit, maak sin uit hulle wêreld, ontwikkel 'n gevoel van beheer en leer doeltreffende probleemoplossings- en hanteringsvaardighede. Speel is 'n kind se manier van lewe, dit is vrywillig, verskaf vryheid van aksie, bied die geleentheid vir leer deur middel van probeer-en-tref-of-verloor, lê die grondslag vir taalontwikkeling, bevorder interpersoonlike vaardighede en bied geleentheid vir self-bemeesting. Die kind leer op dié wyse die self en die wêreld ken. In wese is speel noodsaaklik vir oorlewing (Caplan & Caplan, 1974). Filialterapie fokus daarop om ouers te help om hulle kinders se spel te verstaan en op 'n toepaslike wyse daarop te reageer.

\* Vyfdens is filialterapie op so 'n wyse gestruktureer dat dit aan ouers die geleentheid bied om sukses te beleef, sodat hulle met selfversekerdheid hulle nuwe rol kan vertolk. Ouers word byvoorbeeld versoek om die nuwe vaardighede aanvanklik slegs tydens die spesiale speelyd te gebruik en ontvang supervisie rakende die spesiale speelyd. Tydens supervisie is dit belangrik dat terugvoer aan die ouers op so 'n wyse geskied dat dit hulle motiveer.

Filialterapie dra by tot 'n spaarsamige aanwending van die terapeut se tyd deurdat 'n gedeelte van die terapeut se rol deur die ouer vertolk word. Die volgende probleme word vermy deur van filialterapie gebruik te maak:

- Die ontstaan van vrese en wedywering by die ouer, soos wat die kind se afhanklikheid van die ouer afneem en toegeneentheid teenoor die terapeut toeneem.

- Gevoelens van skuld en hulpeloosheid by die ouer, aangesien die ouer van 'n professionele persoon afhanklik is om probleme op te los.
- Die ontstaan van probleme, aangesien die ouer nie noodwendig op 'n toepaslike wyse teenoor die kind se nuwe gedrag reageer nie.
- Die teenwoordigheid van ouerskapangs (Stover & Guerney, 1967; VanFleet, 2000).

Fidler, Guerney, Andronico en Guerney (1969) noem dat die kind tydens kindgesentreerde spel terapie leer om op 'n ander manier te kommunikeer. Die kind pas aan by 'n nuwe kultuur en word gekonfronteer met die nuwe kultuur binne die ou kultuur tuis. Filial terapie, wat beide ouer en kind betrek, verminder stres en verwarring (Guerney, 1976).

Die verandering wat deur filial terapie teweeggebring word, raak die gesin in sy geheel. Johnson, Bruhn, Winek, Krepps en Wiley (1999) verskaf ses sistemiese verduidelikings vir die verandering wat deur filial terapie teweeggebring word:

- Filial terapie vereis dat die gesin by die proses betrokke is deur op 'n gestruktureerde manier ouers aktief by die terapeutiese behandeling van hulle kinders te betrek. Dit bied aan die ouer die geleentheid om self met die kind te werk, in plaas van die terapeut. Deurdat die terapeut uit die rol van kenner geneem word, word die ouer bemagtig. Filial terapie bied 'n struktuur waarbinne die ouer die terapeutiese vennoot word en dit kan bydra tot 'n meer tradisionele gesinsessie.
- Filial terapie verskuif die fokus weg van die kind as geïdentifiseerde pasiënt. Dit is moeilik om op die kind en

gepaardgaande probleme te fokus sonder om die persepsie dat die kind die probleem in die gesin is, te versterk. Deur van filialterapie gebruik te maak, word die ouer se definisie van die probleem (die kind se gedrag) aanvaar, maar die oplossing is anders deurdat die boodskap aan die ouer oorgedra word dat sy/haar betrokkenheid noodsaaklik is in die proses van verandering. Die fokus verskuif na die vaardighede wat die ouer met die kind toepas.

- Filialterapie lei dikwels daartoe dat ouers hulle eie gedrag en die invloed daarvan op die sogenaamde probleem ondersoek en besef dat hulle deel van die probleem is. Tydens filialterapie word ouers in kindgesentreerde vaardighede onderrig. Die terapeut help hulle om te fokus op dit wat soms verhoed dat dié vaardighede suksesvol toegepas word.
- Filialterapie versterk ouerlike leierskap, terwyl dit die grense tussen ouer en kind verruim. Dit help ouers om op 'n verantwoordelike, kalm en doeltreffende wyse beperkings te stel waarby die kind medeverantwoordelikheid aanvaar. Die psigo-ontwikkelingsraamwerk van filialterapie stel die terapeut in staat om vaardighede aan die ouer oor te dra, terwyl ouer-leierskap gebou en versterk word.
- Filialterapie versterk differensiasie en verminder polarisasie tussen ouer en kind. Reflektering van 'n kind se emosies, vereis 'n sekere vlak van differensiasie. Ouers word geleer om te reflekteer, in plaas van slegs te reageer op die kind se gedrag.
- Filialterapie lig sistemiese sekvensies wat nadelig vir die ouer-kindinteraksie is uit.

### 3.5 AANWENDING VAN FILIALTERAPIE

Filialterapie word as 'n voorkomende en remediërende metode gebruik (Authier, Gustafson, Guerny & Kasdorf, 1975; Bratton, 1998; Ginsberg, 1976; Kraft & Landreth, 1998; Landreth, 1991; VanFleet, 2000).

Filialterapie is reeds met vrug vir verskillende populasies (byvoorbeeld twee-ouergesinne, enkelouergesinne, ouers in die gevangenis, ouers van verskillende nasionaliteite en ouers met kinders wat kronies siek is) en in verskillende omgewings (byvoorbeeld in privaatpraktyke, hospitale, gevangnisse, tehuise en skole) gebruik (Andronico & Guerny, 1967; Bach, 1968; Bowling, 1989; Bratton, 1993b; Glazer-Waldman, 1991; Guerny *et. al.*, 1966; Guerny & Gavigan, 1981; Harris, 1995; Lobaugh, 1991; Stollak, 1975; Tidler, Guerny, Andronico & Guerny, 1969).

Filialterapie kan vir 'n individuele ouer of vir ouers in groepsverband aangebied word. Andronico (1996) noem dat die wyse waarop filialterapie toegepas word, afhang van die voorkeur en omstandighede van die terapeut. Hy noem verder dat die filialterapiegroep òf homogeen òf heterogeen kan wees, aangesien daar aan beide voor- en nadele verbonde is.

Filialterapie kan verskillende variasies aanneem (Ginsberg, 1997):

#### **Filialterapie vir 'n enkele gesin**

Dit is belangrik dat wanneer filialterapie op 'n enkele gesin toegepas word, al die lede in die gesin, dit wil sê beide ouers en al die kinders, sover moontlik deel van die terapie moet wees. Dit is voorkomend van aard indien al die kinders in die gesin deel van die spesiale speelyd kan wees, of 'n spesiale tyd van 'n ander aard vir ouer kinders geskep word, aangesien kinders verskillende probleme op verskillende ouderdomme ervaar.

Hierdie benadering verplaas die fokus weg van die geïdentifiseerde kind en voorkom dat die kind wat sonder probleme presenteer, verwaarloos voel. Deurdat die hele gesin deel is van die proses, word die kohesie en samewerking binne die gesin aansienlik versterk. VanFleet (1994, 2000) is 'n aanhanger van die gebruik van filialterapie vir individuele gesinne.

### **Filialterapie vir 'n groep bestaande uit veelvuldige gesinne**

Navorsing bevestig dat filialterapie wat op 'n groep gesinne toegepas word, doeltreffend is. Ouers in so 'n groep ondersteun mekaar en is geneig om, soos wat hulle bewus word van ander ouers se probleme, meer realisties oor hulle eie bekommernisse te raak. Dit is belangrik dat die terapeut 'n balans tussen die dinamiese en didaktiese komponente van die terapeutiese proses behou (Andronico, 1983; Andronico, Fidler, Guerny & Guerny, 1967). Deur die dinamiese komponente van die groepsessies te ondersoek, word die groepskohesie verhoog, maar indien daar 'n gebrek aan balans is, word aspekte rondom kind en ouer-kindinteraksie agterweë gelaat. Ginsberg (1997) meld dat wanneer daar op die dinamiese komponente gefokus word, dit belangrik is om die onderliggende emosies te erken en te bepaal hoe daar in die spesiale speelsessie aandag daaraan gegee behoort te word. Andronico (1983) beklemtoon dat dit wenslik is om beide ouers by die opleiding te betrek.

### **Filialterapie vir enkelouer-groepe**

Hierdie groep is geneig om meer op die terapeut staat te maak. 'n Belangrike faset van dié tipe groep is om enkelouers te help om hulle ondersteuningsnetwerk te versterk. Die enkelouer-filialterapiegroep kan gedeeltelik in hierdie behoefte voorsien. Enkelouers se verwagtings word gewoonlik meer realisties wanneer hulle aan ander enkelouers blootgestel word. Andronico (1996) meld dat dit wenslik is om beide geskeide

ouers deel van 'n filialterapiegroep te maak, saam in dieselfde groep of in verskillende groepe. Deurdat beide ouers filialterapie deurloop, is hulle geneig om saam te werk in die behandeling van hulle kind(ers). Hierdie ouers se praktiese en teoretiese benadering stem dan ook meer ooreen.

### **Filialterapie vir uitgebreide gesinsgroepe**

By sekere gesinne, veral die enkelouergesin (in Suid-Afrika veral Swart- en Indiër-gesinne), is ander familieledede en vriende dikwels ook by die ouer en kind betrokke. Dit kan van waarde wees om hierdie persone by filialterapie te betrek. Die insluiting van, byvoorbeeld, 'n grootouer wat 'n rol in die kind se opvoeding speel, kan van waarde wees om die rolle tussen die partye te help differensieer.

### **Filialterapie as tuisopleiding**

Maatskaplike werkers kan in filialterapie opgelei word om tydens hulle tuisbesoeke filialterapie aan ouers bekend te stel. Die ouers kan dan met spesiale speelsessies tuis begin. Ginsberg (1990) verwys na positiewe, ongepubliseerde verslae oor sodanige suksesvolle aksies.

### **Filialterapie gekombineer met ander intervensies**

Filialterapie is gedeeltelik opvoedkundig van aard en daarom verenigbaar met ander intervensies.

### **Filialterapie as intensiewe en uitgebreide terapie**

Filialterapie is 'n buigbare model wat aangepas kan word om in die gesin se behoeftes te voorsien. Tydsbeperkings is gewoonlik 'n veranderlike wat in gedagte gehou moet word. In die geval van 'n gesin wat ver van die terapeut woon, kan die gesin vir 'n intensiewe periode wat strek van 3 uur tot 2 dae gesien word. Die doel van so 'n intensiewe sessie is om aan ouers die basiese spelterapeutiese vaardighede te leer, sodat

hulle in staat sal wees om dit tuis toe te pas. 'n Opvolgssessie kan vir supervisie gereël word.

### **Filialterapie as voorkomende terapie**

Filialterapie is 'n doeltreffende voorkomende intervensieprogram wat verandering in die kind, ouer-kindverhouding, ouerskapvaardighede en die gesin se funksionerings teweegbring. Filialterapie fokus op die ontwikkeling en versterking van bogenoemde, in plaas van op bestaande probleme.

*Kinder Therapy*, gebaseer op filialterapie, is deur White *et al.*, (1997) as 'n skoolvoorligting- en konsultasiemodel vir onderwysers ontwikkel. Dit is ontwerp om onderwysers op te lei in die gebruik van basiese spelterapeutiese vaardighede en Adleriaanse beginsels en het ten doel om 'n bemoedigende en doeltreffende onderwyser-kindverhouding te ontwikkel. Die onderwyser word opgelei om die terapeutiese agent vir die kind te wees (White, Flynt & Jones, 1999). Navorsing waar onderwysers in plaas van ouers in filialterapie opgelei is, het bevind dat die onderwyser-kindverhouding ten goede verander het (Guerney & Flumen, 1970; Guerney & Stover, 1971; Harris, Wolf & Baer, 1964; Jones, 1992; Kranz, 1972). Die leemte ten opsigte van die gebruik van filialterapie om onderwysers op te lei, lê volgens White *et al.* (1999) daarin dat daar geen spesifieke klaskamer-strategieë verskaf word wat onderwysers in staat stel om op 'n dag-tot-dag basis doeltreffender met die kind in interaksie te tree nie. *Kinder Therapy* vul volgens hulle die leemte aan deur Adleriaanse beginsels deel te maak van filialterapie.

Johnson (1995) beweer dat filialterapie 'n doeltreffende vorm van gesinsterapie is en dat dit as 'n brug tussen individuele terapie met 'n kind en gesinsterapie kan dien. Hoewel filialterapie nie die nodige erkenning van die beoefenaars van gesinsterapie ontvang nie, word gesinsklessies direk in hierdie terapie hanteer. Filialterapie is 'n kragtige sistemiese intervensie wat tot verbeterde interaksies bydra.



Dit kan die reëls wat die gesinsisteam reguleer, verander (Johnson, 1995). Ouerpare wat filialterapie deurloop het, rapporteer dat veranderinge in die ouer-kindkommunikasie, eggenootkommunikasie en in die kind se gedrag plaasgevind het (Bavin-Hoffman, 1994; Bavin-Hoffman, Jennings & Landreth, 1996). Ouers noem dat as gevolg van filialterapie hulle verhouding met hulle kinders, huweliksmaat en persone buite die gesin verbeter het (Lahti, 1992). Early (1994) gaan van die veronderstelling uit dat filialterapie as 'n gesinsherstruktureringsstegniek aangewend kan word.

### 3.6 FILIALTERAPIE AS BEHANDELINGSMODEL

Die filialterapeut werk vanuit 'n bevoegdheidsgeoriënteerde psigo-ontwikkelingsraamwerk. Ouers word geleer hoe om die spesiale speelsessies te gebruik, ontvang supervisie rondom die toepassing daarvan, en word begelei om die nuwe ouerskapsvaardighede tydens die sessies te integreer. Die spesiale speelsessie vind tussen een ouer en een kind plaas. Hierdie individuele tyd tussen ouer en kind dra by tot optimale verhoudingsontwikkeling en ouerbetrokkenheid. Die ideaal is dat die hele gesin by individuele speelsessies of spesiale tyd betrek sal word.

Die filialterapeut maak gebruik van die bestaande emosionele band wat tussen die kind en 'n betekenisvolle ander persoon bestaan en daarom is slegs die aanleer van en opleiding in psigoterapeutiese vaardighede nodig (Authier *et. al.*, 1975). Filialterapie is voorkomend en remediërend van aard. Hierdie dubbele funksie is in die geval van kinders waarskynlik die beste keuse van behandeling (Glass, 1986).

Die terapie bestaan uit 'n didaktiese komponent en supervisie in 'n ondersteunende atmosfeer. Dié kombinasie verskaf 'n dinamiese proses wat filialterapie onderskei van ander ouerleidingprogramme wat hoofsaaklik opvoedkundig van aard is. Dit is ontwikkel om die ouer-

kindverhouding te bevorder deur die basiese kindgesentreerde spelterapeutiese vaardighede aan die ouer te leer. Die ouer leer om 'n omgewing van aanvaarding sonder veroordeling te skep, waarbinne die kind veilig voel om denke en gevoelens te kommunikeer en te ontdek. Hierdie nuwe vaardighede word deur die ouer beoefen deur demonstrasies en rolspel in 'n 30 minute weeklikse spesiale speelsessie tuis. Tydens die spesiale speelsessie maak ouers van spesiale speelgoed gebruik. Elke ouer in die groep kry 'n beurt om die kind na die opleidingsessie te bring vir 'n demonstrasie van die speelsessie, óf om 'n video-opname te maak wat dan bespreek word. Ouers ontvang deurgaans ondersteuning, aanmoediging en motivering van sowel die terapeut as van die ander ouers. Opleiding geskied weekliks tydens sessies van 2 uur elk, oor 'n periode van 10 weke.

Die doelwit tydens die spesiale speelsessie is om die ouer te leer om sensitief teenoor die kind op te tree, die kind te probeer verstaan, te aanvaar en dit te kommunikeer. Die ouer ontwikkel 'n nuwe bewustheid van die kind en sy/haar potensiaal. Die dinamiese, empatiese wyse waarop die ouer reageer, vorm deel van die kreatiewe proses waarbinne verandering tussen ouer en kind plaasvind (Landreth, 1991).

Gedurende die spesiale speelsessies is die ouer-kindverhouding konsekwent, aangesien die ouer op 'n konsekwente, empatiese wyse met die kind speel. Die kind ontwikkel 'n nuwe persepsie van die ouer as bondgenoot, aangesien die ouer deurgaans die kind se gevoelens, reaksie, gedrag, uitdrukkings en sienswyse probeer verstaan. Die aanvaarding van die kind en dié se behoefte aan onafhanklikheid, fasiliteer die kind se aanvaarding van die self en verhoog sy/haar vertrouwe in die verhouding. Die ouer inisieer nie die speelaktiwiteite nie, maar bied aan die kind die geleentheid om verantwoordelikheid te neem. Die mag van hierdie tipe vryheid (binne die toepaslike grense deur die ouer daar gestel) om self te besluit, om kreatief, baasspelerig, snaaks en ernstig te wees, sonder vrees vir verwerping en beoordeling,

is sonder twyfel die fasiliterendste groeiversterkende belewenis wat geskep kan word (Landreth, 1991).

Bernard Guerney (1969) noem dat die doelwit met die spesiale speelsessies is om:

- die kind se persepsie van die ouer se gevoelens, houding of gedrag jeens hom/haar te verander;
- die kind toe te laat om sy/haar denke, behoeftes en gevoelens aan die ouer te kommunikeer (meestal deur middel van spel); en
- die kind se selfrespek, selfwaarde en selfvertroue te verbeter.

Daar word nie van die ouer verwag om geheel en al te verander en dus skuldig te voel wanneer daar in ou gedragpatrone verval word nie. Dat ouers die nuwe vaardighede ook buite die spesiale speelsessie toepas, dien as motivering en gebeur meestal spontaan (Landreth, 1991).

### **3.7 KEUSE VAN OUERS EN KINDERS**

Louise Guerney (1976) beklemtoon dat ouers met psigoses, verstandelike gestremdheid, moorddadige en selfmoordneigings, nie vir filialterapie-opleiding geskik is nie. Navorsing dui daarop dat aangepaste en funksionerende gesinne by filialterapie kan baat vind (Kraft & Landreth, 1998; Landreth, 1991; VanFleet, 2000). Die deelname van beide ouers aan filialterapie is die ideaal. Dit bied gesinne die geleentheid om saam te groei, te ontwikkel en mekaar tydens die proses te ondersteun.

Filialterapie is geskik vir kinders met of sonder probleme. Andronico (1996) is van mening dat filialterapie die keuse van behandeling vir die meeste jong kinders is. Dit word meestal vir kinders tussen die ouderdom 3 en 12 jaar gebruik. Hy meen ook dat filialterapie geskik is vir kinders ouer as 10 wat nog emosioneel onvolwasse is. Filialterapie word ook gedeeltelik aanbeveel vir kinders tussen die ouderdom 9 en 10 jaar wat intelligent en oorverantwoordelik is, en huiwerig is om te speel. Hulle onwilligheid om met speelgoed te speel kan 'n aanduiding wees van 'n emosionele inperking en gebrekkige spontaneïteit. Dit kan deur speel oorbrug word. Filialterapie met adolessente behels die skep van 'n spesiale tyd waarin daar gefokus word op ouderdom toepaslike aktiwiteite (in plaas van speel) wat deur die adolessent self gekies word. Ouers gebruik tydens die spesiale tyd dieselfde vaardighede en beginsels wat tydens die spesiale speelsessies geld en aangeleer is.

### **3.8 GROEPSFORMAAT**

Filialterapie-opleiding vind in 'n ondersteunende groep van 6 tot 10 ouers (ouerpare) plaas en is 'n kombinasie van groepsterapie en didaktiek. In die groep is ouers geneig om gevoelens oor hulleself, ouerskap en hulle kinders met mekaar te deel. Die ondersoek van gevoelens, emosionele reaksies en die veralgemening daarvan na ander ouers is deel van filialterapie. Dit is nie slegs groepsterapie nie, aangesien ouers ook nuwe vaardighede aanleer. Positiewe terugvoer aan die ouers oor hulle toepassing van die vaardighede is belangrik: daardeur word ouers gemotiveer en bemoedig. Die filialterapeut moet in groepsterapie en kindgesentreerde speltherapie geskoei wees en die handhawing van 'n balans tussen die twee komponente is van kardinale belang.

### **3.9 FASES VAN FILIALTERAPIE**

Filialterapie bestaan volgens VanFleet (2000) uit vyf relatief kort fases: demonstrasie van die spesiale speelsessie; opleiding; supervisie van die spesiale speelsessie; spesiale speelsessie tuis; en beëindiging.

#### **3.9.1 DEMONSTRASIE VAN DIE SPESIALE SPEELSESSIE**

Ouers kry die geleentheid om die toepassing van 'n spesiale speelsessie deur 'n terapeut waar te neem. Die basiese beginsels van filialterapie kom deur die rolspel na vore, word uitgewys en bespreek.

#### **3.9.2 OPLEIDING**

Opleiding is die fase waartydens ouers in vier basiese kindgesentreerde spelterapeutiese vaardighede onderrig word. Die vaardighede het ten doel om 'n atmosfeer te skep waarbinne die kind vry voel om gevoelens uit te druk en verskeie probleme deur te werk, terwyl die ouer die kind leer ken. Die vaardighede dra daartoe by dat 'n balans tussen begrip, omgee, veiligheid en beperkings verkry word (VanFleet, 2000). Die vier basiese vaardighede is:

##### **Strukturering**

Die ouer struktureer die spesiale speelsessie deur elke sessie te open en te beëindig. Dit help die kind om te begryp dat hierdie tyd en die reëls wat hier geld anders is as die res van sy/haar lewe.

##### **Reflektiewe luister**

Reflektiewe luister en waarneming verg onverdeelde aandag van die ouer. Tydens spel fokus die ouer op die kind se gedrag, gevoelens, behoeftes en wense soos gereflekteer tydens die spel en toon dat dit verstaan en aanvaar word. Deur

kommunikasie gee die ouer aan die kind terugvoering van dit wat waargeneem word, sonder om te veroordeel.

### **Kindgesentreerde verbeelding-spel**

Die ouer neem met die nodige verbeelding altyd as 'n navolger deel aan die spel, indien die kind die ouer daartoe uitnooi.

### **Die stel van beperkings**

Die stel van beperkings het ten doel om die ouer en kind tydens die spesiale speelsessie te beveilig en lei die kind om verantwoordelikheid vir optrede en gedrag te aanvaar. Dit stel die reëls en grense vas waarbinne die spesiale speelsessie plaasvind. Die ouer pas die beperkings streng toe.

Die opleiding word breedvoerig in hoofstuk 4 beskryf.

## **3.9.3 SUPERVISIE VAN DIE SPESIALE SPEELSESSIE**

Elke ouer word die geleentheid gegee om die toepassing van die spesiale speelsessie te demonstreer, hetsy deur 'n video-opname te vertoon of deur die kind vir 'n demonstrasie na die groepbyeenkoms te bring. Die demonstrasie word daarna deur die terapeut en die groep bespreek. Die terapeut gee positiewe terugvoer en motiveer die ouer, terwyl die beginsels van filialterapie beklemtoon en wenke ter verbetering van die interaksie gegee word.

## **3.9.4 SPESIALE SPEELSESSIE TUIS**

Die spesiale speelsessie tuis neem 'n aanvang na afloop van die derde filialterapiesessie. Onder leiding van die terapeut, het ouers reeds op 'n geskikte dag, tyd en plek besluit waar die spesiale speelsessie eenkeer per week vir 30 minute gaan plaasvind en watter speelgoed gebruik gaan word. Die ouers word aangeraai om notas na afloop van

elke sessie te maak, sodat daar tydens die volgende groepbyeenkoms terugvoer gegee kan word.

### **3.9.5 BEËINDIGING VAN DIE SPESIALE SPEELSESSIES**

Ouers probeer daarna om met die hulp van die terapeut die vaardighede wat aangeleer is ook buite die spesiale speelsessie toe te pas. Hulle onderneem om na afloop van die 10 weke filialterapie vir 'n bepaalde tyd met die spesiale speelsessies voort te gaan.

### **3.10 NAVORSINGSRESULTATE EN TOEPASLIKE MEETINSTRUMENTE**

Filialterapie is op 'n verskeidenheid populasies (twee-ouergesinne; enkelouergesinne; ouers wat tronkstraf uitdien; ouers van verskillende nasionaliteite; aanneemouers; kinders met leerprobleme, kinders wat hikkel, verstandelik gestremd of kronies siek is) toegepas, terwyl 'n verskeidenheid veranderlikes (ouerlike empatie; ouerlike aanvaarding; stres ten opsigte van ouerskap; die selfbeeld van die ouer; die kind se aanpassing en gedragsprobleme wat by die kind voorkom - soos gesien deur die ouer; die kind se siening van homself/haarself; en verandering in die kind se wyse van speel) gemeet is. Filialterapie is deeglik in verskeie lande nagevors en die bevindings ondersteun die gebruik van filialterapie as 'n unieke, kreatiewe benadering om die ouer en kind te help. 'n Opsomming van navorsingsresultate oor verandering wat in ouers en verandering wat in kinders plaasgevind het, word in tabel 3.1 en tabel 3.2 weergegee.

Filialterapie word deur klinici en die navorsingsgemeenskap as 'n doeltreffende benadering tot versterking van sowel die ouer-kindverhouding as die gesinsverhouding gesien. Navorsing oor kinderontwikkeling bevestig dat kindgesentreerde spel 'n kind se emosionele en intellektuele vermoëns ontwikkel (Ortwein, 1997).

Navorsingsbevindinge oor veranderinge wat in ouers en kinders plaasgevind het, en die toepaslike meetinstrumente wat gebruik is, word kortliks bespreek.

### 3.10.1 VERANDERINGE WAT IN OUERS PLAASGEVIND HET

Navorsing bevind dat filialterapie daarin slaag om ouers op te lei in reflektiewe luister; om die kind die geleentheid te bied om self-rippingewend op te tree; om ouerlike betrokkenheid by die kind se emosies en gedrag te bevorder; en dat dié aangeleerde vaardighede na 6 maande nog by ouers teenwoordig is (Guerny & Stover, 1971).

Daar is bevind dat filialterapie die volgende veranderinge in die ouer teweegbring:

- **meer empatiese gedrag teenoor kind** (Bratton, 1993b; Bratton & Landreth, 1995; Chau & Landreth, 1997; Garwood, 2000; Glazer & Kottman, 1994; Glover, 1996; Harris & Landreth, 1997; Landreth & Lobaugh, 1998; Lobaugh, 1991; Stover & Guerny, 1967; Stover *et al.*, 1971; Wall, 1979; Yuen, 1997);
- **groter ouerlike aanvaarding** (Beckloff, 1998; Bratton, 1993b; Bratton & Landreth, 1995; Chau & Landreth, 1997; Glass, 1986; Glazer & Kottman, 1994; Glover, 1996; Guerny & Gavigan, 1981; Harris & Landreth, 1997; Kale, 1997, 1998; Landreth & Lobaugh, 1998; Lebovitz, 1982; Lobaugh, 1991; Sensue, 1981; Sywulak, 1977; Tew, 1997; Tew, Landreth, Joiner & Solt, 2002; Wall, 1979; Yuen, 1997);
- **verminderde ouerskapstres** (Athanasίου & Gunning, 1999; Bratton, 1993b; Bratton & Landreth, 1995; Chau & Landreth, 1997; Garwood, 2000; Glover, 1996; Harris & Landreth,



1997; Kale, 1997, 1998; Landreth & Lobaugh, 1998; Lobaugh, 1991; Tew, 1997; Tew *et al.*, 2002; Yuen, 1997);

- **die daarstelling van 'n gunstiger gesinsomgewing** (Glass, 1986; Lahti, 1992); en
- **verhoogde ouerlike selfagting** (Glass, 1986).

### 3.10.1.1 EMPATIESE GEDRAG TEENOR KIND BETOON

Bratton (1993b) pas die *Measurement of Empathy in Adult-Child Interactions Scales (MEACI)*, soos aangepas deur Stover *et al.* (1971), verder aan. Haar instrument, die *Measurement of Empathy in Adult-Child Interactions Rating Form (MEACIRF)*, bestaan uit drie subskale wat spesifieke ouerlike gedrag gedurende filialterapie-speelsessies meet, naamlik:

#### **Kommunikasie van aanvaarding**

Dit meet die ouer se verbale uitdrukking van aanvaarding/verwerping van die kind se gevoelens en gedrag.

#### **Vergunning van selfrigtinggewende gedrag vir die kind**

Dit meet die ouer se verbale uitdrukking van aanvaarding en bereidwilligheid om die kind te volg, in plaas van om te probeer om die kind se gedrag te beheer.

#### **Betrokkenheid deur die ouer**

Dit meet die ouer se aandag op én deelname aan aktiwiteite, indien die kind die ouer daartoe uitnooi.

Die MEACIRF is in verskeie studies toegepas (Bratton, 1993b; Bratton & Landreth, 1995; Chau & Landreth, 1997; Glover, 1996; Yuen, 1997; Harris, 1995; Harris & Landreth, 1997) wat Landreth (1991) se 10-weke

filialterapiemodel, bestaande uit eksperimentele-kontrole groepontwerpe, gebruik het. Die doel van die studies was om empatiese ouerlike gedrag vóór en ná filialterapie-opleiding te meet. Een van dié studies het die 10-weke filialterapiemodel tot 5 weke verkort en is op moeders in die gevangenis toegepas (Harris, 1995; Harris & Landreth, 1997).

Hierdie studies het van opgeleide spelterapeute gebruik gemaak. Die MEACIRF-skale is gebruik om die voorkoms van ouerlike empatiese gedrag tydens die ouer-kindspeelsessies te beoordeel. Video-opnames van pre- en post-opleiding is vir die doel gebruik. Hierdie bevindings is van waarde, aangesien dit gebaseer is op direkte waarneming deur opgeleide, professionele persone en nie op instrumente wat deur ouers self ingevul is nie.

Hierdie bevindings ondersteun vroeëre bevindings deur Stover en Guerney (1967), Stover *et al.* (1971) en Wall (1979).

### 3.10.1.2 OUERLIKE AANVAARDING

Die teenwoordigheid van ouerlike aanvaarding bewerkstellig empatiese kommunikasie én fasiliteer die ontwikkeling van positiewe selfwaarde in 'n kind (Bratton & Landreth, 1995; Harris & Landreth, 1997). Die *Porter Parental Acceptance Scale (PPAS)* (Porter, 1954) is 'n inventaris wat deur ouers ingevul word en ouerlike aanvaarding meet. Dit bestaan uit 40 items en vier subskale, naamlik:

- Respek vir die kind se gevoelens en die reg om daaraan uiting te gee.
- Waardering vir die kind se uniekheid.
- Erkenning van die kind se behoefte aan outonomie en onafhanklikheid.
- Belewens van onvoorwaardelike liefde vir die kind.

Die PPAS is in verskeie studies wat Landreth (1991) se 10-weke filialterapiemodel toegepas het, gebruik (Beckloff, 1998; Bratton, 1993b; Bratton & Landreth, 1995; Chau & Landreth, 1997; Glass, 1986; Glover, 1996; Harris, 1995; Harris & Landreth, 1997; Kale, 1997; Landreth & Lobaugh, 1998; Lobaugh, 1991; Tew, 1997; Tew *et al.*, 2002; Yuen, 1997). Ouers in die eksperimentele groep, met die uitsondering van Glass (1986) en Glover (1996) se studies, het betekenisvol beter gevaar op die PPAS na voltooiing van filialterapie, in vergelyking met ouers in die kontrolegroep.

### 3.10.1.3 OUERSKAPSTRES

Bratton en Landreth (1995), Chau en Landreth (1997), Glover (1996), Harris en Landreth (1997), Kale (1997, 1998), Landreth en Lobaugh (1998), Tew (1997), Tew *et al.* (2002) en Yuen (1997) maak van die *Parenting Stress Index (PSI)* (Abidin, 1983) gebruik, en Athanasiou en Gunning (1999) van die *Parenting Stress Index - Third Edition (PSI)* (Abidin, 1995), om ouers se stresvlakke rakende die ouer-kindverhouding te bepaal. Die PSI meet stres op twee vlakke, naamlik:

#### **Ouer-domein**

Dit behels stres wat verband hou met die ouer se siening van ouerskapvaardigheid en -styl.

#### **Kind-domein**

Dit behels ouerskapstres wat met die kind se gedrag, luim en persoonlikheid verband hou.

Dit blyk uit bogemelde studies dat ouerskapstres na voltooiing van filialterapie in ses van die nege eksperimentele groepe statisties betekenisvol afgeneem het, in vergelyking met die kontrolegroep. Die tellings behaal deur Amerikaanse inboorlingouers (Glover, 1996) dui op 'n afname, maar dit is nie betekenisvol nie. Glover skryf dit daaraan

toe dat die PSI moontlik nie geskik is om kulturele verskille ten opsigte van ouerskapstres te meet nie.

Die meerderheid van bogemelde studies dui daarop dat filialterapie tot 'n afname in ouerskapstres lei.

#### **3.10.1.4 GESINSOMGEWING**

Glass (1986) ondersoek die invloed van filialterapie en maak van die *Family Environment Scale (Form S) (FES)* (Moos, 1974) gebruik om drie verskillende dimensies van gesinsomgewing te meet, naamlik:

##### **Interpersoonlike verhoudings**

Dit meet gesinslede se persepsie van die mate van oop kommunikasie of konflik in die gesin en die mate waartoe gesinslede voel dat hulle behoort tot en trots is op die gesin. Die drie subskale is dié van uitdrukkingsvermoë, konflik en kohesie.

##### **Rigting van persoonlike groei**

Dit meet die mate waartoe die gesin betrokke is by intellektuele en kulturele aktiwiteite, rekreasie en sportaktiwiteite en die gesinslid se outonomieit, akademiese en kompeterende aangeleenthede, etiese en godsdienstige sake en waardes.

##### **Basiese organisatoriese gesinstruktuur**

Dit meet die mate van organisasie en beheer, die belangrikheid van gesinsreëls en verantwoordelikheid, én die mate van rigtinggewing of diktering tussen gesinslede.

Die studie dui daarop dat die gesinsomgewing na voltooiing van filialterapie verbeter.

### 3.10.1.5 OUERLIKE SELFAGTING

Glass (1986) maak van die *Coopersmith Self-Esteem Inventory (Form C) (SEI)* (Coopersmith, 1967) gebruik om ouerlike selfagting te meet. Die SEI bestaan uit 25 items wat deur ouers beantwoord word. Haar studie dui daarop dat die selfagting van die eksperimentele ouergroep wat filialterapie deurloop het, betekenisvol verbeter het, en daar 'n toename in onvoorwaardelike liefde vir hulle kinders, beter begrip vir hulle kinders se spel en 'n afname in konflik in die ouer-kindverhouding was.

'n Opsomming van die navorsingsresultate oor veranderinge wat in ouers plaasgevind het, word in tabel 3.1 weergegee.

**TABEL 3.1: OPSOMMING VAN NAVORSINGSRESULTATE OOR VERANDERING WAT IN OUERS PLAASGEVIND HET**

KONSTRUK	STEEKPROEF	BRON	MEET- INSTRUMENT	BEVINDINGE NA AFLOOP VAN FILIALTERAPIE
Empatiese gedrag	*Enkelouers  *Chinese ouers woonagtig in V.S.A. *Amerikaanse inboorlingouers *Chinese ouers woonagtig in Kanada *Moeders in die gevangenis	*Bratton, 1993b; Bratton & Landreth, 1995 *Chau & Landreth, 1997 *Glover, 1996 *Yuen, 1997  *Harris, 1995; Harris & Landreth, 1997	MEACIRF	Verbetering ten opsigte van: <ul style="list-style-type: none"> <li>• kommunikasie en aanvaarding</li> <li>• vergunning van selfrigtinggewende gedrag aan die kind</li> <li>• ouerlike betrokkenheid.</li> </ul> Ouerlike empatiese gedrag en reflektering van gevoelens het verbeter.
	*Ouers van kinders met selektiewe mutisme	*Garwood, 2000	Kwalitatiewe studie	Ouers rapporteer dat empatiese gedrag teenoor hulle kinders verbeter het.
	*Geskeide vader wat nie toesig en beheer ontvang het nie	*Glazer & Kottman, 1994	Kwalitatiewe gevallestudie	Vader se empatiese kommunikasie teenoor dogter verbeter.
	*Die gebruik van opgeleide gegradueerde terapeute, ouers	*Wall, 1979	Kwalitatiewe studie	Ouers wat deur opgeleide gegradueerde terapeute begelei is se vaardighede in empatiese kommunikasie het verbeter.

Empatiese gedrag (vervolg)	en ouers onder leiding van opgeleide terapeute			
Ouerlike aanvaarding	*Heterogene ouergroep - die groep is na ses maande opgevolg	*Sywulak, 1977; Sensue, 1981	PPAS	Ouerlike aanvaarding van kinders verbeter beduidend. Die opvolgstudie na ses maande toon nog steeds 'n beduidende verbetering.
	..... *Ouers van kinders met omvattende ontwikkelingsversteuring *Enkelouers  *Chinese ouers woonagtig in die V.S.A. *Moeders in die gevangenis  *Ouers van kinders met leerprobleme *Vaders in die gevangenis  *Ouers van kinders wat kronies siek is *Chinese ouers woonagtig in	*Beckloff, 1998  *Bratton, 1993b; Bratton & Landreth, 1995  *Chau & Landreth, 1997  *Harris, 1995; Harris & Landreth, 1997  *Kale, 1997  *Landreth & Lobaugh, 1998; Lobaugh, 1991  *Tew, 1997; Tew <i>et al.</i> , 2002  *Yuen, 1997	PPAS	Hierdie ouers vaar beduidend beter op die PPAS.

<p>Ouerlike aanvaarding (vervolg)</p>	<p>Kanada          *Heterogene ouergroep          *Amerikaanse inboorlingouers          .....          *Die gebruik van opgeleide gegradueerde terapeute, ouers en ouers onder leiding van opgeleide terapeute          .....          *Ouers wat kinders aangeneem het          .....          *Moeders          .....          *Geskeide vader wat nie toesig en beheer ontvang het nie</p>	<p>*Glass, 1986          *Glover, 1996          .....          *Wall, 1979          .....          *Guerny &amp; Gavigan, 1981          .....          *Lebovitz, 1982          .....          *Glazer &amp; Kottman, 1994</p>	<p>Kwalitatiewe studie          .....          PPAS          .....          Kwalitatiewe studie          .....          Kwalitatiewe gevallestudie</p>	<p>Aanvaarding van negatiewe gevoelens deur 'n ouer, het 'n groter effek op kinders in vergelyking met die invloed van 'n terapeut.          .....          Die aanneemouers is beter in staat om hulle aangename kinders te aanvaar.          .....          Die moeders was beter in staat om aanvaarding aan hulle kinders te kommunikeer en selfbepalende gedrag toe te laat.          .....          Vader se ouerlike aanvaarding teenoor dogter verbeter.</p>
<p>Ouerskapstres</p>	<p>*Enkelouers          .....          *Chiese ouers woonagtig in die V.S.A.          .....          *Vaders in die gevangenis</p>	<p>*Bratton, 1993b;          Bratton &amp; Landreth, 1995          .....          *Chau &amp; Landreth, 1997          .....          *Landreth &amp; Lobaugh, 1998</p>	<p>PSI</p>	<p>Ouerskapstres het beduidend afgeneem.</p>



Ouerskapstres (vervolg)	*Ouers van kinders wat kronies siek is *Chinese ouers woonagtig in Kanada	*Tew, 1997; Tew <i>et al.</i> , 2002 *Yuen, 1997		
	.....	.....	.....	.....
	*Amerikaanse inboorlingouers *Moeders in die gevangenis	*Glover, 1996 *Harris & Landreth, 1997	PSI	Ouerskapstres het afgeneem.
	*Ouers van kinders met leerprobleme	*Kale, 1997		
	.....	.....	.....	.....
*Twee moeders met voorskoolse kinders	*Athanasiou & Gunning, 1999	PSI-Third edition	Ouerskapstres het by albei moeders afgeneem. 'n Opvolgstudie na twee maande dui op 'n verdere afname by een van die moeders.	
.....	.....	.....	.....	
*In diepte beskrywing van die filialterapieproses	Lahti, 1992	Kwalitatiewe studies	Die ouers rapporteer 'n afname in ouerskapstres.	
*Ouers van kinders met selektiewe mutisme	*Garwood, 2000			

Gesins- omgewing	*Heterogene ouergroep	*Glass, 1986	FES (vorm S)	Die gesinsomgewing verbeter ten opsigte van: <ul style="list-style-type: none"> <li>• uitdrukkingsvermoë</li> <li>• konflik</li> <li>• outonomieit</li> <li>• intellektuele en kulturele oriëntasie</li> <li>• organisasie en beheer.</li> </ul>
	..... *In diepte beskrywing van die filialterapieproses	*Lahti, 1992	Kwalitatiewe studie	..... Ouer-kindverhouding en huweliksverhouding verander ten opsigte van: <ul style="list-style-type: none"> <li>• nabyheid</li> <li>• kommunikasie</li> <li>• realistiese verwagting</li> <li>• konflik.</li> </ul>
	..... *Ouers van kinders met selektiewe mutisme	*Garwood, 2000	Kwalitatiewe studie	..... Ouers rapporteer dat gesin by filialterapie gebaat het.
Ouerlike selfagting	*Heterogene ouergroep	*Glass, 1986	SEI (vorm C)	Verbetering ten opsigte van: <ul style="list-style-type: none"> <li>• vertrou in ouerskap</li> <li>• selfagting.</li> </ul>
Ander	*Ouers van kroniese siek kinders	*Glazer-Waldman, 1991	Onderhoude	Ouers rapporteer verbetering ten opsigte van: <ul style="list-style-type: none"> <li>• beoordeling van kinders se angsvlakke</li> <li>• ouer-kindverhouding.</li> </ul>

Ander (vervolg)	<p>*Ouers van kinders tussen die ouderdom 4 en 10 jaar</p> <hr/> <p>*Ouers en 'n terapeut wat speltherapiesessies op kinders toegepas het</p> <hr/> <p>*Twee moeders met voorskoolse kinders</p> <hr/> <p>*Geskeide vader wat nie toesig en beheer ontvang het nie</p> <hr/> <p>*Grootouers wat toesig en beheer oor hulle twee kleinkinders ontvang het</p>	<p>*Payton, 1980</p> <hr/> <p>*Kezur, 1980</p> <hr/> <p>*Athanasiou &amp; Gunning, 1999</p> <hr/> <p>*Glazer &amp; Kottman, 1994</p> <hr/> <p>*Bratton &amp; Dee, 1998</p>	<p>PHCSCS; CBRS; HPASF</p> <hr/> <p>Kwalitatiewe studie</p> <hr/> <p>Onderhoude</p> <hr/> <p>Kwalitatiewe gevallestudie</p> <hr/> <p>Kwalitatiewe gevallestudie</p>	<p>Ouers wat in filialterapie opgelei is, is doeltreffender as paraprofessionele mense.</p> <p>Daar is beduidende verbetering ten opsigte van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ouers se houding jeens kinderopvoeding</li> <li>• persoonlikheidsaanpassing by kinders.</li> </ul> <hr/> <p>Moeder-kindkommunikasie en moeder-kindverhouding verbeter beduidend.</p> <hr/> <p>Beide moeders rapporteer verbetering ten opsigte van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• selfvertroue jeens ouerskapvaardighede</li> <li>• die moeder-kindverhouding.</li> </ul> <p>Beide moeders rapporteer dat filialterapie vir hulle doeltreffend was.</p> <hr/> <p>Sy selfvertroue ten opsigte van ouerskapvaardighede verbeter.</p> <hr/> <p>Grootouers is in staat om nuwe vaardighede aan te leer en toe te pas. Die verhouding in die gesin verbeter.</p>
-----------------	--	--	---	--

Ander (vervolg)	<p>*Ouers van kinders met selektiewe mutisme</p> <hr/> <p>*Ouers wat vir kindermishandeling en verwaarlosing aangekla is</p>	<p>*Garwood, 2000</p> <hr/> <p>Ginsberg, 2002</p>	<p>Kwalitatiewe studie</p> <hr/> <p>Kwalitatiewe studie oor 'n tydperk van 3 jaar</p>	<p>Ouers rapporteer verbetering ten opsigte van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hulle toerusting</li> <li>• die toepassing van dissipline</li> <li>• vertroetelende optrede teenoor hulle kinders</li> <li>• ouer-kindverhouding.</li> </ul> <hr/> <p>Ouers rapporteer verbetering ten opsigte van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• selfvertroue</li> <li>• frustrasie</li> <li>• positiewe fisieke kontak met betrokke kind.</li> </ul>
-----------------	--	---	---	---

### 3.10.2 VERANDERING WAT IN KINDERS PLAASGEVIND HET

Daar is bevind dat filialterapie die volgende veranderinge in die kind teweegbring:

- **aanpassing** (Garwood, 2000; Guerney, 1976; Sensue, 1981; Sywulak, 1977);
- **gedragsprobleme** (Athanasiou & Gunning, 1999; Beckloff, 1998; Boll, 1972; Bratton, 1993b; Bratton & Landreth, 1995; Guerney, 1976; Harris, 1995; Harris & Landreth, 1997; Kale, 1997; Landreth & Lobaugh, 1998; Lebovitz, 1982; Lobaugh, 1991; Oxman, 1972; Packer, 1990; Sensue, 1981; Sywulak, 1977; Tew, 1997; Tew *et al.*, 2002; Yuen, 1997);
- **gesinsomgewing** (Gilmore, 1971; Glass, 1986);
- **gedrag tydens die speelsessie** (Glover, 1996; Guerney, 1976); en
- **selfkonsep** (Bratton & Landreth, 1995; Glass, 1986; Glover, 1996; Landreth & Lobaugh, 1998).

#### 3.10.2.1 AANPASSING

Guerney (1976) rapporteer dat die kinders van ouers wat filialterapie deurloop het, verandering toon ten opsigte van simptomatologie en psigososiale aanpassing. Guerney (1976) bestudeer die doeltreffendheid van filialterapie deur van drie verskillende instrumente wat aanpassing meet, gebruik te maak naamlik:

***Wichita Guidance Clinic Parent Check List (WGCPCL)***  
(Brewer, 1958)

Die instrument bestaan uit 50 items en plaas kinders se probleemgedrag in vyf kategorieë, naamlik: leer en prestasie; aktiewe gedrag; passiewe gedrag; versteurde gevoelens; en psigososiale spanning.

***The Des Moines Child Guidance Maladjustment Index: Parenting Rating Scale (DCGMI:PRS)*** (Moore, 1964)

Die instrument bestaan uit 20 items en meet sosiale en emosionele aanpassing ten opsigte van die gesin.

***The Children's Adjustment Inventory (CAI)*** (Guerney, 1976)  
(Meer inligting rakende die instrument is nie beskikbaar nie).

### 3.10.2.2 GEDRAGSPROBLEME

Oxman (1972) se studie het ten doel om te bepaal of filialterapie tot verandering in kinders se gedrag lei, gemeet deur die *Leventhal and Stollack Problem Check List (PCL)* (1965); hoe ouers hulle kinders se gedrag ervaar; en hoe hulle dit graag sou wou hê, soos gemeet deur die *Leary Interpersonal Check List (ICL)* (Oxman, 1972).

Sywulak (1977) maak gebruik van die *Filial Problem Checklist (FPC)* (Horner, 1974) om problematiese gedrag in kinders te meet. Hierdie instrument bestaan uit 108 items.

Bratton (1993b), Bratton en Landreth (1995), Harris (1995), Harris en Landreth (1997), Landreth en Lobaugh (1998), Lobaugh (1991), Sensue (1981) en Yuen (1997) pas Landreth se 10-weke filialterapiemodel toe en maak van die FPC gebruik om ouers se siening van problematiese gedrag in kinders te meet.

Tew (1997), Tew *et al.* (2002), Kale (1997) en Beckloff (1998) pas Landreth se 10-weke filialterapiemodel toe en maak van die *Child Behavior Checklist (CBC)* (Achenbach & Edlebrock, 1983) gebruik om

problematiese gedrag in kinders te meet. Die ouers meld dat hulle meer in beheer voel, aangesien hulle nou weet hoe om na hulle kinders te luister en in staat is om gevoelens te reflekteer, en dat daar 'n afname in frustrasie en manipulasie in die ouer-kindverhouding is.

Beide ouers wat deel van Athanasiou en Gunning (1999) se navorsing is, voltooi *The Behavior Assessment System for Children: Parent Report Form (BASC)* (Reynolds & Kamphaus, 1992) na afloop van filialterapie.

### **3.10.2.3 GESINSOMGEWING**

Glass (1986) ondersoek die uitwerking van filialterapie en maak van die *Children's Version of the Family Environment Scale (CVFES)* (Pino *et al.*, 1984) gebruik. Die CVFES bestaan uit die 30 item, geïllustreerde meervoudigekeuseskaal vir kinders tussen 5 en 12 jaar. Die kinders kies die illustrasie wat die beste by hulle gesin pas.

### **3.10.2.4 GEDRAG TYDENS DIE SPEELSESSIE**

Glover (1996) maak van 'n gewysigde weergawe van die *Children's Play Behavior with Parent Rating Form (CPBWPRF)* (Bratton, 1993a) gebruik om Amerikaanse inboorlingkinders se spelgedrag tydens filialterapie-speelsessies te meet. Die CPBWPRF is 'n vyfpunt bipolêre skaal wat drie dimensies van speelgedrag elke 3 minute beoordeel. Die drie dimensies is:

#### **Kommunikasie van aanvaarding**

Dit meet die ouer se verbale uitdrukking van aanvaarding of verwerping van die kind se gevoelens en gedrag.

#### **Toelating van self-rigtinggewende gedrag aan die kind**

Dit meet die ouer se verbale uitdrukking van aanvaarding en die vergunning aan die kind om te lei.

### **Betrokkenheid**

Dit meet die mate waartoe die ouer aandag skenk aan dit wat die kind doen en deelname wanneer die kind die ouer daartoe uitnooi.

Hierdie drie dimensies dra by tot wenslike speelgedrag wat teenwoordig is wanneer die kind, volgens die meetinstrument, vir 'n minimum van 12 minute tydens 'n 18 minute speelsessie speel, selfversekerdheid toon en die ouer in die spel insluit. Wanneer die kind minder as 3 minute speel, nie in staat is om sonder die ouer se toestemming of aansporing te speel nie, en die ouer verwerp en/of deur die ouer verwerp word, dui dit op nie-wenslike spel.

#### **3.10.2.5 SELFKONSEP**

Glass (1986) maak gebruik van die *Primary Self-Concept Inventory (PSCI)* wat deur Muller en Leonetti (1972) ontwikkel is om die selfkonsep van kinders tydens filialterapie te meet. Hierdie instrument bestaan uit 20 items - kaarte met prente wat kinders in 'n positiewe of negatiewe rol uitbeeld. Die kind word gevra om 'n sirkel om die prent te trek wat die meeste soos hyself/haarself is.

Glover (1996), Landreth en Lobaugh (1998) maak van die *Joseph Pre-school and Primary Self-Concept Scale (JSCS)* (Joseph, 1979) gebruik om die selfkonsep te meet van kinders wat die Landreth (1991) 10-weke filialterapiemodel deurloop. Die JSCS maak van prente gebruik wat teenoorgestelde situasies uitbeeld. Die kind kies die prent met die situasie wat die meeste met sy/haar situasie ooreenstem. Glover bevraagteken egter die gepastheid van die JSCS vir die meting van die selfagtingkonsep van Amerikaanse inboorlingkinders, vanweë kulturele verskille.

'n Opsomming van die navorsingsresultate oor veranderinge wat in kinders plaasgevind het, word in tabel 3.2 weergegee.



**TABEL 3.2: OPSOMMING VAN NAVORSINGSRESULTATE OOR VERANDERING WAT IN KINDERS PLAASGEVIND HET**

KONSTRUK	STEEKPROEF	BRON	MEET-INSTRUMENT	BEVINDINGE NA AFLOOP VAN FILIALTERAPIE
Aanpassing	*Kinders met versteurings	*Guerney, 1976	WGCPCL; DCGMI:PRS; CAI	Die kinders se vlak van aanpassing het beduidend verbeter.
	*Heterogene ouergroep, die groep is na ses maande opgevolg	*Sywulak, 1977; Sensue, 1981	WGCPCL; DCGMI:PRS	Die kinders se vlak van aanpassing het volgens die WGCPCL beduidend verbeter, maar nie volgens die DCGMI:PRS nie. Die 6 maande en 3 jaar opvolgstudie toon nog steeds 'n beduidende verbetering in vergelyking met die resultate voor die aanvang van filialterapie.
	*Kinders met selektiewe mutisme	*Garwood, 2000	Kwalitatiewe studie	Ouers rapporteer dat hulle kinders met selektiewe mutisme beter in staat is om aan te pas en onafhanklik op te tree.
Gedragsprobleme	*Moeders	*Oxman, 1972	PCL; ICL	Die moeders rapporteer: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 'n beduidende verbetering in hulle kinders se gedrag</li> <li>• 'n afname in gedragsprobleme</li> <li>• beleef hulle kinders nader aan die ideale kind.</li> </ul>
	*49,000 verskillende kinders	*Guerney, 1976	PCL; ICL	Die ouers rapporteer 'n beduidende verbetering in die kinders se gedrag.

Gedrags- probleme (vervolg)	*Heterogene ouergroep	*Sywulak, 1977	FPC	Ouers rapporteer 'n beduidende afname in hoeveelheid van problematiese gedrag in kinders selfs na 4 maande.
	*Enkelouers	*Bratton, 1993b; Bratton & Landreth, 1995	FPC	Ouers rapporteer 'n beduidende afname in waarneembare problematiese gedrag in kinders.
	*Moeders in gevangenis	*Harris, 1995; Harris & Landreth, 1997		
	*Vaders in gevangenis	*Landreth & Lobaugh, 1998; Lobaugh, 1991		
	*Chinese ouers woonagtig in Kanada	*Yuen, 1997		
	*Kinders met omvattende ontwikkelingsversteuring	*Beckloff, 1998	CBC	Ouers rapporteer 'n afname in aggressiewe gedrag en depressie-/angssimptome.
	*Kinders met leerprobleme	*Kale, 1997	CBC	Ouers rapporteer 'n beduidende afname in gedragsprobleme.
	*Kinders wat kronies siek is	*Tew, 1997; Tew <i>et al.</i> , 2002	CBC	Ouers rapporteer 'n beduidende afname in gedragsprobleme.
*Kinders wat verstandelik gestremd	*Boll, 1972	VSMS;	Moeders rapporteer dat sosiaal aanvaarbare gedrag van	

Gedrags- probleme (vervolg)	is		PQ	kinders wat verstandelik gestremd is, verbeter het.
	*Moeders	*Lebovitz, 1982	Kwalitatiewe studie	Die kinders se aggressiewe, afhanklike en onttrekkende gedrag verbeter beduidend.
	*'n 4 jarige dogter	*Packer, 1990	Kwalitatiewe gevallestudie	Die 4 jarige dogter toon 'n afname in woedebuie en oefen groter beheer oor haar emosies uit.
	*Twee voorskoolse kinders	*Athanasiou & Gunning, 1999	BASC	Een ouer rapporteer 'n beduidende afname in gedragsprobleme. Die 2 maande opvolgstudie dui nog steeds op 'n afname.  Die ander ouer rapporteer nie 'n beduidende afname in gedragsprobleme nie, aangesien probleme aanvanklik baie min was.
	*'n Vierjarige seun (Head Start Families)	*Johnson <i>et. al.</i> , 1999	Onderhoud	Die moeder rapporteer 'n verbetering ten opsigte van: <ul style="list-style-type: none"> <li>• aggressiewe gedrag teenoor die moeder</li> <li>• skeidingsangs</li> <li>• behoefte om ander te beheer.</li> </ul>

Gesins- omgewing	*Heterogene ouergroep  ..... *Kinders met leergestremdheid	*Glass, 1986  ..... *Gilmore, 1971	CVFES  ..... Kwalitatiewe studie	Die kinders het beduidende veranderinge beleef ten opsigte van: <ul style="list-style-type: none"> <li>• uitdrukkingsvermoë</li> <li>• konflikthantering</li> <li>• intellektuele oriëntasie</li> <li>• beheer.</li> </ul> ..... Gesinsinteraksie verbeter.
Gedrag tydens die speelsessie	*49,000 verskillende kinders  ..... *Amerikaanse-Inboorling kinders	*Guernsey, 1976  ..... *Glover, 1996	Waarneming  ..... CPBWPRF	Aggressie gerig op die ouer bereik vroeg tydens die spesiale speelsessie 'n hoogtepunt en neem dan konstant af.  Die uitdrukking van liefde deur die kind teenoor die moeder verminder, terwyl kontak met haar vermeerder.  ..... Beduidende verbetering ten opsigte van: <ul style="list-style-type: none"> <li>• wenslike speelgedrag</li> <li>• selfrigtinggewende gedrag</li> <li>• verbintenis met die ouer.</li> </ul>

Gedrag tydens die speelsessie (vervolg)				Verbetering ten opsigte van: <ul style="list-style-type: none"> <li>• deurlopende spel</li> <li>• die luim oor die algemeen.</li> </ul>
Selfkonsep	*Heterogene kindergroep	*Glass, 1986	PSCI	Die kinders se selfkonsep het beduidend positief verbeter.
	*Amerikaanse inboorlingkinders	*Glover, 1996	JSCS	Die kinders se selfagting verbeter.
	*Kinders van vaders in gevangenis	*Landreth & Lobaugh, 1998; Lobaugh, 1991	JSCS; onderhoud	Die kinders se selfkonsep het beduidend verbeter. Die vaders se beskrywing van hulle kinders ondersteun die bevinding.
	*Kinders met leergestremdheid	*Gilmore, 1971	Kwalitatiewe studie	Die kinders se selfbeeld verbeter.
Ander	*Kinders wat hinkel	*Andronico & Blake, 1971	Waarneming	Die kinders se hinkel verbeter na mate die emosionele klimaat in die gesin verbeter.
	*Kinders met leergestremdheid	*Gilmore, 1971	Kwalitatiewe studie	Die kinders se akademiese en sosiale funksionering verbeter beduidend.
	*In diepte beskrywing van die filialterapieproses	*Lahti, 1992	Kwalitatiewe studie	Verbetering by kinders ten opsigte van: <ul style="list-style-type: none"> <li>• kommunikasie</li> <li>• aanspreeklikheid vir eie gedrag</li> <li>• gevoelens van geluk</li> </ul>

<p>Ander (vervolg)</p>	<p>.....</p> <p>*Grootouers wat toesig en beheer oor hulle twee kleinkinders ontvang het</p> <p>.....</p> <p>*Kinders met selektiewe mutisme</p> <p>.....</p> <p>Ouers wat vir kindermishandeling en verwaarlosing aangekla is</p>	<p>.....</p> <p>*Bratton &amp; Dee, 1998</p> <p>.....</p> <p>*Garwood, 2000</p> <p>.....</p> <p>Ginsberg, 2002</p>	<p>.....</p> <p>Kwalitatiewe gevallestudie</p> <p>.....</p> <p>Kwalitatiewe studie</p> <p>.....</p> <p>Kwalitatiewe studie oor 'n 3 jaar tydperk</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• onttrekking</li> <li>• aggressiewe gedrag.</li> </ul> <p>.....</p> <p>Sibbe-verhouding verbeter en gedragsprobleme verminder.</p> <p>.....</p> <p>Vermindering van selektiewe mutisme by kinders.</p> <p>.....</p> <p>Verbetering by kinders ten opsigte van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sosiaal en ouderdomstoepaslike spel</li> <li>• enurese en enkoprese</li> <li>• hantering van skeiding.</li> </ul>
------------------------	--	--	--	---

### 3.10.3 NAVORSINGSAMEVATTING

Die navorsingbevindings van al 31 studies hierbo bespreek, is positief. Dit ondersteun filialterapie as 'n kragtige intervensie wat betref die verhoging van ouerlike aanvaarding, ouerlike selfbeeld, empatie, aanpassing by die kind, positiewe veranderinge in die gesinsomgewing en die selfbeeld van die kind, terwyl ouerlike stres en gedragsprobleme by die kind afneem. Die navorsing dui daarop dat filialterapie op verskeie ouers toegepas kan word, byvoorbeeld ouers wat in die gevangenis is, enkelouers, en ouers van verskillende nasionaliteite. Die navorsing ondersteun filialterapie as 'n bruikbare metode om omstandighede wat die ouer-kindverhouding versterk, te skep. Die gevolgtrekking is dat filialterapie suksesvol gebruik kan word om aan ouers die basiese, nie-direktiewe, kindgesentreerde speltherapievaardighede te leer wat hulle toerus om doeltreffende terapeutiese agente in hulle kinders se lewens te wees.

Die resultate van genoemde studies dui daarop dat filialterapie met groot vrug in verskillende situasies en vir 'n verskeidenheid van probleme gebruik kan word. Dit kan as 'n intensiewe of 'n korttermyn behandelingsmetode gebruik word. Filialterapie is 'n buigbare metode wat by verskeie probleme en by 'n gesin se behoeftes aangepas kan word. Ouers wat toepas wat hulle in filialterapie geleer het, dra by tot 'n gesin met minder stres, meer aanvaarding, selfbeheersing, selfvertroue en 'n positiewe selfbeeld.

Die navorsing dui verder daarop dat ouers in staat is om kindgesentreerde speelsessies met hulle kind suksesvol toe te pas. Filialterapie verminder die kind se probleme, terwyl die ouer beter in staat is om die kind te aanvaar. Die navorsing gedoen deur opvolgstudies toon dat die resultate langdurig van aard is.

### 3.11 STRUKTUUR EN INHOUD VAN FILIALTERAPIE

Die struktuur en inhoud van Landreth (1991) se 10-weke filialterapiemodel is deur Bratton (1993b), een van Landreth se studente, verder aangepas. Die navorser van onderhawige studie maak van 'n kombinasie van die twee modelle gebruik, aangesien sy daarin opgelei is en hierdie model in verskeie lande, met uitsluiting van Suid-Afrika, goed nagevors is.

### 3.12 SAMEVATTING

Filialterapie is 'n metode waardeur beide ouer en kind hulp ontvang en sodoende nader aan 'n gesonde ouer-kindverhouding beweeg. Die aard van die ouer-kindverhouding is vandag en môre van primêre belang vir die geestesgesondheid van individue in Suid-Afrika. Die opleiding van ouers deur opgeleide terapeute om as terapeutiese agente in hulle kind se lewe op te tree, blyk die doeltreffendste en mees ekonomiese wyse te wees om die toekomstige geestesgesondheid van ons kinders en uiteindelik ons samelewing te verseker. Die voorsiening van voorkomende behandeling vir kinders en hul ouers is die enigste wyse waarop ons werklik 'n verskil (in Suid-Afrika) sal kan maak (Papp, Silverstein & Carter, 1974; Felner & Abner, 1983).

In 'n uitgebreide navorsingsprojek deur Stinnett en DeFrain (1985) identifiseer hulle ses basiese eienskappe wat in hegte, geestelik gesonde gesinne teenwoordig is. Hierdie eienskappe is:

#### **Gesinsbande**

Gesinslede verbind hulle tot 'n hegte onderlinge verhouding wat mekaar ondersteun en in staat stel om as individue te groei en te ontwikkel.



**Waardering**

Gesinslede betoon waardering teenoor mekaar en beskik oor die vermoë om spesifiek te wees oor sake wat hulle pla.

**Kommunikasie**

Gesinslede beskik oor goeie kommunikasievaardighede en kommunikeer op 'n gereelde basis met mekaar.

**Plesierige tye saam**

Dit is 'n prioriteit om tyd as gesin saam te spandeer en om dinge te doen wat die hele gesin geniet.

**Spirituele gesondheid**

Spiritualiteit help gesinne om perspektief te behou.

**Hanteringsvaardighede**

Die gesin beskik oor die vermoë om mekaar in tye van swaarkry by te staan en te ondersteun.

Daar bestaan 'n sterk ooreenkoms tussen bogemelde eienskappe en die doelwitte van filialterapie.

Dit is duidelik uit die navorsing dat filialterapie hoogs doeltreffend is om langtermyn, positiewe veranderinge in die kind, ouer en gesin teweeg te bring. Die navorsingsprobleem handel oor die doeltreffendheid van filialterapie in 'n Suid-Afrikaanse konteks.

'n Uiteensetting van die 10-weke filialterapiemodel word in hoofstuk 4 bespreek. Die hoofstuk het ten doel om as 'n handleiding te dien vir die terapeut wat filialterapie aanbied.

## HOOFSTUK VIER

### 'N UITEENSETTING VAN DIE 10-WEKE FILIALTERAPIEMODEL

Hierdie hoofstuk bevat enkele herhalings van gedeeltes wat elders in die studie voorkom. Die doel is dat dié hoofstuk op sy eie as handleiding sou kon dien vir die terapeut wat filialterapie aanbied. Die inhoud is gebaseer op die literatuur oor filialterapie en Landreth (1991) se 10-weke filialterapiemodel, terwyl die verwerking, uiteensetting en samestelling dié van die navorsers is.

Omdat die hoofstuk bedoel is om as 'n handleiding gebruik te word, is die formuleringstyl kripties. Volledige omskrywings is in hoofstuk 3 gegee en word dus nie weer hier herhaal nie.

#### 4.1 SESSIE 1

1. Bekendstelling
2. Filialterapie - 'n oorsig
3. Gesinsvoorstelling
4. Basiese agenda vir die 10-weke opleidingsprogram
5. Video-opname oor emosies
6. Reflektiewe luister
7. Praktiese reël vir die week
8. Tuisopdragte
9. Samevatting

#### 4.1.1 BEKENDSTELLING

Die terapeut stel haarself en die ko-terapeut (voorligtingsielkundige) aan die ouers voor, heet hulle welkom, verskaf naamkaartjies en die nodige notas (Bylae 1, Uitdeelstuk 1). Daar word elke week 'n uitdeelstuk aan die ouers verskaf (Bylae 1, Uitdeelstukke 1 tot 10).

Die eerste aktiwiteit dien as ysbreker. Ouers ontvang elkeen 'n ballon en word versoek om daarmee te speel, sonder om te praat. Die doel van hierdie oefening is om ouers nader aan hulle eie kindwees te bring en die belangrikheid van verbale en nie-verbale kommunikasie te beklemtoon.

Die doel van die navorsing word vervolgens aan ouers verduidelik. Vier meetinstrumente wat vir die insameling van data gebruik word, word aan ouers uitgedeel om tuis te voltooi. (Weens die wet op kopiereg verskyn die meetinstrumente nie in die bylae nie.)

Ouers word versoek om deel te neem aan die proses en vry te voel om inligting te deel. Die belangrikheid van betrokkenheid en vertroulikheid word beklemtoon en bespreek.

#### 4.1.2 FILIALTERAPIE - 'N OORSIG

Filialterapie is 'n unieke benadering tot terapie. Die doel is om die ouer in nie-direktiewe, kindgesentreerde, spelterapeutiese vaardighede te onderrig en so die ouer-kindverhouding te versterk en moontlike probleme uit die weg te ruim of te voorkom.

*Filial* word afgelei van die Latynse woord *filius* - seun en *filia* - dogter (Marchant & Charles, 1957). Die Engelse woord *filial* beteken "of or due from son or daughter, pertaining to or befitting a son or daughter", *filiation* "the relation of a child to a parent" (Sykes, 1982). In Duits het ons die woord *Filiale* (Brandt & Leue, 1973) en in Afrikaans *filiaal*, met

gelykluidende betekenis wat dui op "kinderlik; tussen ouers en kinders; van kinders teenoor ouers." Daar word ook gepraat van *filiale band* en *filiale onderhoudspligte* tussen ouers en kinders en omgekeerd. Die Griekse woord *filia* dui op liefde vir ander wat gekenmerk word deur saggeardheid, belangstelling, ondersteuning en aanmoediging (Grosheide & Van Itterzon, 1958) - eienskappe wat die kernelemente van filialterapie verteenwoordig. Filialterapie is dus die genesing van die kind binne die filiale of familieverband.

#### **4.1.2.1 DIE ONTWIKKELING VAN FILIALTERAPIE**

Filialterapie is in 1960 deur dr. Bernard en Louise Guerney, 'n psigiater en sy vrou, ontwikkel. Uitgebreide navorsing en die toepassing van hierdie benadering dui daarop dat dié terapie doeltreffend aangewend kan word om kinders te help, ouer-kindverhoudings te verbeter en gesinsbande te versterk. Tydens filialterapie word ouers geleer hoe om spesiale speelsessies met die kind te hê. Die terapeut onderrig, gee supervisie en ondersteun ouers in die aanleer van nuwe vaardighede. Ouers word gehelp om op 'n nie-direktiewe manier met hulle kinders te speel en die boodskap wat die kind deur middel van speel kommunikeer, te verstaan.

#### **4.1.2.2 DIE WAARDE VAN SPEEL**

Die belangrikheid van spel in 'n kind se ontwikkeling en lewe word bespreek, met die klem op die volgende:

- 'n Kind se primêre voertaal is speel. Speelgoed kan gesien word as die woorde en die wyse van speel, die taal van spel. Selfuitdrukking vind dus deur middel van spel plaas.
- Speel is op aksie in plaas van woorde gebaseer.
- Deur op speel te fokus raak ouers bewus van die kind se behoeftes. Sodoende kan probleme voorkom word.

- Spel leer die kind om sy/haar omgewing te verken, die wêreld te leer ken en te verstaan hoe dinge werk.
- Speel ontwikkel fisiese, verstandelike en sosiale vaardighede.

Speel is die taal wat kinders besig. Ouers sal hulle kinders beter begryp en 'n meer sinvolle verhouding met hulle daar kan stel indien hulle in staat is om speel te verstaan. Die ouer leer meer van die kind se gedagtes, gevoelens, dit wat hom/haar motiveer en dit waarmee die kind worstel deur 'n kind se spel waar te neem as wanneer hy/sy slegs met die kind praat (VanFleet, 1994, 2000). Langtermynstudies wat op diere uitgevoer is, toon dat speel diere voorberei vir die uitdagings en teenstrydighede van die lewe, terwyl dit terselfdertyd ook fisiese en verstandelike vaardighede en 'n sterker sosiale gebondenheid ontwikkel (Brown, 1994). Dit is ook waar in die geval van kinders en volwassenes. Daar bestaan 'n verband tussen speelsheid en humor en geestesgesondheid, intellektuele ontwikkeling, kreatiwiteit, probleemoplossing en produktiwiteit (VanFleet, 2000). Spel is dus nie triviaal nie.

#### 4.1.2.3 DIE DOEL VAN FILIALTERAPIE

'n Rede waarom filialterapie doeltreffend vir 'n groot verskeidenheid probleme doeltreffend aangewend kan word, kan toegeskryf word aan die feit dat dit nie op die probleem fokus nie, maar op die wyse van ouer-kindinteraksie (Ortwein, 1997). Ouers word die versekering gegee dat filialterapie voordele vir sowel die betrokke kind as die ouers en die res van die gesin inhou.

Die doel van filialterapie is om **kinders** te help om:

- begrip vir hulle eie en ander persone se gevoelens te ontwikkel;

- hulle gevoelens op 'n toepaslike wyse uit te druk sodat daar doeltreffend in hulle behoeftes voorsien kan word;
- gehoor te word;
- probleemoplossingsvaardighede te ontwikkel;
- probleemgedrag te verminder;
- konflik en probleme deur te werk sodat hulle beter in staat is om aan te pas;
- beter keuses uit te oefen en verantwoordelikheid vir hulle keuses te aanvaar;
- vertroue in hulle ouers te ontwikkel; en
- 'n positiewe selfbeeld en selfvertroue te ontwikkel.

Die doel van filialterapie is ook om **ouers** te help om:

- begrip rakende die kind se ontwikkeling te verbeter;
- begrip vir die kind se gevoelens en motiewe te verbeter;
- kennis te neem van die belangrike rol wat spel en emosies in 'n kind se aanpassing speel;
- toegang te verkry tot die kind se innerlike leefwêreld;
- doeltreffender ouerskapsvaardighede aan te leer;
- frustrasie ten opsigte van ouerskap te verminder;
- 'n instrument te wees waardeur die kind gehelp word;
- beheer te verkry oor situasies in die gesin;
- doeltreffender te kommunikeer;
- selfvertroue as ouer te ontwikkel; en
- gevoelens van warmte, empatie en vertroue jeens hulle kind te versterk.

Die doel van filialterapie is verder om die **gesin** te help om:

- 'n gesinsklimaat wat gekenmerk word deur 'n openheid en samehorigheid te bevorder. So 'n klimaat dra by tot 'n

sosiaal, emosioneel, intellektueel, gedrags-, fisieke en spiritueel gebalanseerde kind en gesin;

- moontlike probleme wat in die gesin mag bestaan, te verminder of uit te skakel;
- probleme te voorkom;
- die ouer-kindverhouding te versterk;
- kommunikasievaardighede binne die gesin te verbeter;
- die gesin se vermoë om gelukkige tye saam te spandeer uit te bou; en
- die gesin toe te rus met vaardighede wat hulle in die toekoms kan gebruik.

Samevattend gesien het filialterapie ten doel om probleme te elimineer en te voorkom, ouer-kindverhoudings deur positiewe ouer-kindinteraksie te versterk en die gesin se kommunikasie-, hanterings- en probleemoplossingsvaardighede te verbeter.

Die boodskap wat aan die ouers oorgedra word, is dat die kind, ouer, ouer-kindverhouding en gesin oor die 10-weke periode ten goede gaan verander.

#### **4.1.3 GESINSVOORSTELLING**

Ouers word gevra om hulleself voor te stel en hulle gesin te beskryf. Elke ouer kies 'n kind wat deel van die filialterapieprogram gaan wees, op wie gefokus en met wie daar gewerk gaan word. Die ouer beskryf die betrokke kind en bespreek die probleme en bekommernis wat ervaar word. Ouers meld ook wat hulle graag tydens filialterapie wil bereik. Dit is belangrik om die groep betrokke te kry deur algemene opmerkings, soos byvoorbeeld of daar ander ouers is wat net soos hulle voel en dieselfde probleme ondervind.

#### **4.1.4 BASIESE AGENDA VIR DIE 10 WEKE**

Die ouers moet bereid wees om hulleself vir 10 weke tot die program te verbind. Hulle moet met die gekose kind 'n spesiale speelsessie van 'n halfuur per week inruim - altyd op dieselfde dag en tyd. Die ouer het dus na die derde filialterapiesessie 'n weeklikse afspraak met die kind. Elke ouer onderneem om 'n video-opname van 'n spesiale speelsessie te maak en vir bespreking saam te bring. Indien ouers nie oor die nodige fasiliteit beskik nie, kan die kind saamgebring word vir 'n demonstrasie in die speelkamer. Die wyse waarop die ouer met die kind gaan speel word deur die terapeut gedemonstreer, bespreek en deur middel van rolspel geoefen. Die waarheid dat geduld nodig is om hierdie nuwe taal aan te leer, word beklemtoon.

#### **4.1.5 VIDEO-OPNAME OOR EMOSIES**

'n Video van 10 minute wat handel oor babas en hulle emosies, en die invloed van ouers se reaksie op die babas se emosies, word vertoon. Die video wys hoe babas met hulle ouers interaksie probeer bewerkstellig. Indien hulle geen terugvoer van die ouers ontvang nie, hou hulle op om te lag en te koer. Die belangrikheid van wedersydse kommunikasie kom hieruit na vore.

Die feit dat ouers in staat is om tussen verskillende huilpatrone van hulle baba te differensieer, word bespreek. Soos verbale kommunikasie toeneem, is die mens geneig om minder op nie-verbale kommunikasiepatrone te reageer. Hierdie bespreking dien as inleiding tot reflektiewe luister.

#### **4.1.6 REFLEKTIEWE LUISTER**

Reflektiewe luister (dit word soms aktiewe luister of empatiese luister genoem) is noodsaaklik wanneer doeltreffende kommunikasie nagestreef word. Deur reflektiewe luister toon die ouer sensitiwiteit en



begrip teenoor die kind en wys dat hy/sy die kind se emosies en behoeftes aanvaar. Die ouer probeer om die wêreld deur die kind se oë te sien en kommunikeer dit dan aan die kind. Die gebruik van empatiese geluide, soos byvoorbeeld: "Uhm, Ohh, Ahh", is ook deel van reflektiewe kommunikasie en dra die boodskap oor dat die ouer luister. Reflektiewe luister kan beskryf word as:

- 'n Proses waar die ouer volg, in plaas van te lei. Die kind se behoeftes word in ag geneem en die aandag is op die kind gefokus.
- 'n Proses waar stellings gemaak word, in plaas daarvan om vrae te vra. Vrae inhibeer die kind se vermoë om eie inisiatief te gebruik en plaas die kind op die verdediging.
- 'n Proses waar gedrag, gevoelens, wense en behoeftes gereflekteer word.

Kinders is geneig om vrae te vra, terwyl hulle meestal nie regtig in die antwoord belangstel nie. Die ouer word geleer om oor die kind se vraag na te dink en dit te reflekteer, eerder as om dit te beantwoord, want wanneer die ouer die vraag beantwoord, neem die ouer die leiding in die situasie. Kinders gebruik soms vrae om 'n argument te ontlok. Ouers kan hierdie slagkat vermy deur van reflektiewe kommunikasie gebruik te maak. Vrae word gereflekteer deur die kind se vraag met 'n stelling te herhaal. Wanneer 'n kind se vraag 'n werklike behoefte aandui (byvoorbeeld waar die badkamer is), herhaal die ouer eers die vraag en verskaf dan 'n antwoord daarop.

Gedrag word gereflekteer deurdat die ouer die inligting wat die kind deur middel van spel kommunikeer, in woorde omsit. Die waarde hiervan is dat dit aan die kind kommunikeer dat die ouer:

- op hom/haar fokus;
- begrip toon vir dit wat die kind kommunikeer;

- die kind die geleentheid bied om die leiding te neem, terwyl die ouer volg; en
- aan die kind die geleentheid bied om die ouer te korrigeer indien 'n verkeerde afleiding gemaak word.

Gedrag word ook op 'n nie-verbale manier deur gesigsuitdrukkinge, liggaamshouding en stemtoon gereflekteer.

Emosies is ingebore, deel van menswees en ten alle tye aanvaarbaar, maar die gedrag wat op die emosies volg, is nie noodwendig aanvaarbaar nie. Kinders word met emosies gebore, maar sonder die vermoë om hierdie emosies te verwoord en tussen verskillende emosies te onderskei. Die ouer se rol in filialterapie is om die kind se emosies te herken en vir die kind te verwoord. Ouers is slegs in staat om gevoelens te reflekteer wanneer hulle ingestel is op dit wat die kind op daardie oomblik emosioneel beleef.

Daar bestaan genoegsame bewyse dat wanneer emosies verwoord word, sonder die beoordeling of korrigering daarvan, dit dikwels terapeutiese waarde het (Ortwein, 1997). Ouers is oor die algemeen geneig om wanneer kinders negatiewe emosies uitdruk, die emosies te evalueer, te ontken of te veroordeel. Hierdie neiging is vir ouers moeilik om af te leer en daarom word die volgende aan ouers uitgelig (Ortwein, 1997):

- Gevoelens is van verbygaande aard.
- Gevoelens verander dikwels wanneer dit erken en verwoord word.
- Die intensiteit van gevoelens verander wanneer aanvaarding en empatie beleef word.
- Gevoelens verander of verdwyn nie net omdat ouers dit veroordeel nie. Die kind mag wel ophou om aan die gevoel uitdrukking te gee, maar dit sal nog steeds daar wees.

- Die uitdrukking van gevoelens bevorder geestesgesondheid, terwyl die onderdrukking of ontkenning daarvan tot negatiewe simptome kan lei.

'n Kind se wense en behoeftes, dit wat die kind verwoord en dit waarvan die kind dalk nie eens bewus is of uitspreek nie, behoort deur die ouer gereflekteer te word.

Die ouer poog om deur middel van reflektiewe luister die volgende boodskap aan die kind oor te dra:

- Ek is **hier**. Jy is belangrik en daarom is my volle aandag by jou. Die ouer is dus ten volle emosioneel teenwoordig by die kind.
- Ek **hoor** jou. Ek hoor en sien wat jy vir my wil sê. Die ouer hoor en sien wat die kind sê of nie sê nie.
- Ek **verstaan**. Ek verstaan dat jy besig is om jou gevoelens en belewenisse aan my te kommunikeer.
- Ek **gee om**. Ek gee werklik om vir jou en jy is vir my baie belangrik en daarom is ek hier. Ek hoor en verstaan jou.

In sy/haar respons moet die ouer daarteen waak om een van die volgende boodskappe oor te dra:

- Ek stem altyd saam.
- Ek moet jou gelukkig maak.
- Ek sal jou probleme vir jou oplos.

Die voordeel van die reflektering van gedrag, emosies, wense en behoeftes is dat dit nie skade berokken wanneer die ouer se refleksie

foutief is nie. Die kind sal eenvoudig die ouer op 'n verbale of nie-verbale manier korrigeer.

#### 4.1.7 PRAKTIESE REËL VIR DIE WEEK

Die praktiese reël vir die week is:

- *You can't give away what you do not possess.*

Die reël word bespreek. Die boodskap is dat ouers dikwels bewus is van hulle eie mislukkings. Dit is belangrik dat die ouer geduld en aanvaarding teenoor homself/haarself moet betoon, voordat dit aan die kind betoon kan word.

#### 4.1.8 TUISOPDRAGTE

Die volgende tuisopdragte word aan ouers gegee. Terugvoer moet by die volgende byeenkoms gegee word:

- Die artikel *Tell me more* (Uitdeeltuk 1, par. 1.2 ) moet deur ouers gelees word.
- Die gedig *If I had my child to raise over again* (Uitdeeltuk 1, par. 1.3) moet deur ouers gelees word.
- Ouers word versoek om bewus te raak van 'n fisieke eienskap van hulle kind waarvan hulle dalk nie voorheen bewus was nie. Dit dwing ouers om fisiek nader aan die kind te beweeg.
- Reflektiewe luister (Uitdeeltuk 1, par. 1.5) moet die week deur die ouers tuis geoefen word. Ouers identifiseer die betrokke kind se vier basiese emosies (geluk, hartseer, woede en vrees) en reflekteer dit aan die kind. Ouers moet die situasie (dit wat gebeur het) en hulle empatiese reaksie

daarop neerskryf. Dit sal tydens die volgende byeenkoms bespreek word.

- 'n Lys van basiese speelgoed (Uitdeeltuk 1, par. 1.7) (speeldeeg, vetkryte, gom, kleefband, papier, stomppuntskêr, masker, tou, plastiese mes, mak en wilde diere, soldate, pyltjiegeweer, bababottel, pop, kombesie, doos vir pophuis, pophuismeubels, 'n gesin poppies, handpop, karretjie, dokterstel, telefoon en pleisters) wat vir die spesiale speelsessie nodig is, word verskaf. Ouers moet vasstel watter van hierdie speelgoed hulle reeds besit, wat hulle kan leen en wat aangekoop moet word.
- Vier meetinstrumente wat gebruik word vir die insameling van data word aan ouers verskaf om te voltooi en tydens die volgende byeenkoms in te handig.

#### **4.1.9 SAMEVATTING**

'n Kort samevatting van die sessie word gegee. Ouers word aangemoedig om die terapeut te skakel indien daar enige onsekerheid bestaan. Die ouers gee terugvoer rakende die eerste sessie, byvoorbeeld oor dit wat vir hulle waardevol was.

#### **4.2 SESSIE 2**

1. Bespreek tuisopdragte
2. Basiese beginsels vir die spesiale speelsessies
3. Die doel van die spesiale speelsessies
4. 'n Belangrike punt om in ag te neem
5. Speelgoed wat nodig is
6. Die plek waar spesiale speelsessies plaasvind
7. Proses tydens die spesiale speelsessies
8. Demonstrasie van 'n spesiale speelsessie

9. Praktiese reël vir die week
10. Tuisopdragte
11. Samevatting

#### **4.2.1 BESPREEK TUISOPDRAGTE**

Sessie 2 en daaropvolgende sessies begin telkens met 'n bespreking van die vorige week se tuisopdragte. Ouers kry die geleentheid om terugvoering te gee en hulle ervaring, belewenis of probleme met die terapeut en groep te bespreek.

#### **4.2.2 BASIESE BEGINSELS VIR DIE SPESIALE SPEELSESSIES**

Die spesiale speelsessies is op nie-direktiewe, kindgesentreerde spelterapeutiese beginsels gegrond. Ooreenstemmend hiermee, gun die ouer aan die kind die geleentheid om gedurende die spesiale speelyd grootliks in beheer te wees. Tog is dit nie 'n tyd sonder beperkings en grense nie. Filialterapie ondersteun die siening dat die ouer die gesaghebbende persoon in 'n kind se lewe is, aangesien toepaslike ouerlike beheer sekuriteit in 'n kind se lewe verskaf. Die redes waarom die kind wat tydens die spesiale speelsessie in beheer moet wees, word aan die ouers verduidelik:

- 'n Kind beleef in die alledaagse lewe min geleentheid van in-beheer-wees. Indien 'n kind nie soms die geleentheid gegun word om in beheer te wees nie, kan hy/sy op 'n ontoepaslike wyse probeer om 'n gevoel van beheer te verkry.
- 'n Gebrekkige ervaring van in-beheer-wees kan aanleiding gee dat die kind beheer uitoefen oor die verkeerde dinge, byvoorbeeld oor sy/haar omgewing en ander persone, in plaas daarvan om selfbeheer toe te pas.
- 'n Gebrekkige ervaring van in-beheer-wees kan daartoe lei dat die kind dié behoefte versak en byvoorbeeld onttrek of

depressief raak en gevolglik nie in staat is om leiding te neem nie.

- Ervarings van in-beheer-wees bied aan die kind die geleentheid om unieke vaardighede te ontwikkel wat hom/haar in staat stel om probleme self op te los.
- Om geestesgesond te wees is dit nodig dat 'n kind voel dat hy/sy 'n mate van beheer oor die lewe het.
- Om in beheer te wees van die self stel 'n kind in staat om die dinge waarvoor hy/sy geen beheer het nie, te hanteer.

Dit is aanvanklik moeilik vir ouers om aan hulle kinders die geleentheid te bied om tydens die spesiale speelsessie hulle eie keuses te maak. Die volgende drie punte word aan ouers uitgelig:

- Die ouer bly die gesaghebbende persoon in beheer en pas wanneer nodig beperkings toe.
- Die belewenis van in-beheer-wees gedurende die spesiale speelyd, verminder ontoepaslike pogings van in-beheer-wees gedurende ander tye.
- Die kind begin in die self en sy/haar vermoëns glo, terwyl verantwoordelikheid vir eie keuses geneem word.

Die vier basiese beginsels wat tydens die spesiale speelsessie geld, word bespreek (Landreth, 1991):

- Die kind word die vryheid gegun om self te besluit hoe hy/sy hierdie tyd wil benut, neem die leiding, en die ouer volg. Die ouer maak geen voorstelle en vra geen vrae nie.
- Die ouer se hoofdoel is om met die kind in voeling te kom en te poog om die kind se gedrag, denke en gevoelens te verstaan.

- Die ouer kommunikeer aan die kind dat hy/sy verstaan word. Gevolglik verbaliseer die ouer die kind se gedrag, denke en gevoelens.
- Wanneer dit nodig is om beperkings te stel, geskied dit op 'n duidelike en ferm manier. Die tydsduur van die speelsessie word beperk, so ook die breek van speelgoed en die seermaak van iemand.

Die toepassing van hierdie beginsels dra daartoe by dat kinders geneig is om hulleself meer te ontbloot en ouers beter in staat is om hulle kinders te verstaan. Gevolglik word die ouer-kindverhouding versterk. 'n Sterk ouer-kindverhouding lei tot 'n afname in probleme en bevorder 'n gesonde en gelukkige gesinslewe.

#### **4.2.3 DIE DOEL VAN DIE SPESIALE SPEELSESSIES**

Spesiale speelsessies het ten doel:

- om die kind se persepsie van wat die ouer se gevoelens, houding en gedrag teenoor hom/haar is, te verander;
- om die kind die geleentheid te bied om deur medium van spel, sy/haar gedagtes, gevoelens en behoeftes aan die ouer te kommunikeer; en
- om die kind te help om meer positiewe gevoelens ten opsigte van selfrespek, selfwaarde en selfvertroue te ontwikkel.

#### **4.2.4 'N BELANGRIKE PUNT OM IN AG TE NEEM**

Die spesiale speelsessies en die tegnieke wat deur ouers aangeleer word en tydens die speelsessie toegepas word, is waardeloos indien dit meganies toegepas word. Die ouer moet empaties wees en opreg poog om die kind met liefde en deernis te verstaan.



*"The skills are important, but it is you and your love that give the magic powers to the play" (Ortwein, 1997:77).*

#### **4.2.5 SPEELGOED WAT VIR DIE SPESIALE SPEELSESSIE NODIG IS**

'n Lys van speelgoed wat vir die speelsessie nodig is, is reeds die vorige week aan die ouers verskaf. Die keuse van speelgoed bied aan die kind die geleentheid om homself/haarself uit te druk, kreatief en spontaan te wees (Cambell, 1993). Die keuse van speelgoed moet aan drie vereistes voldoen (VanFleet, 2000):

- speelgoed moet nie gevaarlik wees nie;
- 'n verskeidenheid van speelgoed moet beskikbaar wees sodat verskeie emosies en idees uitgedruk kan word; en
- die verbeelding van die kind moet daardeur aangegryp word en dit moet projektiewe spel toelaat.

Die speelgoedversameling moet uitdrukking van die volgende kategorieë toelaat (VanFleet, 2000):

- aggressie ontlading, mag en beheer (geweer, mes)
- vertroeteling en afhanklikheid (pop, mediese stel)
- kommunikasie (telefoon, bal)
- gesinsdinamika (pophuis, poppe)
- ontsnap en skeep van afstand (voertuie)
- rollespel (masker)
- kreatiwiteit (kunsmateriaal, klei)

Ouers word die geleentheid gegun om speelgoed wat hulle graag by die versameling wil voeg, te bespreek. Ginsberg (1997) noem dat in die geval van ouer kinders (9-12 jaar) 'n pak kaarte of 'n bordspeletjie by die versameling gevoeg kan word.

Die speelgoed word eenkant gehou en slegs tydens die spesiale speelsessie gebruik. Die rasionaal is dat dit bydra tot die uniekheid van hierdie tyd en die terapeutiese waarde van die speelgoed verhoog.

#### **4.2.6 DIE PLEK WAAR DIE SPESIALE SPEELSESSIES PLAASVIND**

Dit is belangrik dat die spesiale speelsessie nie in die kind se slaapkamer plaasvind nie, aangesien daar ander speelgoed is wat die aandag mag aflei. Die plek waar die spesiale speelsessies plaasvind, moet aan die volgende vereistes voldoen:

- Die vertrek moet hom leen tot vrye spel sonder die vrees dat voorwerpe beskadig kan word.
- Onderbrekings moet sover moontlik uitgeskakel word.

#### **4.2.7 PROSES TYDENS DIE SPESIALE SPEELSESSIES**

Die ouer verduidelik aan die kind dat hy/sy besig is om te leer hoe om op 'n ander manier met hom/haar te speel en dat hulle een keer per week 'n spesiale speelsessie gaan hê.

Voor die aanvang van die spesiale speelsessie besoek die kind die toilet om te verhoed dat kosbare tyd vermors word. Die ouer verduidelik aan die kind dat hulle 30 minute van spesiale speelyd saam het en gedurende dié tyd kan hy/sy op verskillende maniere met die speelgoed speel. Indien daar iets is wat die kind nie mag doen nie, sal die ouer dit aan die kind kommunikeer wanneer sulke gedrag na vore kom.

Die kind neem die leiding gedurende die spesiale speelsessie en bepaal wat gaan gebeur. Indien die kind vra dat die ouer saamspeel, speel die ouer saam, maar die kind sê vir die ouer presies wat hy/sy moet doen. Die kind bly dus in beheer. Die ouer moet deurgaans

heelyd besig om die kind se gedrag en gevoelens verbaliseer. Dit is belangrik dat die ouer nie die speelgoed benoem nie, maar die kind se benaming daarvoor moet gebruik.

Vyf minute voordat die spesiale speelyd verstryk, wys die ouer die kind daarop dat daar nog net 5 minute speelyd oor is. Die kind word op hierdie wyse daarop voorberei dat die speelsessie amper verby is. Dit is belangrik dat die ouer nie oor die tydsgrens gaan nie, aangesien 'n vasgestelde tyd struktuur aan die sessie verskaf.

Die ouer is verantwoordelik om na afloop van die spesiale speelsessie die opruimwerk te doen. Die rasionaal hieragter is dat speel 'n kind se natuurlike manier van kommunikeer is en dit dus nie terapeuties is om van die kind te verwag om dit wat hy/sy nou met die ouer gedeel het, weer terug te pak nie. Hierdie reling geld slegs vir die spesiale speelsessie.

#### **4.2.8 DEMONSTRASIE VAN 'N SPESIALE SPEELSESSIE**

Die terapeut demonstreer deur middel van rollespel die tegnieke verbonde aan die spesiale speelsessie. Die proses word bespreek en klem word gelê op die volgende:

- Die kind neem die leiding.
- Die ouer volg die proses.
- Die ouer verbaliseer dit wat hy/sy sien en hoor.
- Daar word geen vrae gestel nie.
- Die speelgoed word nie deur die ouer benoem nie.

Die ouers oefen die tegnieke deur middel van rollespel op mekaar en gee aan mekaar terugvoer.

#### 4.2.9 PRAKTIESE REËL VIR DIE WEEK

Die praktiese reël vir die week is:

- *When a child is drowning, don't try to teach him to swim.*

Die reël word bespreek. Die boodskap is dat wanneer 'n kind ontsteld is, dit nie die regte tyd is om 'n reël of waarde aan die kind voor te hou nie.

#### 4.2.10 TUISOPDRAGTE

Die volgende tuisopdragte word aan ouers gegee. Terugvoer moet by die volgende byeenkoms gegee word:

- Speelgoed vir spesiale speelsessie moet aangeskaf word.
- Reflektiewe kommunikasie moet geoefen word (Uitdeeltstuk 2, par. 2.7).
- Daar moet oor 'n dag, tyd en plek waar die spesiale speelsessies gaan plaasvind, besluit word. Die ouer maak dus 'n afspraak met die kind.
- Ouer en kind maak saam 'n "moenie steur nie" bordjie.

#### 4.2.11 SAMEVATTING

'n Kort samevatting van die sessie word gegee. Ouers word versoek om die gebruik van tegnieke wat hulle aanleer te beperk tot die spesiale speelsessie. Dit word weer beklemtoon dat geduld nodig is wanneer 'n nuwe tegniek aangeleer word.

### **4.3 SESSIE 3**

1. Bespreek tuisopdragte
2. Die agt basiese beginsels van nie-direktiewe kindgesentreerde speltherapie word bespreek
3. Basiese reëls wat tydens filialterapie geld
4. Sinsnedes wat tydens die spesiale speelsessie van waarde kan wees
5. Herkenning van speeltemas
6. Gedrag tydens spesiale speelsessie wat ouers na elke speelsessie moet notuleer
7. Rollespel van die spesiale speelsessie
8. Praktiese reël vir die week
9. Tuisopdragte
10. Samevatting

#### **4.3.1 BESPREEK TUISOPDRAGTE**

Die tuisopdrag rakende reflektiewe kommunikasie word bespreek en die waarde daarvan word weer beklemtoon. Ouers gee terugvoer oor die dag, tyd en plek waar die spesiale speelsessie gaan plaasvind en oor die speelgoed wat nog aangeskaf moet word. Die "moenie steur nie" bordjie word aan die groep gewys.

#### **4.3.2 DIE AGT BASIESE BEGINSELS VAN NIE-DIREKTIEWE KINDGESENTEERDE SPELTERAPIE**

Een van die grootste geskenke wat 'n ouer aan 'n kind kan gee, is onvoorwaardelike aanvaarding van wie hy/sy is en vertroue in die kind se vermoë (VanFleet, 2000). Die agt basiese beginsels van nie-direktiewe speltherapie wat deur Virginia Axline (1969) ontwikkel is en waarop filialterapie geskoei is, word bespreek:

Die terapeut (ouer):

- Vorm 'n warm en vriendelike verhouding met die kind, waarbinne kommunikasie gemaklik en openlik kan plaasvind.
- Aanvaar die kind vir wie hy/sy is. Verwoording, gevoelens en keuses word aanvaar met die voorbehoud dat gedrag nie die beperkings oorskry nie.
- Vestig 'n gevoel van ongebondenheid in die verhouding, sodat die kind gevoelens vrylik kan uitdruk.
- Is gereed om die kind se gevoelens te herken en op so 'n wyse te reflekteer dat die kind insig in sy/haar emosies en gedrag kry.
- Respekteer die kind se vermoë om eie probleme op te los en gun die kind die geleentheid daartoe. Die verantwoordelikheid om keuses uit te oefen en verandering te bewerkstellig berus by die kind.
- Poog geensins om die kind se optrede of gesprekke in 'n rigting te stuur nie. Die kind lei en die terapeut (ouer) volg.
- Poog nie om die terapeutiese proses te versnel nie. Dit is 'n geleidelike proses en die terapeut (ouer) respekteer dit deur geduld te betoon.
- Stel die beperkings (die breek van speelgoed; die besering van die self/ouer; die tydsgrense) wat noodsaaklik is om die proses realiteitsgebonde te hou en die kind bewus te maak van die verantwoordelikheid in hierdie verhouding.

Hierdie beginsels verteenwoordig die gesindheid wat tydens die spesiale speelsessie deur ouers nagestreef moet word. Die meeste ouers is van mening dat hierdie beginsels 'n situasie daarstel wat van die werklike lewe verskil. Dit is inderdaad so, maar dit is wat die speelsessie spesiaal maak. Die beginsels het ten doel om 'n beskermde omgewing te skep waarbinne genesing en groei kan plaasvind.

### 4.3.3 BASIESE REËLS WAT TYDENS FILIALTERAPIE GELD

Ouers bly gedurende die spesiale speelsessie by die volgende basiese reëls (Guernsey, 1972; Landreth, 1991):

#### **Moenies**

Die ouer:

- kritiseer nie die kind se gedrag nie;
- prys nie die kind nie;
- vra nie leidende vrae nie;
- laat nie toe dat sessie onderbreek word nie;
- verskaf nie inligting en leer nie iets vir die kind nie;
- preek nie;
- inisieer nie nuwe gedrag nie; en
- is nie stil en passief nie.

#### **Moets**

Die ouer:

- tref die nodige voorbereiding vir die spesiale speelsessie;
- gun die kind die geleentheid om te lei;
- monitor die kind se gedrag;
- reflekteer die kind se gevoelens;
- moedig elke poging aan en verleen erkenning vir die kind se vermoëns;
- neem op uitnodiging van die kind aan die spel deel en dan slegs as volger;
- is verbaal aktief deur die kind se gedrag, emosies, vrae en opmerkings te reflekteer; en
- stel, indien nodig, beperkings.

Die boodskap wat die ouer verbaal en nie-verbaal poog om aan die kind oor te dra is:

- Ek is hier.
- Ek hoor en sien jou.
- Ek gee om.

#### **4.3.4 SINSNEDES WAT TYDENS DIE SPESIALE SPEELSESSIE VAN WAARDE KAN WEES**

Die ouer verduidelik vooraf aan die kind dat hy/sy besig is om te leer hoe om op 'n spesiale manier met hom/haar te speel. Die ouer verduidelik verder dat hulle eenkeer per week vir 'n halfuur spesiale speelyd gaan hê en dat hierdie tyd anders is as ander tye. Die onderstaande sinsnedes kan tydens die spesiale speelsessie vir die ouer van waarde wees:

Die ouer begin die spesiale speelsessie met die volgende sinsnede:

- "Hierdie is jou spesiale tyd. Jy kan met die speelgoed op verskillende maniere speel. As daar iets is wat jy nie mag doen nie, sal ek vir jou sê."

Die ouer eindig die spesiale speelsessie met die volgende sinsnede:

- "Ons het nog vyf minute spesiale speelyd oor." (Na vyf minute). "Ons tyd vir vandag is om. Ons gaan volgende week weer speel. Ek sal die speelgoed wegpak." Die ouer se verbale ("Ons tyd is om.") en nie-verbale gedrag (die ouer staan op) moet mekaar ondersteun.



Ander sinsnedes wat van waarde kan wees:

- Kind: "Doen dit of teken hier."  
Ouer: "Wys vir my hoe ek dit moet doen."  
"Wys vir my wat ek moet doen."
- Kind: "Wat is dit hierdie?"  
Ouer: "Jy kan besluit wat dit is."  
"Ek wonder wat dit kan wees."
- Kind: "Is hierdie vir jou mooi?"  
Ouer: "Dit klink vir my asof dit vir jou mooi is."  
Kind: "Maar wat dink jy?"  
Ouer: "Dit is nie belangrik wat ek dink nie, maar wat jy dink."
- Kind: "Raai wat maak ek?"  
Ouer: "Jy wil hê ek moet raai wat jy maak."  
Kind: "Ja, raai nou!"  
Ouer: "Ek wonder wat dit is wat jy maak."

#### 4.3.5 HERKENNING VAN SPEELTEMAS

Die belangrike rol wat speel in 'n kind se lewe vertolk, word beklemtoon. Die boodskap dat die ouer beter in staat sal wees om die kind te verstaan indien hy/sy die kind se spel waarneem en verstaan, word oorgedra.

Ouers word aangeraai om tydens die spesiale speelyd bewus te raak van speelpatrone. Hulle moet daarteen waak om gevolgtrekkings op grond van 'n enkele verskyning van 'n situasie of gebeurtenis te maak. Geduld is noodsaaklik vir akkurate begrip van 'n kind se spel. Om speeltemas raak te sien, moet ouers op die volgende let (VanFleet, 2000):

- Of dieselfde speelgoed herhaaldelik gebruik word.
- Of sekere aktiwiteite gereeld na vore kom.

- Of daar 'n skielike verandering is in die wyse waarop gespeel word.
- Of die kind intens is en fokus op dit waarmee hy/sy besig is.
- Of die kind vir 'n lang tydperk met dieselfde speelgoed speel.
- Of die kind van verskillende speelgoed gebruik maak, terwyl die aktiwiteit, tema of spel ooreenstem.
- Of die spel van een spesiale speelsessie na 'n ander ooreenstem.
- Of die kind na die spel in 'n vorige sessie verwys.

VanFleet (2000) noem dat die volgende temas algemeen in kinders se spel na vore kom:

- beheer
- mag
- 'n wye verskeidenheid emosies
- goed teenoor sleg
- wen teenoor verloor
- gesinsverhoudings
- gesagsverhoudings
- skoolverhoudings
- portuurgroepverhoudings
- trauma
- rou en verlies
- redding
- probleemoplossing
- ontwikkelingstake
- gelukkige herinneringe
- dinge wat die kind begeer

Ortwein (1997) noem vier speelpatrone wat algemene by kinders voorkom. Dit is nie nodig dat ouers dié patrone moet identifiseer en

verstaan vir verandering om plaas te vind nie. Dit is die aanvaarding hiervan wat verandering teweegbring. Die vier speelpatrone is:

### **Versorging of onafhanklikheid**

Dit is spel waartydens die kind iemand versorg of self versorg word.

### **Aggressie**

Dit kan as woede of as geweld uitgedruk word deur byvoorbeeld die slaan van 'n slaansak. Aggressie verteenwoordig nie altyd woede en geweld nie, maar kan ook "*Ek is belangrik.*" en "*Ek kan doen wat ek wil.*" beteken.

### **Bevoegdheid**

Kinders skep die geleentheid om bevoeg te voel. Hulle sal byvoorbeeld kul of die reëls so verander dat hulle wen.

### **Kreatiwiteit**

Die hoofdoel hiervan is dat die kind dit waarmee hy/sy besig is, hetsy verf of teken of wat ook al, moet geniet.

Om te voorkom dat verkeerde afleidings rakende die tema van spel gemaak word, moet daar aan elke moontlike betekenis van wat die kind deur middel van spel probeer kommunikeer, gedink word.

In filialterapie, en dus gedurende die spesiale speelyd, deel die ouer nie sy/haar volwasse interpretasies met die kind nie. Die ouer maak slegs van reflektiewe kommunikasie gebruik. Dit is nie vir 'n kind noodsaaklik om verbande tussen die spel en die werklikheid te trek om iets te verwerk of probleme op te los nie. Dit is voldoende indien gevoelens of gebeure deur middel van verbeelding verwerk word. Die rede waarom daar op die betekenis van spel gefokus word, is sodat die ouer meer insig kan verkry in die kind se belewing van sy/haar leefwêreld. Sodoende sal ouers se besluite oor kinderopvoeding meer

in voeling wees met die kind se behoeftes, motivering, dilemmas en leefwêreld (VanFleet, 2000).

#### **4.3.6 GEDRAG TYDENS SPESIALE SPEELSESSIE WAT OUERS NA ELKE SPEELSESSIE MOET NOTULEER**

Ouers word versoek om tydens die spesiale speelsessie fyn op te let na die kind se spel en na afloop van die sessie die volgende vrae te beantwoord:

- Watter speelgoed is deur die kind gebruik?
- Wat was die hoofaktiwiteite wat plaasgevind het?
- Watter tipe voorgee-spel of denkbeeldige rol het die kind vertolk?
- Watter gevoelens het die kind uitgedruk?
- Wat was die hooftema(s) wat voorgekom het?
- Watter moontlike hipotese kan gestel word oor kind se spel en dit wat kind deur probeer kommunikeer?
- Watter verband is daar tussen die kind se spel en die res van sy/haar lewe?
- Watter gedeelte van die spel het goed afgeloop?
- Watter gedeelte van die spel was moeiliker of het 'n groter uitdaging gebied?
- Watter vrae en/of bekommernisse het jy as ouer?

#### **4.3.7 ROLLESPEL VAN DIE SPESIALE SPEELSESSIE**

Die ouers oefen deur rollespel die tegnieke wat tydens die spesiale speelsessie toegepas moet word. Die proses word bespreek aan die hand van die basiese reëls en sinsnedes (soos hierbo uiteengesit). Ouers gee terugvoer oor wat hulle ervaar, hoe dit hulle laat voel, wat vir hulle maklik en wat moeilik is.

#### 4.3.8 PRAKTIESE REËL VIR DIE WEEK

Die praktiese reël vir die week is:

- *Be a thermostat, not a thermometer.*

Die reël word bespreek. Die boodskap is dat wanneer die ouer gevoelens reflekteer, word 'n omgewing van aanvaarding geskep in teenstelling met wanneer daar op die kind se gevoelens gereageer word.

#### 4.3.9 TUISOPDRAGTE

Die volgende tuisopdragte word aan die ouers gegee. Terugvoer moet by die volgende byeenkoms gegee word:

- Elke ouer moet hierdie week 'n spesiale speelsessies met die kind reël.
- Daar word met een van die ouers gereël om die komende week sy/haar kind in te bring om die spesiale speelsessie te demonstreer of die ouer kan 'n video-opname van die speelsessie tuis maak en saambring. Dié reëling geld deurgaans. Daar sal vervolgens net na "demonstrasie word gereël" verwys word.

#### 4.3.10 SAMEVATTING

'n Kort samevatting van die sessie word gegee. Die ouers word die geleentheid gegun om dit wat vir hulle waardevol was met die groep te deel. Ouers word ook versoek om dit wat hulle in filialterapie leer met hulle eggenoot/eggenote te deel.

## 4.4 SESSIE 4

1. Bespreek tuisopdragte
2. Demonstrasie van spesiale speelsessie deur 'n ouer
3. Die vyf c's van dissiplinerings
4. Die stel van beperkings
5. Die stel van keuses
6. Rollespel om nuwe wyses van dissiplinerings te oefen
7. Praktiese reël vir die week
8. Tuisopdragte
9. Samevatting

### 4.4.1 BESPREEK TUISOPDRAGTE

Die ouers se terugvoer en belewenis van die eerste spesiale speelsessie word bespreek. Die terapeut gebruik die ouers se terugvoer om die basiese beginsels en reëls van filialterapie en die gebruik van reflektiewe kommunikasie te versterk. Daar word op die ouers se emosionele ervarings tydens die speelsessie gefokus. Moeilike situasies wat voorgekom het, die hantering daarvan en vrae word bespreek of deur rollespel hanteer. Tydens die rollespel vertolk die terapeut die rol van die ouer en die ouer die rol van die kind. Die terapeut poog om aan elke ouer positiewe terugvoering en ondersteuning te gee en om hulle aan te moedig. Die groepinteraksie en onderlinge ondersteuning tussen mede-ouers is baie belangrik in dié bespreking. Die ouers word weer daaraan herinner dat dit hulle verantwoordelikheid bly om na afloop van die 30 minute die speelsessie te beëindig.

Ginsberg (1997) noem dat die volgende in gedagte gehou moet word wanneer daar oor die spesiale speelsessies terugvoering gegee word:

- Beklemtoon die reëls en die toepassing daarvan tydens die spesiale speelsessie.

- Vra die ouer uit oor hoe hy/sy gedurende die speelsessie gevoel het.
- Gee positiewe terugvoer oor spesifieke gedrag van die ouer.
- Gee deurlopend positiewe versterking aan die ouer.
- Versterk ouerskapvaardighede.
- Vermy negatiewe terugvoer en oordeel.
- Wees spesifiek oor gedrag. Verneem hoe daar aan die kind se gedrag erkenning gegee moet word.
- Beklemtoon die wyse waarop beperkings gestel word.
- Terugvoering moet op 'n konstruktiewe, insiggewende en opvoedkundige wyse plaasvind.
- Die terapeut dien as model vir die ouers en moet ooreenstemmend met die basiese beginsels van filialterapie optree. Aanvaarding en onderskraging moet aan die orde van die dag wees.

Bogenoemde hanteringsriglyne vir terugvoering oor die spesiale speelsessie geld deurgaans en word derhalwe nie weer by sessies 5 tot 10 herhaal nie.

#### **4.4.2 DEMONSTRASIE VAN 'N SPESIALE SPEELSESSIE DEUR 'N OUER**

Die ouer met wie daar die vorige week ooreengekom is, demonstreer die spesiale speelsessie met sy/haar kind, of vertoon die video. Die speelsessie word deur die groep bespreek. Die terapeut se taak is tweeledig, naamlik om ouers te bemoedig en positiewe terugvoer te verskaf én om die basiese filialterapie beginsels te versterk. Die terapeut motiveer die ouers om tydens die spesiale speelsessie bewus te wees van hulle eie emosies. Elke ouer identifiseer iets wat hy/sy gedurende die volgende spesiale speelsessie anders wil doen. Dit word beklemtoon dat geduld noodsaaklik is wanneer 'n nuwe optrede, houding en gedragpatroon aangeleer word.

Die interaksie van die groep tydens die bespreking van die demonstrasie is van kardinale belang. Die terapeut poog om aan die ouers te wys dat hulle nie alleen is nie, dat ander ouers ook soos hulle voel, met dieselfde vraagstukke worstel en dieselfde probleme ervaar.

Dieselfde formaat wat hierbo bespreek is, geld vir sessies 5 tot 10.

#### 4.4.3 DIE VYF C'S VAN DISSIPLINERING

Die vyf c's van dissiplinering, oftewel die vyf beginsels vir doeltreffende dissiplinering, is *clarity, consistency, communication, caring en create*.

##### **Clarity (duidelikheid)**

Wanneer reëls, regte en beperkings gestel word, moet dit duidelik en so spesifiek moontlik geskied.

- \* 'n Kind moet weet wat die reëls is en wat die gevolge van die verbreking daarvan is.
- \* Die reëls moet ondubbelsinnig wees. Die speel met vuur sal byvoorbeeld onder geen omstandighede geduld word nie.
- \* Die ouer moet direk en eerlik wees wanneer reëls, regte en beperkings gevestig word. Indien die ouer byvoorbeeld self kru taal gebruik en die kind verward is omdat hy/sy dit nie mag gebruik nie, moet die ouer vrae daarvoor so eerlik moontlik beantwoord.

##### **Consistency (konsekwentheid)**

Reëls en dissipline word konsekwent toegepas, hoewel besondere omstandighede buigsaamheid kan noodsaak.

- \* Daar mag tye wees wanneer 'n uitsondering op die reël gemaak word, maar dit moet dan aan die kind verduidelik word.



### **Communication (kommunikasie)**

Reëls, regte, beperkings en die redes daarvoor moet aan die kind gekommunikeer word.

- \* Die kind moet die geleentheid gegun word om oor sy/haar gevoelens en behoeftes te praat.
- \* Daar moet, soos wat die kind ouer word, gepraat word oor regte wat vermeerder en beperkings wat verander.
- \* Indien die kind voel dat die reëls, regte en beperkings onregverdig is, moet dit bespreek word.

### **Caring (omgee)**

Die ouer betoon deurlopend toegeneëtheid en liefde, sonder om oorbeskermend op te tree.

- \* Kritiseer die kind se gedrag, in plaas van die persoon.
- \* Wanneer 'n reël verbreek word, moet die ouer op 'n kalm en beheerste wyse die verwagte en gepaste dissipline toepas.
- \* Respekteer die kind se regte.

### **Create (skep)**

Die geleentheid word geskep vir die kind om verantwoordelikheid vir sy/haar gedrag en optrede te aanvaar.

- \* Die kind moet verantwoordelik gehou word vir sy/haar gedrag.
- \* Die ouer help die kind om 'n gevoel van selfrespek te ontwikkel. Die kind moet leer om oor eie gedrag te reflekteer en veral oor hoe dit sy/haar selfbeeld beïnvloed.

#### **4.4.4 DIE STEL VAN BEPERKINGS**

Die stel van beperkings is 'n manier van dissiplinerings. Die verdraagsaamheid en ongebondenheid wat deel uitmaak van filialterapie beteken nie dat alle gedrag tydens die spesiale speelsessie aanvaarbaar is nie. Die stel van beperkings tydens die spesiale

speelsessie word beperk tot die tydgrens, die breek van speelgoed en die besering van die kind self en/of die ouer. Die stel van beperkings is afdwingbaar en word toegepas indien dit verbreek word. Die stel van beperkings geskied op 'n kalm, geduldige maar ferm manier. Beperkings het die volgende ten doel:

- Dit skep 'n veilige atmosfeer vir kind en ouer.
- Dit dra by tot die fisieke en emosionele sekuriteit van die kind.
- Dit beskerm die ouer se fisieke welstand en fasiliteer aanvaarding van die kind by die ouer.
- Dit dra by tot die ontwikkeling van besluitnemingsbevoegdheid, selfbeheersing en die neem van verantwoordelikheid vir eie gedrag deur die kind.
- Dit anker die sessie aan die werklikheid en beklemtoon die hier en nou.
- Dit beskerm die speelgoed.

Die stel van beperkings geskied volgens die volgende drie stappe:

### **Stap 1**

Die kind se gevoelens, wense en behoeftes word erken en aan die kind gekommunikeer. Die ouer dra die boodskap aan die kind oor dat hy/sy verstaan hoe die kind op daardie oomblik voel.

Byvoorbeeld:

“Ek weet jy sou graag TV wou kyk.”

“Ek kan sien jy is kwaad.”

### **Stap 2**

Die beperking word aan die kind gekommunikeer. Dit moet spesifiek, duidelik en so kort moontlik, gestel word.

Byvoorbeeld:

"... maar TV-kyktyd is verby vir vanaand."

"... maar jy mag my nie slaan nie."

### **Stap 3**

'n Aanvaarbare alternatief word aan die kind gestel.

Byvoorbeeld:

"Jy kan die TV afskakel of ek sal dit vir jou doen."

"Jy kan die slaansak slaan of vir my sê hoe jy voel."

Die stel van die beperking sal byvoorbeeld so lui:

- "Ek kan sien dat jy kwaad is (erken gevoel), maar jy mag my nie slaan nie (stel van beperking). Jy kan die slaansak slaan (alternatief)."

Die stel van die beperking is nie oop vir bespreking nie. Dit is belangrik dat die ouer die beperking handhaaf.

#### **4.4.5 DIE STEL VAN KEUSES**

Die stel van keuses is 'n manier van dissiplinerings. Hierdie tegniek maak van die woord **kies** gebruik. Die kind verkry positiewe beheer oor sy/haar gedrag en leer dat die lewe uit keuses bestaan en dat elke mens die verantwoordelikheid vir sy/haar keuses moet aanvaar. Dit is daarom belangrik dat die ouer die kind se keuse eerbiedig. Die stel van keuses word aan die hand van die volgende voorbeeld aan ouers verduidelik.

Die kind kom na die ouer en noem dat hy/sy die hele bak koekies wil hê. Die ouer hanteer dit soos volg:

Ouer: "**Jy kan kies**, een koekie of geen koekie."

Kind: "Ek gaan almal opeet."

Ouer: "Jan, **jy** kan **kies**, een koekie of geen koekie."

Kind: "Ek wil almal hê (huil)."

Ouer: "Jan, so **jy** het **gekies** om geen koekie te kry nie."

Kind: "Goed, ek sal een vat."

Ouer: "**Jy** het klaar **gekies** om geen koekie te kry nie."

Kind: (hartseer).

Ouer: "Ek kan sien jy is **hartseer**. Jy sou graag 'n koekie wou hê, maar jy het **gekies** om vandag geen koekie te kry nie."

#### 4.4.6 ROLLESPEL OM NUWE WYSES VAN DISSIPLINERING TE OEFEN

Die ouers oefen die stel van beperkings en die stel van keuses deur van rollespel gebruik te maak.

#### 4.4.7 PRAKTIESE REËL VIR DIE WEEK

Die praktiese reël vir die week is:

- *Good things come in small packages.*

Die reël word bespreek. Die boodskap is dat die ouer deur middel van klein dingetjies deel word van die kind se wêreld. Die ouer word deel van die groot gebeurtenisse in 'n kind se lewe wanneer die ouer bereid is om waarde aan kleiner gebeurtenisse te heg.

#### 4.4.8 TUISOPDRAGTE

Die volgende tuisopdragte word aan die ouers gegee. Terugvoer moet by die volgende byeenkoms gegee word:

- Ouers moet volhou met die weeklikse spesiale speelsessie.

- Ouers moet bewus raak van een spesifieke gevoel wat tydens die speelsessie teenwoordig is.

#### **4.4.9 SAMEVATTING**

'n Kort samevatting van die sessie word gegee. Die fokus is op beginsels van dissiplinerings en maniere om effektiewe dissiplinerings toe te pas.

#### **4.5 SESSIE 5**

1. Bespreek tuisopdragte
2. Demonstrasie van die spesiale speelsessie deur 'n ouer
3. Die stel van beperkings werk nie
4. Praktiese reël vir die week
5. Tuisopdragte
6. Samevatting

##### **4.5.1 BESPREEK TUISOPDRAGTE**

Ouers se belewenis van die speelsessie word bespreek. Daar word terugvoer gegee oor 'n gevoel wat tydens die speelsessie beleef is. Dit is belangrik dat ouers bewus raak van hulle denke, emosies en gedrag tydens die speelsessie en die invloed daarvan op hulle kinders.

Die terapeut hersien die twee maniere van dissiplinerings (die stel van beperkings en keuses) wat die vorige week bespreek is. Ouers gee terugvoer oor die gebruik daarvan en situasies waartydens hulle dit graag sou wou gebruik. Die tegnieke word in groepsverband geoefen.

#### 4.5.2 DEMONSTRASIE VAN SPESIALE SPEELSESSIE DEUR 'N OUER

Die demonstrasie van die spesiale speelsessie vind plaas en word bespreek.

#### 4.5.3 DIE STEL VAN BEPERKINGS WERK NIE

Die ouer stel 'n beperking soos hierbo bespreek deur gebruik te maak van die onderstaande drie stappe:

- Die kind se gevoelens, wense en behoeftes word gereflekteer.
- Die beperking word as regverdig voorgelê en word duidelik aan die kind gekommunikeer.
- 'n Alternatief word aan die kind gestel.

Indien die kind nieteenstaande bogenoemde stappe volhou om ongehoorsaam op te tree, geld die volgende riglyne om hierdie situasie te hanteer:

##### **Kyk uit vir moontlike oorsake**

Moegheid, siekte, honger, stres en verwaarlosing kan byvoorbeeld moontlike oorsake vir ongehoorsaamheid wees. Die ouer moet in die kind se fisieke behoeftes voorsien en moontlike krisisse hanteer voordat samewerking verwag kan word.

##### **Die ouer moet in beheer bly en homself/haarself en die kind respekteer**

Indien die kind rebelleer, beteken dit nie dat die ouer 'n mislukking is of dat die kind sleg is nie. Die meeste kinders

rebelleer een of ander tyd en hulle moet die geleentheid daartoe gegun word.

### **Die straf vir ongehoorsaamheid moet redelik wees**

Die kind moet die geleentheid gegun word om self te kies om gehoorsaam of ongehoorsaam te wees. Die straf vir ongehoorsaamheid moet redelik wees en konsekwent toegepas word. Byvoorbeeld: "Indien jy kies om TV te kyk in plaas daarvan om te gaan bad, kies jy om nie môre TV te kyk nie."

### **Geweldadige gedrag word onder geen omstandighede toegelaat nie**

Indien dit nodig is, kan die kind fisiek vasgehou word sonder dat die ouer self aggressief raak. Die kind se emosie word gereflekteer en 'n alternatief word verskaf.

### **Indien die kind weier om te kies, kies die ouer vir hom**

Die weiering om te kies is opsigself 'n keuse. Die ouer verduidelik aan die kind dat indien hy/sy weier om 'n keuse uit te oefen, 'n keuse namens hom/haar uitgeoefen sal word.

### **Pas die gevolge toe**

*"Don't draw your gun unless you intend to shoot."* Indien die ouer verkrummel onder die kind se woede of tranes, doen die ouer in der waarheid afstand van sy/haar rol as ouer.

### **Tekens van depressie moet deur die ouer waargeneem word**

'n Kind wat die meeste van die tyd kwaad of rebels optree, kry emosioneel swaar en moet professionele hulp ontvang word. Die ouer moet sy/haar bekommernisse met die kind deel. Die ouer kan vir die kind noem dat hy/sy waarneem dat die kind die meeste van die tyd ongelukkig is, dat hy/sy as ouer daaroor

bekommerd is en daarom hulp gaan kry sodat die gesin in sy geheel weer gelukkig kan wees.

#### **4.5.4 PRAKTIESE REËL VIR DIE WEEK**

Die praktiese reël vir die week is:

- *The most important thing may not be what you do, but what you do after what you did.*

Die reël word bespreek. Die boodskap is dat dit nie belangrik is of 'n persoon foute maak of nie, maar hoe die foute hanteer word. Almal maak foute, sowel volwassenes as kinders.

#### **4.5.5 TUISOPDRAGTE**

Die volgende tuisopdragte word aan die ouers gegee. Terugvoer moet by die volgende byeenkoms gegee word:

- Ouers moet volhou met die weeklikse spesiale speelsessie.
- Ouers moet die stel van beperkings buite die speelsessie oefen en terugvoer kom gee.
- Ouers moet die stel van keuses buite die speelsessie oefen en terugvoer kom gee.

#### **4.5.6 SAMEVATTING**

'n Kort samevatting van die sessie word gegee. Positiewe terugvoer word aan ouers gegee, aangesien hulle bereid is om te verander en ouerskap in 'n ernstige lig beskou. Die belangrikheid om 'n kind toe te laat om te groei, foute te maak en daaruit te leer, word beklemtoon.



## **4.6 SESSIE 6**

1. Bespreek tuisopdragte
2. Demonstrasie van die spesiale speelsessie deur 'n ouer
3. Algemene probleme wat ouers tydens die spesiale speelsessie kan ervaar
4. Praktiese reël vir die week
5. Tuisopdragte
6. Samevatting

### **4.6.1 BESPREEK TUISOPDRAGTE**

Ouers se belewenis van die spesiale speelsessie word bespreek. Daar word terugvoer gegee oor die toepassing van die stel van beperkings en keuses tydens ander tye. Probleme wat ervaar is, word deur die groep bespreek en oplossings voorgestel.

### **4.6.2 DEMONSTRASIE VAN 'N SPESIALE SPEELSESSIE DEUR 'N OUER**

Die demonstrasie van die spesiale speelsessie vind plaas en word bespreek.

### **4.6.3 ALGEMENE PROBLEME WAT OUERS TYDENS DIE SPESIALE SPEELSESSIE KAN ERVAAR**

Ouers gee terugvoer oor algemene probleme wat hulle tydens die spesiale speelsessie ervaar. Dit word bespreek, asook die volgende probleme wat mag voorkom:

- Die kind noem dat die ouer snaaks praat en daarmee moet ophou.
- Die kind vra vrae en eis 'n antwoord van die ouer.

Byvoorbeeld:

Kind: "Wat is dit die?"

Ouer: "Jy wonder wat dit kan wees?" (Reflekteer die vraag.)

Kind: "Maar wat is dit?"

Ouer: "Tydens ons spesiale speelyd kan jy besluit wat dit is."

Kind: "Wat is dit!" (ongeduldig)

Ouer: "Dit kan 'n tafel of enige iets anders wees, net wat jy wil hê dit moet wees."

- Die kind speel op sy/haar eie en geniet dit. Die ouer wonder of hy/sy iets verkeerd doen.
- Die ouer is verveeld tydens die speelsessie.
- Die kind reageer nie op die ouer se opmerkings nie.
- Die kind wil nie speel nie.
- Die kind wil hê dat die speelsessie langer moet wees.

Die geleentheid word gebruik om reflektiewe luister, die stel van beperkings en keuses te hersien.

#### 4.6.4 PRAKTIESE REËL VIR DIE WEEK

Die praktiese reël vir die week is:

- *Grant in fantasy what you can't grant in reality.*

Die reël word bespreek. Die boodskap is dat verskillende soorte gedrag tydens spel aanvaarbaar is, wat andersins moontlik onaanvaarbaar sou wees.

#### 4.6.5 TUISOPDRAGTE

Die volgende tuisopdragte word aan die ouers gegee. Terugvoer moet by die volgende byeenkoms gegee word:

- Ouers moet volhou met die weeklikse spesiale speelsessie en bewus raak van patrone wat in die spel na vore kom.
- Die ouer skryf vir die volgende drie weke vir die kind notas rakende sy/haar positiewe eienskappe.
- 'n Artikel *Butterfly* (Uitdeeltuk 6, par. 6.2) word uitgedeel.

#### **4.6.6 SAMEVATTING**

'n Kort samevatting van die sessie word gegee.

### **4.7 SESSIE 7**

1. Bespreek tuisopdragte
2. Demonstrasie van die spesiale speelsessie deur 'n ouer
3. Aanprysing en aanmoediging
4. Praktiese reël vir die week
5. Tuisopdragte
6. Samevatting

#### **4.7.1 BESPREEK TUISOPDRAGTE**

Ouers se belewenis van die speelsessie word bespreek. Daar word terugvoer gegee oor die notas wat ouers vir die kind oor sy/haar positiewe eienskappe geskryf het. Patrone waarvan ouers bewus geraak het tydens die spesiale speelsessie word bespreek.

#### **4.7.2 DEMONSTRASIE VAN SPESIALE SPEELSESSIE DEUR 'N OUER**

Die demonstrasie van die spesiale speelsessie vind plaas en word bespreek.

### 4.7.3 AANPRYSING EN AANMOEDIGING

Een van die basiese beginsels wat tydens die spesiale speelsessie geld, is dat die kind die geleentheid gegun word om leiding te neem. Wanneer 'n kind geprys word, kan hy/sy nie die leiding neem nie. Die boodskap wat die ouer wanneer hy/sy die kind prys, is dat die ouer tevrede is met dit wat die kind doen en verwag dat die kind daarmee sal aanhou. Die ouer poog tydens die spesiale speelsessie om van reflektiewe kommunikasie gebruik te maak en nie van aanprysing nie.

Aanprysing en aanmoediging fokus beide op positiewe gedrag, maar die effek wat dit het, verskil. Die twee begrippe word soos volg verduidelik en bespreek:

#### \* Aanprysing

Aanprysing fokus op eksterne evaluering (eksterne lokus van kontrole) in plaas van selfbeheer. Wanneer 'n kind geprys word, word afhanklike gedrag gekweek. Aanprysing motiveer 'n kind deur van eksterne belonings gebruik te maak; dit versterk afhanklike gedrag; en dra daartoe by dat 'n kind glo dat sy/haar waarde van ander persone afhang. Dit is 'n waarde-oordeel en fokus op eksterne evaluering en eksterne beloning. Die boodskap wat oorgedra word is:

- "As jy doen wat ek as ouer dink goed is, sal ek jou beloon (deur erkenning, aanvaarding of materialistiese dinge)."

Aanprysing geskied dikwels soos volg en het die volgende implikasies:

- "Jy het 'n A-gemiddeld gekry. Dit is fantasties."  
Die boodskap wat oorgedra word, is dat indien die kind nie 'n A-gemiddeld kry nie, is hy/sy nie goed genoeg nie (nie fantasties nie).
- "Dit is pragtig geteken. Ek is trots op jou."

Die boodskap wat oorgedra word, is dat as hy/sy die volgende keer nie mooi teken nie, sal die ouers nie trots wees nie.

### \* Aanmoediging

Aanmoediging fokus op interne evaluering (interne lokus van kontrole) en op wat die kind se bydra tot 'n situasie is. Die ouer wat 'n kind aanmoedig, leer die kind om tekortkominge te aanvaar en met selfversekerdheid op te tree. Aanmoediging dra daartoe by dat die kind in sy/haar eie vermoë glo.

Aanmoediging het ten doel om:

- die kind te aanvaar net soos hy/sy is;
- positiewe aspekte van gedrag uit te wys;
- vertroue in die eie vermoë te versterk sodat die kind in homself/haarself kan glo;
- erkenning te verleen aan die kind se eie pogings; en
- waardering te betoon.

Aanmoediging dui op die volgende en geskied byvoorbeeld soos volg:

- Aanmoediging wat op aanvaarding dui:

"Ek hou van die wyse waarop jy die probleem hanteer het."

"Ek is bly dat jy tevrede is."

"Dit lyk of jy dit geniet."

"Hoe voel jy daaroor?"

- Aanmoediging wat op vertroue dui:

"Ek vertrou jou oordeel."

"Jy sal weet hoe om dit te hanteer."

"Dit is 'n moeilike situasie, maar ek is seker jy sal weet hoe om dit te hanteer."

"Dit sal goed gaan."

- Aanmoediging wat op waardering dui:

"Dankie, dit het gehelp."

"Dit was bedagsaam van jou."

- Aanmoediging wat op erkenning dui:

"Dit lyk vir my jy het regtig hard daaraan gewerk."

"Jou punte het met 5% verbeter."

#### **4.7.4 PRAKTIESE REËL VIR DIE WEEK**

Die praktiese reël vir die week is:

- *Praise the effort, not the product.*

Die reël word bespreek. Die boodskap is dat indien die poging in plaas van die eindproduk geprys word, die kind nie so maklik 'n gevoel van mislukking en 'n vrees vir verwerping sal ervaar nie.

#### **4.7.5 TUISOPDRAGTE**

Die volgende tuisopdragte word aan ouers gegee. Terugvoer moet by die volgende byeenkoms gegee word:

- Ouers moet volhou met die weeklikse spesiale speelsessie.
- Gaan voort met die skryf van notas vir die kind oor sy/haar positiewe eienskappe.

- Raak bewus van die mate van fisieke kontak wat daar tussen ouer en kind bestaan.
- Skryf kwelvrae neer, sodat dit bespreek kan word.
- 'n Artikel *The Perfectionist's Script for Self-Defeat* (Uitdeeltuk 7, par. 7.3) word uitgedeel.

#### **4.7.6 SAMEVATTING**

'n Kort samevatting van die sessie word gegee en ouers kry die geleentheid om terugvoer te gee.

### **4.8 SESSIE 8**

1. Bespreek tuisopdragte
2. Demonstrasie van die spesiale speelsessie deur 'n ouer
3. Kommunikasievaardighede
4. Tien punte ten opsigte van 'n verhouding met 'n kind
5. Praktiese reël vir die week
6. Tuisopdragte
7. Samevatting

#### **4.8.1 BESPREEK TUISOPDRAGTE**

Ouers se belewenis van die speelsessie word bespreek. Daar word gefokus op verandering wat ouers in hulle eie en in die kind se gedrag waarneem. Terugvoer word gegee oor die mate van fisieke kontak tussen ouer en kind, asook die notas oor positiewe eienskappe wat die ouer vir sy/haar kind geskryf het. Kwelvrae van ouers en die artikel *The Perfectionist's Script for Self-Defeat* word bespreek.

#### 4.8.2 DEMONSTRASIE VAN 'N SPESIALE SPEELSESSIE DEUR 'N OUER

Die demonstrasie van die spesiale speelsessie vind plaas en word bespreek.

#### 4.8.3 KOMMUNIKASIEVAARDIGHEDE

Die volgende belangrike punte wat tydens ouer-kindkommunikasie geld, word bespreek:

- Kommunikasie begin deur te luister. Die ouer moet aan die kind toon dat hy/sy bewus is van die kind se gevoelens en dit verstaan.
- Doeltreffende luister gaan gepaard met oogkontak en 'n liggaamshouding wat daarop dui dat die ouer luister.
- Neulery, kritiek, dreigemente, preke en bespotting moet vermy word.
- Die ouer moet die kind op dieselfde wyse behandel as wat 'n beste vriend behandel sou word.
- Wedersydse respek beteken dat die ouer die kind se gevoelens aanvaar en respekteer.
- Die ouer moet van reflektiewe kommunikasie gebruik maak. Die kind se gevoelens en die betekenis daarvan moet op so 'n wyse aan die kind gekommunikeer word dat die kind beleef hy/sy word verstaan. Reflektiewe kommunikasie moet as 'n spieël dien, sodat die kind homself/haarself beter kan verstaan.
- 'n Oop respons wat die kind se gevoelens akkuraat weergee, moet gegee word.
- 'n Geslote respons wat die kind se gevoelens ignoreer, moet vermy word. Hierdie tipe respons dra die boodskap oor dat die ouer nie gehoor het wat die kind gesê het nie.



- Bied aan die kind die geleentheid om self te leer en oplossings te vind.

Die volgende voorbeelde van kommunikasie-versperrings wat beperk of vermy moet word, word bespreek:

### **Opdragte, aanwysings en bevale**

'n Opdrag of 'n bevel word aan die kind gegee, byvoorbeeld:

"Moenie so met my praat nie!"

### **Waarskuwings en dreigemente**

Die ouer stel aan die kind wat die gevolge van sy/haar optrede gaan wees, byvoorbeeld:

"As jy dit doen, sal jy baie spyt kry!"

### **Vermaning en preke**

Die ouer stel aan die kind wat hy/sy moet of behoort te doen, byvoorbeeld:

"Jy moet jou meerdere respekteer."

### **Advies**

Die ouer stel aan die kind voor hoe 'n probleem opgelos moet word of gee moontlike oplossings, byvoorbeeld:

"Maak eerder maats met iemand anders."

### **Lesings en logiese redenasies**

Die ouer poog om die kind positief te beïnvloed deur feite en logiese redenasies aan die kind voor te lê, byvoorbeeld:

"Jy kan tog verstaan dat ek nie alles kan doen nie."

### **Veroordeling, kritiek en verwyte**

Die ouer spreek 'n negatiewe oordeel oor die aangeleentheid uit, byvoorbeeld:

"Jy gedra jouself kinderagtig."

### **Lof en instemming**

Die ouer komplimenteer die kind of stem saam met hom/haar, byvoorbeeld:

"Ek dink jy is reg."

### **Beskaming en vernedering**

Die ouer plaas die kind in 'n bepaalde kategorie of maak hom/haar skaam, byvoorbeeld:

"Jy is 'n bedorwe brokkie."

### **Interpretasie, diagnose en analise**

Die ouer ontleed die situasie, byvoorbeeld:

"Jy dink maar net so omdat jou skoolwerk nie goed is nie."

### **Simpatiek, troos en ondersteuning**

Die ouer poog om die kind beter te laat voel deur die situasie af te maak as nie so erg nie, byvoorbeeld:

"Jy sal môre beter voel."

### **Ondersoek en ondervraging**

Die ouer poog om die oorsaak van die probleem vas te stel, byvoorbeeld:

"Waarom hou jy nie van skool nie?"

### **Onttrekking, afleiding en toegeeflikheid**

Die ouer poog om die kind van die probleem te laat vergeet, byvoorbeeld:

"Kom ons praat oor iets anders."

## **4.8.4 TIEN PUNTE TEN OPSIGTE VAN 'N VERHOUDING MET 'N KIND**

Die volgende tien punte (Landreth, 1991) is belangrik om te onthou indien 'n ouer 'n verhouding met sy/haar kind wil koester:

- 'n Kind is nie 'n miniatuur volwassene nie.
- 'n Kind is ook 'n mens wat emosionele pyn en geluk ervaar.
- 'n Kind is uniek en verdien respek. Die volwassene moet erkenning vir die uniekheid gee en die kind respekteer vir wie hy/sy is.
- 'n Kind beskik oor die vermoë om struikelblokke en omstandighede in sy/haar lewe te oorbrug.
- 'n Kind beskik oor die vermoë om te groei en volwasse te word.
- 'n Kind beskik oor die vermoë om rigting aan sy/haar lewe te gee en hanteer die lewe op 'n kreatiewe wyse.
- 'n Kind gebruik speel as taal: dit is 'n natuurlike, gemaklike wyse van kommunikasie.
- 'n Kind het die reg om stil te bly en die wens om soms stil te wees, moet gerespekteer word.
- 'n Kind groei teen 'n vasgestelde tempo. Die ontwikkeling kan nie versnel word nie.
- 'n Kind bepaal sy/haar belewenis van terapie. Die ouer moet nie probeer om te bepaal wanneer en hoe 'n kind moet speel nie.

#### 4.8.5 PRAKTIESE REËL VIR DIE WEEK

Die praktiese reël vir die week is:

- *If you draw your gun, shoot.*

Die reël word bespreek. Die boodskap is dat ydele dreigemente skade aan die ouer-kindverhouding berokken. 'n Ouer moet eerder keuses aan die kind stel en by die keuses bly.

#### **4.8.6 TUISOPDRAGTE**

Die volgende tuisopdragte word aan die ouers gegee. Terugvoer moet by die volgende byeenkoms gegee word:

- Ouers moet volhou met die weeklikse spesiale speelsessie.
- Skryf kwelvrae neer, sodat dit bespreek kan word.

#### **4.8.7 SAMEVATTING**

'n Kort samevatting van die sessie word gegee. Ouers word die geleentheid gebied om terugvoer te gee.

#### **4.9 SESSIE 9**

1. Bespreek tuisopdragte
2. Demonstrasie van die spesiale speelsessie deur 'n ouer
3. Aggressie
4. Praktiese reël vir die week
5. Tuisopdragte
6. Samevatting

##### **4.9.1 BESPREEK TUISOPDRAGTE**

Ouers se belewenis van sowel die speelsessie as kwelvrae word bespreek.

##### **4.9.2 DEMONSTRASIE VAN SPESIALE SPEELSESSIE DEUR 'N OUER**

Die demonstrasie van die spesiale speelsessie vind plaas en word bespreek. Die belangrikheid daarvan om na afloop van die kursus met die spesiale speelsessies voort te gaan, word bespreek. Die boodskap

wat andersins aan die kind oorgedra word, is dat die ouer net met hom/haar gespeel het omdat die ouer moes en nie omdat die ouer dit graag wou doen nie.

### 4.9.3 AGGRESSIE

Aggressie is 'n emosie wat dikwels by kinders en ouers teenwoordig is. Dit is belangrik om tussen aggressie en geweld te onderskei. Aggressie behels die vrystelling van energie wat vir kinders en volwassenes van waarde kan wees. Dit kan die vorm van woede aanneem, maar dit is nie altyd die geval nie. 'n Kind sonder aggressie kom dikwels skugter en passief voor en word maklik deur ander gedomineer. Kinders moet leer hoe om aggressie op 'n positiewe wyse te kanaliseer. Geweld aan die ander kant, is onbeheerde en destruktiewe aggressie en dit is ontoelaatbaar.

Tydens die spesiale speelsessie kan kinders geleer word om aggressie op 'n aanvaarbare manier uit te druk. Kinders se spel is soms aggressief van aard. Dit is aanvaarbaar solank dit veilig en nie destruktief is nie. Die stel van beperkings deur die ouers wanneer nodig, help 'n kind om selfbeheersing aan te leer. Aggressiewe spel sonder enige grense is geneig om te eskaleer, terwyl aggressiewe spel binne grense dikwels die aggressie verminder. Indien die uitdrukking van gevoelens van woede en aggressie geheel en al verbied word, word die kind die geleentheid ontnem om te leer hoe om hierdie emosies op 'n aanvaarbare manier uit te druk. Die kans is dan goed dat dié gevoelens by geleentheid op 'n nie-produktiewe wyse na vore sal kom. Die ouer moet aggressiewe spel tydens die spesiale speelsessie toelaat. Wanneer die spel onveilig of destruktief raak, stel die ouer 'n beperking. Die kind leer dus waar die grense is en ontwikkel so meer selfbeheer. Ouers is nie altyd teenwoordig wanneer aggressiewe gevoelens by die kind ontstaan nie, daarom is selfbeheer belangriker as ouerbeheer (VanFleet, 2000).

Ralph Kantor (Landreth, 1991) beskryf aggressie as 'n proses waartydens die kind (en ouer) magteloos voel. Die gevoel van magteloosheid ontwikkel volgens die volgende fases:

- Die teenwoordigheid van 'n prikkel en onvermoë om dit te verminder = frustrasie (bewustheid)
- Frustrasie en onvermoë om dit te verminder = kwaad (aksie wat gefokus is)
- Kwaad en onvermoë om dit te verminder = woede (begin met 'n aksie wat buite beheer is)
- Woede en onvermoë om dit te verminder = onbeheerde woede (die voltooiing van aksie wat buite beheer is)
- Onbeheerde woede en 'n onvermoë om dit te verminder = uitputting

Na verloop van al die fases voel beide ouer en kind uitgeput, oorweldig en magteloos. Die gevoel van magteloosheid verhoog die aggressie. Die aggressie kan verminder word deur die gevoel van magteloosheid te verminder. Die sirkel kan verbreek word deur te besef dat die enigste mag wat tot nut is, is die mag wat die persoon oor homself/haarself het. Beheer oor 'n kind se aggressie begin met 'n ouer wat in staat is om sy/haar eie aggressie te beheer.

Wanneer 'n kind aggressief en buite beheer is, kan dit soos volg deur die ouer hanteer word:

- Die ouer verlaag sy/haar stemtoon en praat sag.
- Noem die kind op sy/haar naam en herhaal die naam.
- Maak gebruik van stiltes terwyl die aggressie besig is om 'n hoogtepunt te bereik.
- Ouer kan die vertrek verlaat sodat die kind die geleentheid gegun word om beheer oor homself/haarself te kry.
- Die fokus kan na iets anders verskuif word.

- Die ouer gee aan die kind toestemming om kwaad te wees.
- Interpreteer die aggressie vir die kind. Bepaal en bespreek die oorsaak van die aggressie.
- Die ouer moet leer om 'n krisis te antisipeer en, indien moontlik, om dit te voorkom.

Wanneer aggressie verstaan word en bogenoemde wenke toegepas word, word daar wegbeweeg van persoonsbeheer na persoonsontwikkeling.

#### **4.9.4 PRAKTIESE REËL VIR DIE WEEK**

Die praktiese reël vir die week is:

- *Don't answer questions that haven't been asked.*

Die reël word bespreek. Die boodskap is dat die ouer bewus moet wees van dit wat die kind eintlik probeer vra. Die ouer moet probeer bepaal wat die vraag agter die vraag is.

#### **4.9.5 TUISOPDRAGTE**

Die volgende tuisopdragte word aan die ouers gegee. Terugvoer moet by die volgende byeenkoms gegee word:

- Ouers moet volhou met die weeklikse spesiale speelsessie.
- Die ouer moet met homself/haarself 'n ooreenkoms aangaan oor die tydperk wat hy/sy bereid is om met die spesiale speelsessies voort te gaan.
- 'n Artikel *Explaining death to children* (Uitdeelstuk 9, par. 9.3) word uitgedeel.

- Vier meetinstrumente word aan die ouers verskaf om te voltooi. Dit moet tydens die volgende byeenkoms, ingehandig word.

#### **4.9.6 SAMEVATTING**

'n Kort samevatting word gegee van wat oor die afgelope nege weke behandel is (met die klem op speel, wat 'n kind se natuurlike manier van kommunikeer is; die gebruik van reflektiewe luister; die stel van beperkings en keuses as 'n manier van dissiplinerig; en die verskil tussen aanmoediging en aanprysing).

#### **4.10 SESSIE 10**

1. Bespreek tuisopdragte
2. Demonstrasie van die spesiale speelsessie deur 'n ouer
3. Belangrike feite om in gedagte te hou
4. Terugvoer oor filialterapie
5. Praktiese reël vir die week
6. Tuisopdragte
7. Samevatting

##### **4.10.1 BESPREEK TUISOPDRAGTE**

Ouers se belewenis van die speelsessie word bespreek en terugvoer word gegee oor die tydperk wat hulle bereid is om met die spesiale speelsessie voort te gaan. Die artikel *Explaining death to children* word bespreek.

##### **4.10.2 DEMONSTRASIE VAN 'N SPESIALE SPEELSESSIE DEUR 'N OUER**

Die demonstrasie van die spesiale speelsessie vind plaas en word bespreek. Verandering wat ouers in hulleself en hulle kinders



waargeneem het, word bespreek. Die belangrikheid om voort te gaan met die spesiale speelsessies word weer beklemtoon.

#### **4.10.3 BELANGRIKE FEITE OM IN GEDAGTE TE HOU**

Die volgende belangrike feite om in gedagte te hou, word bespreek:

- Die gebruik van reflektiewe response kan kwaad ontlont en aggressie verminder.
- Wat van belang is, is nie wat 'n kind weet nie, maar dit wat hy/sy glo.
- Wanneer die ouer op die probleem en moontlike oplossings fokus, word die kind uit die oog verloor.
- Wanneer die kind 'n keuse uitoefen, moet die ouer die nodige erkenning daaraan gee.
- Fokus op vandag in plaas van op die toekoms.
- Dit is belangrik om aan die kind die boodskap oor te dra dat hy/sy bevoeg is. Indien 'n ouer gereeld hierdie boodskap oordra, begin die kind dit glo en tree dienooreenkomstig op.
- Die ouer moet nie alles gelyktydig probeer verander nie.
- Gedurende die spesiale speelsessie is die ouer nie die bron van antwoorde nie. Die ouer moet die vrae aan die kind terug reflekteer sodat die kind kan leer om self na antwoorde te soek.
- Die ouer moet aan die kind 'n sekere mate van vryheid gee. Saam met vryheid kom verantwoordelikheid.
- Wanneer die ouer sy/haar kind sien, hoor en probeer verstaan, word die kind se selfbeeld gebou.
- Die ouer moet die kind se bedoeling ondersteun, al kan die ouer nie die gedrag ondersteun nie.
- Die ouer moet buigbaar in plaas van rigied wees.
- 'n Huishouding sonder beperkings is 'n huishouding sonder sekuriteit.

- 'n Kind se spel spreek van sy/haar lewe, behoeftes en drome.
- Dit wat 'n kind versuim om te doen is net so belangrik as dit wat hy/sy wel doen.

#### **4.10.4 TERUGVOER OOR FILIALTERAPIE**

Die terapeut vra die ouers om na te dink oor die afgelope tien weke en die verandering wat daar in hulleself, hulle kinders, ouer-kindverhouding, ouers onderling en in die gesin plaasgevind het. Ouers gee terugvoer oor dit wat hulle geleer het en waardevol gevind het. Daar word gespekuleer oor hoe dit wat geleer is hulle lewe in die toekoms gaan of kan beïnvloed.

Dit word weer beklemtoon waarom dit belangrik is om voort te gaan met die spesiale speelsessie na afloop van die kursus.

#### **4.10.5 PRAKTIESE REËL VIR DIE WEEK**

Die praktiese reël vir die week is:

- *If you can't say it in ten words or less, don't say it.*

Die reël word bespreek. Die boodskap is dat die ouer daarteen moet waak om 'n idee, keuse of gedrag te oorverduidelik.

#### **4.10.6 TUISOPDRAGTE**

Die volgende tuisopdragte word aan die ouers gegee:

- Ouers moet volhou met die weeklikse spesiale speelsessie vir die tydperk soos ooreengekom.

- 'n Opvolgssessie oor 'n maand word gereël. Die ouers verbind hulle tot die nakoming van hierdie afspraak.
- Kwelvrae wat gedurende die volgende maand opduik, moet neergeskryf word vir bespreking tydens die opvolgbyeenkoms.

#### **4.10.7 SAMEVATTING**

'n Kort samevatting van die aktiwiteite van die afgelope 10 weke en die doelstellings van filialterapie word gegee

#### **4.11 OPVOLGSESSIE**

Tydens die sessie word 'n opsomming van die basiese beginsels van filialterapie en dit wat ouers geleer het, verskaf. Ouers gee terugvoer oor die spesiale speelsessies en moontlike probleme word deur middel van rolspel of bespreking hanteer. Kwelvrae wat gedurende die afgelope maand opgeduik het, word bespreek. Ouers gee terugvoer oor verdere veranderinge wat plaasgevind het, al dan nie. Dit word aan die groep oorgelaat om te besluit of hulle 'n behoefte het aan 'n verdere opvolgssessie.

#### **4.12 SAMEVATTING**

Dit is duidelik uit die uiteensetting van die 10-weke filialterapiemodel dat die fokus is om die ouer in nie-direktiewe, kindgesentreerde, spelterapeutiese vaardighede te onderrig deur van teoretiese kennis, praktiese ervaring (rolspel, spesiale speelsessie tuis) en supervisie (gedurende die demonstrasie van die spesiale speelsessie) gebruik te maak.

Die spesiale speelsessie neem na die derde week 'n aanvang. Daar word na elke week met een van die ouers gereël om die komende week sy/haar kind na die byeenkoms te bring om die speelsessie te demonstreer of 'n video-opname daarvan te maak en te vertoon. Die sessie word deur die groep bespreek, terwyl die terapeut positiewe terugvoer aan die ouer verskaf en die basiese beginsels van filialterapie versterk.

Ouerleiding geskied deur byvoorbeeld kommunikasievaardighede, wyses van dissiplinering, die gebruik van aanprysing en aanmoediging, en aggressie te bespreek.

'n Praktiese reël en tuisopdragte wat by die volgende byeenkoms bespreek word, word op 'n weeklikse basis verskaf.

Filialterapie se doeltreffendheid binne 'n Suid-Afrikaanse konteks word gemeet deur dit te vergelyk met die Doeltreffende Ouerleidingprogram (DOL). Hoofstuk 5 word hieraan gewy.

## HOOFSTUK VYF

### ALGEMENE BESKRYWING VAN DIE DOELTREFFENDE OERLEIDINGPROGRAM (DOL)

#### 5.1 INLEIDING

In die onderhawige studie word die doeltreffendheid van filialterapie geëvalueer deur die resultate van die ouergroep wat filialterapie deurloop het te vergelyk met dié van ouers wat 'n meer konvensionele ouerleidingprogram deurloop het, asook met die resultate van 'n kontrolegroep wat geen vorm van terapie of ouerleiding ontvang het nie. Die konvensionele ouerleidingprogram wat gebruik is, is die Doeltreffende Ouerleidingprogram (DOL), beter bekend as *Parent Effectiveness Training (PET)*, van dr. Thomas Gordon (1975, 1980).

#### 5.2 OORSIG

In 1962 begin dr. Thomas Gordon in Amerika 'n vereniging met 17 ouers, waaruit die opleidingsprogram ontwikkel. Die DOL word sedert 1981 in Suid-Afrika gebruik en is steeds 'n baie gewilde program.

Gordon (1980) meld dat die gevaar bestaan dat 'n ouer sy/haar ervarings as mens en ouer skei. Volgens hom is 'n effektiewe ouer 'n persoon wat homself/haarself as 'n geïntegreerde mens beleef.

DOL maak gebruik van aanvaardingsdiagramme wat ouer en kind se optrede in aanvaarbare en onaanvaarbare gedrag verdeel. Die grens tussen aanvaarbare en onaanvaarbare gedrag is nie staties nie en wissel gedurig. Aanvaarding is 'n dinamiese konstruk en faktore wat dit beïnvloed is onder andere geleë in die ouer self (persoonlikheid,

emosionele toestand op 'n spesifieke tydstip), in die kind self (persoonlikheid, ouderdom, gedrag) en in die omgewing (waar en wanneer gedrag plaasvind). Dit kan diagrammaties soos volg voorgestel word.



**DIAGRAM 5.1: Aanvaardingsdiagramme van die kind deur die ouer volgens Gordon (1980)**

Situasie A verteenwoordig byvoorbeeld 'n kind wat tydens 'n simfoniekonsert in die Staatsteater fluit, terwyl situasie B dieselfde kind is wat in die bad fluit. Dit is vir die ouer makliker om die kind tydens situasie B te aanvaar.

Die doel van DOL is om deur ouerleiding die aanvaardingsarea te vergroot, terwyl skynaanvaarding uitgeskakel of verklein word. Geen ouer is in staat om alle gedrag van 'n kind te aanvaar nie. Gordon (1975) gaan van die veronderstelling uit dat volle, onvoorwaardelike, positiewe aanvaarding nie bestaan nie. Die kind en sy/haar gedrag kan volgens hom nie geskei word nie.

Aanvaarding is een van die hoofkonstrukte van DOL. Ouers word geleer om verbaal (konstruktiewe en opbouende gesels) en nie-verbaal (geen inmenging nie, passiewe luister) die boodskap van aanvaarding aan die kind oor te dra. Gordon (1975) meld dat wanneer 'n kind beleef dat hy/sy aanvaar word, dit lei tot:

- ontwikkeling van potensiaal
- selfaktualisering
- positiewe selfbeeld
- selfaanvaarding
- onafhanklikheidswording
- probleemoplossende gedrag
- 'n besef dat ouers hom/haar lief het

Hierdie benadering verg verandering in die ouers se basiese benadering tot hulle kinders. Ouers moet leer om absoluut eerlik en openhartig hulle eie mening en gevoelens oor 'n saak te lug. Daar moet besef word dat elke mens 'n unieke persoonlikheid het, geregtig is om sy/haar eie siening oor sake te hê, om 'n opinie uit te spreek en verantwoordelikheid vir eie optrede te aanvaar.

### 5.2.1 HOOFKONSTRUKTE VAN DOL

Die hoofkonstrukte waaruit DOL bestaan, is kommunikasie, passiewe luister, aktiewe luister, ek-boodskappe en konflikhantering. Die konstrukte word vervolgens kortliks bespreek (Gordon, 1975; 1980).

#### \* **Kommunikasie**

Aanvaarding moet duidelik aan die kind gekommunikeer word. 'n Kind moet beleef dat hy/sy werklik deur die ouers aanvaar word. Ouers word geleer om destruktiewe wyses van kommunikasie te identifiseer, te beëindig en dit met, nuwe opbouende kommunikasie te vervang.

#### \* **Passiewe luister**

Passiewe luister bied die kind ruimte om openhartig te kommunikeer. Die kind beleef aanvaarding deur die vergunning om te mag praat en sy/haar kant van 'n saak te stel. Gordon (1975, 1980) meld dat aanvaarding bereik kan word deur:

- 'n ouer wat luister sonder om kind se gesprek te onderbreek of te beperk;
- 'n ouer se nie-verbale kommunikasie (gebare, houdings, gesigsuitdrukkings); en
- 'n ouer wat die kind vryheid bied tot selfrigtinggewende gedrag.

#### \* **Aktiewe luister**

Aktiewe luister is een van die hoekpilare van DOL. Dit het ten doel om kinders aan te moedig om verantwoordelikheid te aanvaar om hulle eie probleme op te los. Aktiewe luister is slegs moontlik wanneer die ouer 'n diepe behoefte het om werklik te hoor wat die kind probeer sê. Aktiewe luister is doeltreffend wanneer die kind 'n probleem het. Die kind word deur die toepassing van aktiewe luister gelei om sy/haar probleem te identifiseer en self 'n oplossing daarvoor te vind. Die ouer moet daarteen waak om die kind se probleem hulle eie te maak.

Aktief-luister behels drie stappe:

- Kind ondervind 'n probleem en kommunikeer dit (verbaal en/of nie-verbaal).
- Ouer dekodeer die boodskap en kommunikeer die onderliggende emosie of gedagte terug aan die kind.
- Kind bevestig of verwerp die terugvoer.

#### \* **Ek-boodskappe**

Gordon (1975, 1980) is van mening dat die beste manier om 'n saak te hanteer is om te onderskei tussen *ek-* en *jy-boodskappe*. Deur die gebruik van ek-boodskappe verduidelik die ouer aan die kind hoe die kind se optrede die ouer beïnvloed. Die waarde van 'n doeltreffende ek-boodskap is dat kinders ouers se behoeftes in ag begin neem; verantwoordelikheid vir hulle eie gedrag aanvaar; en dit dienooreenkomstig verander. Ek-boodskappe word gebruik wanneer



die kind se gedrag vir die ouer 'n probleem is. 'n Ek-boodskap verwoord die volgende:

- Identifikasie van die gedrag van die kind wat vir ouer 'n probleem veroorsaak.
- Effek (uitwerking, gevolg) van hierdie gedrag op die ouer.
- Emosie wat hierdie gedrag by ouer ontlok.

Byvoorbeeld: "Ek is vies (emosie) as jy jou vuil klere op die vloer laat lê (gedrag), want dit skep ekstra werk vir my (effek)."

### \* **Konflikhantering**

Gordon (1975) onderskei tussen omgewings- en gedragsmodifikasie. By kleiner kinders word daar gewoonlik van omgewingsmodifikasie gebruik gemaak, byvoorbeeld die verwydering van breekware wat binne bereik van die kind is. Soos kinders ouer word, word al hoe meer van verbale metodes gebruik gemaak. Volgens hom is die verkeerde manier van konflikhantering om van dreigemente, mag, gesag of dwang gebruik te maak.

Die oorsaak van konflik lê in die ouer-kindverhouding en moet nie uitsluitlik by óf die ouer óf die kind gesoek word nie. Tradisioneel bestaan daar twee metodes van konflikhantering:

- Metode I: Ouer wen, terwyl kind verloor (outoritêre ouerskapstyl).
- Metode II: Kind wen, terwyl ouer verloor (permissiewe ouerskapstyl).

DOL maak van Metode III gebruik waar konsensus bereik word. Konflik word opgelos sonder dat een party wen en die ander verloor. Die ouer én kind is aktief betrokke by die soeke na 'n gesamentlike

oplossing. Beide partye gee iets prys om uiteindelik albei te wen.  
Metode III geskied soos volg:

- Identifiseer en definieer konflik.
- Ontwikkel moontlike alternatiewe oplossings.
- Evalueer alternatiewe oplossings.
- Besluit op 'n wedersydse aanvaarbare oplossing.
- Implementeer oplossing.
- Evalueer om te bepaal of oplossing werk, al dan nie.

DOL onderskei tussen drie tipes probleme:

- Kind het 'n probleem en dit word hanteer deurdat die ouer van aktiewe luister gebruik maak.
- Ouer het 'n probleem en dit word hanteer deurdat die ouer van ek-boodskappe gebruik maak.
- Ouer en kind het 'n probleem en dit word hanteer deurdat ouer van Metode III gebruik maak.

Diagram 5.2 gee 'n voorstelling van die optrede.

Kind het 'n probleem (Hantering: aktiewe luister)
Geen probleemarea (Hantering: opvoeding vind hier plaas)
Ouer het 'n probleem (Hantering: ek- boodskap)
Ouer en kind het 'n probleem (Hantering: Metode III)

**DIAGRAM 5.2: Drie tipes probleme en die hantering daarvan (Bigner, 1979)**

## 5.2.2 EVALUERING VAN DOL

DOL is 'n omvattende program wat bestaan uit breedvoerige lesings, 'n handboek en werkboek vir ouers. Die opleiding van instrukteurs is van 'n hoë standaard.

Kommunikasievaardighede, naamlik die gebruik van aktiewe luister, ek-boodskappe en Metode III, is dikwels vir ouers van groot waarde.

Gordon se program berus op Rogers (1951) se beginsels van persoonsgesentreerde psigoterapie. As ouers die kernbeginsels handhaaf, sal dit waarskynlik 'n positiewe invloed op die ouer-kindkommunikasie uitoefen, maar die oormatige gebruik van die beginsels kan veroorsaak dat kinders negatief daarop reageer (Bigner, 1979). Ouers moet oor die vermoë beskik om te evalueer wanneer dit toepaslik is.

Die volgende kritiek kan op Gordon se opvatting uitgespreek word: Gordon (1975) is van mening dat straf-beloningsopleiding nie doeltreffend is nie, terwyl navorsing die teendeel bewys (Forehand, Sturgis, McMahon, Aguar, Green, Wells & Breiner, 1979). Die gebruik van toepaslike, nie-geweldadige straf kan doeltreffend wees om 'n kind te dissiplineer en vir 'n lewe as verantwoordelike volwassene voor te berei. Sy negatiewe siening van gedragsterapie is nie bewese nie.

Gordon sien ouerlike gesag, mag en outoriteit as negatief, terwyl dit waarskynlik positief kan wees wanneer dit met verantwoordelikheid toegepas word. Kritiek teen Gordon is dus dat hy nie onderskei tussen die konstruktiewe of destruktiewe aanwending van 'n konstruk nie.

Verder word die toepassingswaarde van Metode III as konflikhanteringsstegniek op peuters en kleuters, wanneer hulle vlak van kognitiewe ontwikkeling in ag geneem word, betwyfel.

Gordon beweer dat DOL die antwoord is op al die vrae en dat dit aangewend kan word vir alle kulturele groepe, alle ouderdomme en alle probleme. Dit is egter 'n onbewese standpunt in die lig van die beperkte navorsing oor die doeltreffendheid van DOL (Levant, 1983; Rinn & Markle, 1977).

### **5.2.3 VERGELYKING TUSSEN DOL EN FILIALTERAPIE**

Tabel 5.1 gee 'n vergelyking tussen die DOL en filialterapie.

**TABEL 5.1: VERGELYKING TUSSEN DOL EN FILIALTERAPIE**

KONSTRUK	DOL	FILIALTERAPIE
Ontwikkel deur:	Thomas Gordon.	Bernard en Louise Guerney.
Gebaseer op:	Carl Rogers (1951) se kliëntgesentreerde teorie.	Carl Rogers (1951) se kliëntgesentreerde teorie, soos aangepas deur Axline (1969), Dorfman (1951) en Moustakas (1959).
Dit het ten doel om:	die aanvaardingsarea van die ouer deur die kind te vergroot, terwyl skynaanvaarding uitgeskakel of verklein word.	ouers in basiese, nie-direktiewe, kindgesentreerde spelterapeutiese vaardighede te onderrig.
Versterking van die:	ouer-kindverhouding.	ouer-kindverhouding.
Ouer word opgelei:	in ouerskapsvaardighede.	in ouerskapsvaardighede en om die terapeutiese agent in die kind se lewe te word.
Die formaat van aanbieding is:	in groepsverband.	in groepsverband.
Die aanbieder moet opgelei wees in:	DOL.	groepsterapie en kindgesentreerde speltherapie.
Die ouer verbind hom/haar tot die:	toepassing van nuwe kommunikasievaardighede.	toepassing van nuwe kommunikasievaardighede en die aanbied van spesiale speelsessie een keer per week met gekose kind.
Die kursus is:	didakties.	'n kombinasie van groepsterapie, didaktiese en praktiese ervaring, gepaard met supervisie ten opsigte van die toepassing van vaardighede.
Duur van kursus:	sessies van 3 uur elk oor 8 weke.	sessies van 2 uur elk oor 10 weke.
Die navorsing en resultate is:	gebrekkelig.	deeglik en omvattend.
Dit is 'n:	ouerleidingprogram.	unieke benadering tot kinderterapie wat voorkomend en remediërend van aard is.
Ouers word geleer om:	op 'n positiewe manier met hulle kinders te kommunikeer.	op 'n positiewe manier met hulle kinders te kommunikeer.

Die metode gebruik:	verbale kommunikasie wanneer daar met kinders gewerk word.	spel as die ontwikkelingstoepaslike metode wanneer daar met kinders gewerk word, asook verbale kommunikasie.
Die hoofkonstrukte is:	<p>*Kommunikasie deur passiewe luister, aktiewe luister en ek-boodskappe.</p> <p>*Konflikhantering deur middel van Metode III.</p>	<p>*Kommunikasie deur reflektiewe luister en spel.</p> <p>*Nie-direktiewe, kindgesentreerde spelterapeutiese vaardighede.</p> <p>*Spesiale speelyd een keer 'n week vir 30 minute.</p> <p>*Dissiplinerings deur stel van keuses en stel van beperkings.</p> <p>*Onderskeid tussen aanprysing en aanmoediging.</p> <p>*Bespreking van aggressie.</p>

### 5.3 SAMEVATTING

Die Doeltreffende Ouerleidingprogram is deur dr. Thomas Gordon (1975, 1980) ontwikkel en berus op Rogers (1951) se kliëntgesentreerde teorie.

Die DOL maak van aanvaardingsdiagramme gebruik wat 'n persoon se optrede in aanvaarbare en onaanvaarbare gedrag verdeel. Die doel is om deur ouerleiding die aanvaardingsarea te vergroot. Die hoofkonstrukte waaruit DOL bestaan, is kommunikasie, passiewe luister, aktiewe luister, ek-boodskappe en konflikhantering.

Dit blyk uit die literatuurstudie, sover die navorser kon vasstel, dat daar geen studies bestaan wat filialterapie met ander ouerleidingprogramme vergelyk nie. Dit is sinvol om filialterapie te evalueer deur dit met die DOL te vergelyk, aangesien beide benaderings op die verbetering van die ouer-kindverhouding fokus, uit 'n kliëntgesentreerde benadering met die ouers werk, en die tydsduur van die kursus ook grootliks ooreenstem.

Die hoofverskil tussen DOL en filialterapie is dat DOL ten doel het om die aanvaardingsarea van die ouer deur die kind te vergroot, terwyl filialterapie ouers in basiese, nie-direktiewe, kindgesentreerde spelterapeutiese vaardighede onderrig. Die DOL-kursus is didakties, terwyl filialterapie 'n kombinasie is van groepsterapie, didaktiese en praktiese ervaring, gepaard met supervisie ten opsigte van die toepassing van vaardighede.

Die steekproef van hierdie studie bestaan uit ouers met 'n kind wat in die middelkinderjare verkeer. Dié fase word in hoofstuk 6 bespreek.

## HOOFSTUK SES

### ONTWIKKELINGSASPEKTE VAN DIE MIDDELKINDERJARE

#### 6.1 INLEIDING

Hierdie hoofstuk is 'n akademiese opsomming van die ontwikkelingsaspekte van die middelkinderjare wat deur die filialterapeut gebruik kan word as grondslag om ontwikkelingsielkundige konsepte aan die ouer te verduidelik. Die aanbeveling word gemaak dat dié inligting vir die ouer as leser aangepas moet word. Die aangepaste inligting kan deel uitmaak van filialterapie en as uitdeeltuk aan die ouers verskaf word.

Die steekproef van hierdie studie bestaan uit 29 ouers, elk met 'n kind wat in die middelkinderjare verkeer, daarom word die fase vervolgens kortliks bespreek.

Die tydperk tussen die 6de en 12de lewensjaar staan algemeen bekend as die middelkinderjare (Berger & Thompson, 1996; Craig, 1992; Freiberg, 1987; Louw *et al.*, 1990; Louw *et al.*, 1998; Seifert & Hoffnung, 1987; Turner & Helms, 1987). Die verskillende ontwikkelingstadia van die mens word deur maturasie bepaal, maar die ouderdom waarop 'n bepaalde stadium bereik word, hang af van individuele veranderinge wat onder andere die invloed van vermoë, agtergrond en ervaring insluit (Weiner & Elkind, 1972). Op geen stadium van 'n kind se ontwikkeling funksioneer hy/sy slegs in terme van gedrag wat in 'n enkele stadium of vlak gedefinieer word nie. Daar vind dus van een stadium na 'n ander progressiewe of regressiewe verskuiwing plaas.



Die middelkinderjare is in vergelyking met die ander ontwikkelingsperiodes deur navorsers redelik verwaarloos. Dit kan, onder andere, toegeskryf word aan sowel Freud se teorie wat die periode as latent beskryf, as die verskynsel dat min opvallende liggaamsveranderinge in dié fase voorkom, in vergelyking met die voorafgaande kinderjare en die daaropvolgende adolessente jare.

Die leefwêreld van die kind in die middelkinderjare word stelselmatig vergroot. Met die aanvang van die kind se skoolloopbaan word daar nuwe eise, verwagtings en uitdagings aan die kind gestel. Hierdie periode word veral gekenmerk deur aanpassing – aanpassing by, onder andere, die skool, onderwyser en portuurgroep. Dit is 'n tydperk van geleidelike emosionele emansipasie van die ouerhuis. Hoewel die portuurgroep 'n al hoe belangriker rol in die kind se lewe speel, bly die gesin nog steeds die kind se primêre bron van veiligheid en die spil waarom sy/haar lewe draai.

Die middelkinderjare is 'n tydperk van relatiewe rustigheid en kalmte tussen die vinnige ontwikkeling van die voorafgaande kinderjare en die daaropvolgende adolessente jare (Berger & Thompson, 1996; Louw *et al.*, 1990; Louw *et al.*, 1998; Seifert & Hoffnung, 1987). Freud (1963) verwys na dié tydperk as die jare van psigoseksuele latentheid, terwyl Erikson (1963) dit die periode van arbeidsaamheid teenoor minderwaardigheid noem. Hoewel dié periode rustiger is, is dit van kritieke belang vir die kind se kognitiewe, sosiale, emosionele en selfkonsepontwikkeling (Berger & Thompson, 1996; Freiberg, 1987; Louw *et al.*, 1990; Louw *et al.*, 1998).

Die middelkinderjare is 'n tyd van groter behendigheid, beheer en balans. Die kind leer nuwe vaardighede aan, terwyl vaardighede van vroeër verfyn word. Die kind toets homself/haarself om sowel eie doelwitte as dié wat ander aan hom/haar stel, te bereik. Opsommend kan gesê word dat dié fase die kind vir die aanpassings en uitdagings van die adolessente jare voorberei.

Dit is onmoontlik om in die beperkte omvang van hierdie studie reg te laat geskied aan die ontwikkelingsteorieë, sosialisering-agente, ontwikkelingstake, -fasette en ouer-kindverhouding van die kind in die middelkinderjare. Daar word gevolglik net oorsigtelik na hierdie aspekte gekyk.

## 6.2 DIE PSIGOANALITIESE ONTWIKKELINGSTEORIEË

'n Ontwikkelingsteorie beskryf die verloop van 'n individu se ontwikkeling en dien as 'n raamwerk waarvolgens die mens sistematies beskryf en verklaar word. Tans bestaan daar nog geen enkele, algemeen aanvaarde teorie rondom sielkundige ontwikkeling nie. Gevolglik word Sigmund Freud (1963, 1966), Erik Erikson (1963) en Harry Stack Sullivan (1953) se siening van die kind in die middelkinderjare kortliks bespreek.

Die uitstaande kenmerk van bogenoemde teorieë is dat hulle mekaar aanvul. Die jeugtydperk word goed beskryf en logies geanaliseer deur Sullivan, terwyl Freud se beskrywing van hierdie periode ontoereikend is. Sullivan se klem op die interpersoonlike wat menswees bepaal, is van besondere relevansie vir hierdie studie, aangesien filialterapie ten doel het om die ouer-kindinteraksie te verbeter.

Erikson sê weinig oor sosiale interaksie in hierdie periode. Hy vul Sullivan aan deur die klem op ontwikkeling van vaardighede te plaas. Die kind se vermoë om vaardighede aan te leer, oefen 'n invloed uit op die kind se siening van homself/haarself en hoe ander hom/haar sien. Dit beïnvloed weer die interaksieproses.

Freud is een van die bekendste sielkundiges van alle tye. Met sy omvangryke geskrifte het hy 'n groot invloed uitgeoefen op die sielkundige wetenskapsteorie. 'n Deeglike kennis van Freud se teorie is noodsaaklik ten einde nie net ander psigoanalitiese teorieë nie, maar

ook teorieë wat Freud se teorie verder uitgebou het of opponeer, te verstaan.

### **6.2.1 DIE PSIGOSEKSUELE ONTWIKKELIGSTEORIE VAN FREUD**

Die drie kernidees by Freud (1963; 1966) is sy klem op die onbewuste invloed, die invloed van seksuele behoeftes en persoonlikheidsontwikkeling wat deur verskillende fases gaan. Die wyse waarop hierdie seksuele behoeftes in die verskillende fases bevredig word of dalk gefrustreer word, bepaal latere gedragsvorme.

In Freud (1963; 1966) se ontwikkelingsteorie beskryf hy die ontwikkeling van struktuur van die persoonlikheid, denkprosesse en instinkte as onderling verwante prosesse. Die psigoseksuele stadia van Freud kan basies in drie hoof periodes ingedeel word, naamlik infantiele seksualiteit (geboorte tot ongeveer 5 jaar, wat die orale, anale en falliese fase insluit), die latente fase (ongeveer 6 – 12 jaar) en die genitale fase of puberteit (13 jaar en ouer).

Gedurende laasgenoemde fase fokus die kind op bevoegdhe en vaardighede as verdediging teen die romantiese gevoelens wat vroeër jeens die ouer gekoester is (Seifert & Hoffnung, 1987). Nuwe vaardighede tree op die voorgrond wat ten doel het om die ego te beskerm en te versterk teen frustrasie en mislukking (Turner & Helms, 1987).

#### ***KRITIESE EVALUERING***

Freud het gepoog om verborge en moeilik bestudeerbare aspekte van menslike funksionering te bestudeer. Sy teorie is aangepas deur navorsers wat ander aspekte as die psigoseksuele en ook 'n groter deel van die lewensloop bestudeer het.

Freud se siening word in 'n sekere sin vandag algemeen verwerp, tog het sy werk in 'n mindere of meerdere mate verweef geraak met die beoefening van sielkunde, selfs in eksistensiële sielkunde. Met min begrippe slaag Freud daarin om 'n groot verskeidenheid van verskynsels te verklaar.

Freud se teorie is gebaseer op interpretasies van volwasse neurotiese pasiënte se herinneringe en drome en nie op sistematiese waarneming van kinders nie. Herinneringe is nie 'n betroubare wetenskaplike bron van data nie. Freud se databasis is verder eensydig aangesien hy op die herinneringe van sy pasiënte in plaas van normale persone staatgemaak het.

Freud het menslike ontwikkeling op sesjarige ouderdom laat ophou en betrek hoofsaaklik psigoseksuele en aggressiwiteitsontwikkeling. Die problematiek van seksualiteit het vandag baie van sy krag verloor, omdat dit nie meer so onbewus is en onderdruk word nie.

Die waarde van Freud se teorie is geleë in die feit dat hy aangetoon het dat die onbewuste iets met die mens se gedrag te doen het. Die grootste leemte is dat hy ontken dat die mens beheer oor sy onbewuste kan uitoefen. Volgens Freud bepaal die onbewuste gedrag volledig.

## **6.2.2 DIE ONTWIKKELINGSTEORIE VAN ERIKSON**

Erikson (1963), 'n volgeling van Freud en opgeleide psigoanalisis, beklemtoon die rol wat psigo-sosiale faktore in die ontwikkeling van persoonlikheid speel.

Erikson (1963) bou Freud se ontwikkelingsteorie uit tot 'n teorie wat die hele lewensloop dek. Sy onderskeiding van stadia van ontwikkeling strek van geboorte tot 'n hoë ouderdom. Die teorie bied 'n blik op gesonde, normale ontwikkeling eerder as op versteurde ontwikkeling.

Erikson gaan in 'n groot mate akkoord met Freud se beskouing van die ontwikkeling tydens die eerste vyf lewensjare. Daar is egter 'n klemverskuiwing. Erikson se teorie het verder 'n meer optimistiese inslag.

Erikson beweer dat negatiewe ontwikkeling in latere stadia op 'n spontane wyse kan herstel, terwyl Freud beweer dat enige onverwerkte spanning later probleme sal veroorsaak wat slegs met behulp van 'n psigoanalise opgelos kan word. Erikson is van mening dat 'n individu se persoonlikheid nie finaal op vyfjarige ouderdom gevorm is nie. Hy skuif die klem wat Freud op die kind se seksualiteit en sy/haar erogenesones plaas na die wyse van werklikheidskontak of sosiale modaliteite, wat saamhang met die erogenesones.

Gedurende elk van die agt stadia wat Erikson (1963) beskryf het, ondergaan die ontwikkelende persoon 'n krisis wat hom/haar konfronteer met 'n keuse tussen alternatiewe perspektiewe. Die sukses van elke stadium is afhanklik van die suksesvolle oplossing van die voorafgaande krisis. Die mate waarin die individu hierdie krisis te bowe kom, bepaal die persoon se wyse van interaksie met ander mense, sy/haar lewenshouding en houding teenoor homself/haarself. As die persoon die krisis suksesvol te bowe kom, ontwikkel hy/sy 'n positiewe interaksiestyl, selfsiening en lewenshouding. Erikson beweer dat die meeste kinders die regte alternatief sal kies indien hulle 'n redelike mate van leiding en steun ontvang.

Volgens Erikson (1963) word die tydperk tussen 6 – 11 jaar gekenmerk deur twee pole, naamlik arbeidsaamheid en minderwaardigheid. Die kind is daarop ingestel om sekere vaardighede wat vir die volwasse lewe noodsaaklik is, te bemeester. Dit is vir hom/haar belangrik om sukses te behaal.

Die gesin speel veral deur ondersteuning, erkenning en leiding 'n belangrike rol in die kind se soeke na 'n positiewe selfbeeld. Die kind

wat homself/haarself en ander mense oortuig van sy/haar vermoë om te werk, ontwikkel 'n relatiewe selfversekerde en positiewe siening van homself/haarself (Freiberg, 1987; Louw *et al.*, 1990; Seifert & Hoffnung, 1987; Turner & Helms, 1987).

Die kind in hierdie tydperk is nie meer tevrede met die wêreld van fantasie en spel nie, maar toon 'n behoefte aan realiteit en logika. Die kind wil besig wees met dinge wat hy/sy nie self kon uitdink nie. 'n Kind wat hierdie stadium suksesvol deurloop, ontwikkel 'n lewenshouding van arbeidsaamheid. Die kind wil dus graag dinge doen en voel dat hy/sy dit wel kan doen. Hierdie houding dien as grondslag vir 'n konstruktiewe rol in die samelewing. Die kind wat 'n lewenshouding van minderwaardigheid ontwikkel, sal 'n onproduktiewe volwassene wees.

Wanneer verwagtings en eise vir die kind te hoog is, beleef hy/sy mislukking en sal gevolglik 'n gevoel van minderwaardigheid ervaar. Erikson (1963) wys op die belang daarvan dat die kind vaardighede moet aanleer om sodoende die gevoel van minderwaardigheid teen te werk.

### **KRITIESE EVALUERING**

Hoewel Erikson as 'n psigoanalise opgelei is, het hy in verskeie opsigte van Freud verskil en neig hy meer na 'n humanistiese benadering.

In vergelyking met Freud het Erikson 'n wyer en meer veelsydige siening van die mens. Vir Erikson draai ontwikkeling nie om psigoseksuele probleme nie, maar om psigososiale krisisse. Die klem val op die mens se basiese ingesteldheid teenoor ander individue en die lewe. Ander aspekte van ontwikkeling (byvoorbeeld kognitiewe en emosionele ontwikkeling) word egter in hierdie teorie verwaarloos.

Die teorie berus nie op 'n streng wetenskaplike basis nie, maar op spekulاسie en interpretاسie. Dit nieteenstaande, is Erikson se teorie een van die mees geslaagde pogings om 'n samehangende en volledige beeld van menslike ontwikkeling te skets.

### 6.2.3 DIE ONTWIKKELINGSTEORIE VAN SULLIVAN

Harry Stack Sullivan (1953) verdeel die middelkinderjare in twee periodes wat oorvleuel, naamlik die jeugtydperk wat strek van die ouderdom 6 – 12 jaar en die pre-adolessente tydperk wat strek tussen agt-en-'n-half en tienerjarige ouderdom.

Die jeugtydperk is 'n tydperk van sosialisering. Die sosialisering wat in die ouerhuis plaasgevind het, kan nou hersien, herstel en uitgebou word.

Deur kontak met ander mense, kry die kind die geleentheid om angserveringe te hanteer en leer hy/sy om angs te vermy. Die kind kom tot lewensoriëntاسie en formuleer dus sy/haar gebruikelike hantering van interpersoonlike situاسies. Sullivan (1953) wys daarop dat 'n goed geïntegreerde lewensoriëntاسie die voorwaarde is vir normale ontwikkeling in die daaropvolgende fases.

Onderwysers en die portuurgroep vorm nou deel van die belangrike "ander". Hulle beoordeling vorm die kind se selfkonsep.

Pre-adolessensie word gekenmerk deur die vorming van 'n verhouding met 'n spesifieke lid van dieselfde geslag. Oorgang van "ek" na "ons" vind deur middel van samewerking plaas. Vir die eerste keer sien die kind homself/haarself deur die oë van 'n belangrike ander persoon. Hierdeur kan die kind se idees oor homself/haarself en oor ander reggestel word.

## **KRITIESE EVALUERING**

Vir Sullivan lê die onbewuste nie in die persoon nie, maar tussen mense. Hy lê besondere klem op angs en interpersoonlike verhoudinge. Hierdie benadering is mensgerig.

Sullivan gee genoeg ruimte aan die uniekheid van persoonlikheid, potensiaal tot groei en algemene menswees. Hy het egter nie 'n ooridealistiese siening van die mens nie.

'n Beperking van bogenoemde drie teorieë is dat nie een verwys na hoe die kind se beeld van sy/haar liggaam in die middelkinderjare verander as gevolg van fisieke en biologiese veranderinge nie.

### **6.3 SOSIALISERINGSAGENTE**

Gedurende die middelkinderjare speel veral die ouers, sibbe en skool 'n belangrike rol as sosialiseringsagente in die kind se lewe. Vervolgens word kortliks by elk van hierdie agente stilgestaan.

#### **\* OUERS**

Die belangrike rol wat ouers in die ontwikkeling van hul kind se selfbeeld speel, kan nie onderskat word nie. Die eise wat kinders aan hulle ouers stel word hoër, terwyl hulle al hoe meer die besluite wat ouers rakende hulle neem, bevraagteken (Newman & Newman, 1995).

Gedurende die middelkinderjare verander die kind se rol drasties en gevolglik ook die ouer se rol. Die kind word geleidelik meer onafhanklik van die ouer se hulp, wil deel uitmaak van die besluite wat hulle raak, of verkies dikwels om self die besluite te neem. Hulle is meer uitgesproke wanneer hulle ontevrede is oor bestaande reëls en is geneig om hulle gesinslewe met dié van ander gesinne te vergelyk (Louw *et al.*, 1998).



Wylie (1970) verwys na die volgende funksies van die ouer ten opsigte van die sosialisering van die kind:

- Verskaf 'n identifikasie-model.
- Leer van rolverwagtings.
- Verskaf akkurate beoordeling.
- Help die kind om 'n realistiese en positiewe selfkonsep te vorm.

#### **\* SIBBE**

Die tipe verhouding waarin 'n kind met die sibbe staan, vorm die basis vir sy/haar verhouding met die portuurgroep. Deur interaksie met sibbe leer die kind verskillende rolle aan.

#### **\* SKOOL**

Toetrede tot die skool is een van die belangrikste mylpale in 'n kind se lewe en bring dramatiese veranderinge in sy/haar lewe teweeg. Dit is hier waar die kind vaardighede aanleer, intellektueel ontwikkel en waar kulturele waardes en norme oorgedra word. Dit lei tot persoonlike groei, ontwikkeling en die vorming van 'n selfbeeld.

Die kind kry die status van leerder en die rol wat hy/sy by die skool vertolk, is verskillend van die rol tuis. Aanvaarding deur die onderwysers en portuurgroep is nie onvoorwaardelik soos die geval tuis is nie. Respek moet verdien word deur byvoorbeeld akademiese prestasie en deur by die reëls en regulasies van die portuurgroep in te val. Die skool speel dus 'n belangrike rol in die vorming van die kind se selfkonsep.

Die onderwyser vertolk in die lewe van elke skoolgaande kind, in feitlik alle fasette van sy/haar ontwikkeling, 'n belangrike rol. Die onderwyser fasiliteer onder andere leer, sosiale vaardighede en emosionele ontwikkeling, en stimuleer kreatiewe denke en vaardighede. Dit blyk

uit navorsing dat onderwysers wat lief is en omgee vir kinders en glo in die potensiaal van die kind, hom/haar aanmoedig, motiveer en addisionele tyd aan hom/haar spandeer die kind se akademiese selfkonsep, prestasies en selfbeeld positief beïnvloed. Die invloed van 'n onderwyser se gesindheid is langtermyn en beïnvloed selfs volwasse ontwikkeling (Pedersen, Faucher & Eaton, 1978). Die onderwyser se verwagting beïnvloed onder andere die kind se akademiese prestasie, motivering en selfbeeld (Raudenbusch, 1984).

#### **6.4 ONTWIKKELINGSTAKE**

Havighurst (1972; 1980) wys op die volgende ontwikkelingstake wat die kind in die middelkinderjare moet bemeester:

- Die ontwikkeling van fisieke vaardighede wat noodsaaklik is vir gewone speletjies.
- Die vorming van 'n gesonde houding teenoor die self as 'n groeiende organisme.
- Leer om met die portuurgroep oor die weg te kom.
- Die aanleer van 'n toepaslike geslagsrol.
- Die aanleer van vaardighede soos lees, skryf en die doen van berekeninge.
- Die ontwikkeling van konsepte wat noodsaaklik is vir elke dag.
- Die ontwikkeling van 'n gewete, moraliteit en waardes.
- Die bereiking van persoonlike onafhanklikheid.
- Die ontwikkeling van houdings teenoor sosiale groepe en instellings.

Louw *et al.* (1990) verwys na die volgende ontwikkelingstake wat die kind in die middelkinderjare moet bemeester:

- Die verfyning van motoriese vaardighede.
- Die vaslegging van 'n geslagsrolidentiteit.
- Die ontwikkeling van konkreet-operasionele denke.
- Die uitbreiding van kennis en die ontwikkeling van skolastiese vaardighede.
- Die uitbreiding van sosiale deelname.
- Die ontwikkeling van groter selfkennis.
- Die ontwikkeling van prekonvensionele moraliteit.

Craig (1992) noem dat die belangrikste ontwikkelingstake in die middelkinderjare die ontwikkeling van fisieke en kognitiewe bevoegdheid, die neem van beheer oor die omgewing en die begin van onafhanklike funksionering is.

## **6.5 FASETTE VAN ONTWIKKELING**

In hierdie afdeling word 'n kort oorsig gegee van liggaamlike, kognitiewe, morele, emosionele, persoonlikheids-, selfkonsep en sosiale ontwikkeling en doodsbegrip van die kind in sy/haar middelkinderjare.

### **6.5.1 LIGGAAMLIKE ONTWIKKELING**

Liggaamlike ontwikkeling gedurende dié fase is sielkundig van belang, aangesien die voorkoms van die liggaam 'n belangrike aspek van die selfbeeld vorm. Die kind word van sy/haar liggaam en voorkoms bewus en vergelyk homself/haarself met ander kinders. Prestasie word nou met dié van ander in die klas vergelyk. Die kind kom vir die eerste keer agter dat hy/sy meer of minder begaafd is as die ander kinders. Dit mag frustrasie en spanning by die kind verhoog.

Op hierdie ouderdom speel fisieke ontwikkeling, byvoorbeeld fisieke voorkoms en fisieke vaardigheid, 'n belangrike rol in die vorming van vriendskappe (Hartup, 1989). Kinders wat fisiek anders lyk en wie se fisieke vaardighede tekort skiet, is dikwels alleen en ongelukkig.

Liggaamlike faktore hou dus direk verband met die totale ontwikkeling en aanpassing van die kind, asook met die formulering en verheldering van die kind se selfbeeld.

Die liggaamlike ontwikkeling tydens die middelkinderjare word verdeel in algemene liggaamlike ontwikkeling en psigomotoriese vaardighede.

#### **6.5.1.1 ALGEMENE LIGGAAMLIGE ONTWIKKELING**

Die liggaamlike groeitempo in die middelkinderjare is aansienlik stadiger in vergelyking met die voorafgaande kleutertydperk en die adolessensie-tydperk daarna (Berger & Thompson, 1996; Craig, 1992; Louw *et al.*, 1990; Louw, *et al.*, 1998). 'n Uitstaande kenmerk van die groeitempo is dat die arms en bene vinniger as die romp groei. Craig (1992) wys daarop dat die liggaamsproporsie van die kind nou meer soos dié van 'n volwassene word.

Variasie in lengte en fisiese rypheid kan aan genetiese oorerflikheid, dieet en kronologiese ouderdom toegeskryf word. In ontwikkelde lande is oorerflikheid die hooforsaak waarom variasie in lengte en massa voorkom. 'n Kind op 'n gebalanseerde dieet tel per jaar gemiddeld 2,25 kg op, groei 6 cm per jaar, weeg ongeveer 32 kg en is 137 cm lank wanneer hy/sy die ouderdom van 10 jaar bereik (Berger & Thompson, 1996). Ras, nasionaliteit en sosio-ekonomiese omstandighede dra ook by tot liggaamlike verskille wat mag voorkom (Papalia & Olds, 1995).

Obesiteit tydens die kinderjare is 'n toenemende probleem wat 'n kind se emosionele en fisieke welsyn beïnvloed (Wolfe, Campbell, Fongillo, Haas & Melnick, 1994). Die teenwoordigheid van ortopediese en

respiratoriese probleme by kinders word dikwels met obesiteit geassosieer (Neumann, 1983). In die middelkinderjare word kinders wat oorgewig is dikwels bespot, op gepik en verwerp. Hierdie kinders besef weens hulle fisieke toestand dat hulle oorgewig is. Hulle is geneig tot 'n lae selfbeeld, kom depressief voor en openbaar dikwels gedragsprobleme. Hulle het gewoonlik minder maats en betaal 'n hoë prys vir vriendskappe (Strauss, Smith, Frame & Forehand, 1985). 'n Bose sirkel van verwerping, isolering en lae selfbeeld gee aanleiding tot onaktiwiteit, kompenserende ooreet en verdere verwerping deur die portuurgroep (Berger & Thompson, 1996). Die etiologie van obesiteit is meervoudig. Byvoorbeeld, oorerflikheid, aktiwiteitsvlak, houding jeens voedsel in die gesin, dieet (gebalanseerd of kitskos), ooreet tydens babastadium, televisie-kyk, presipiterende gebeurtenisse (soos traumatiese gebeurtenisse) en fisiologiese probleme speel alles 'n rol.

Ander fisieke veranderinge wat voorkom is volgens Turner en Helms (1987, 1995) die volgende:

- Die kind verloor babarondings.
- Spiere ontwikkel vinniger.
- Bone in die liggaam word hard en stewig.
- Die gesig verander deurdat die neus groter word en die voorkop platter.
- Melktande word deur permanente tande vervang.
- Die brein bereik sy volwasse grootte en gewig.
- Asemhaling word dieper en stadiger soos die respiratoriese stelsel meer ekonomies funksioneer en elasticiteit toeneem.
- Bloeddruk styg, terwyl die hartklop afneem.

#### **6.5.1.2 PSIGOMOTORIESE VAARDIGHEDE**

Die aanleer en verfyning van 'n verskeidenheid van psigomotoriese vaardighede is 'n uitstaande ontwikkelingskenmerk tydens die

middelkinderjare (Berger & Thompson, 1996; Craig, 1992; Louw *et al.*, 1990; Louw *et al.*, 1998; Newman & Newman, 1987; Seifert & Hoffnung, 1987; Turner & Helms, 1987). Die kind is konstant besig om die vaardighede te verbeter en op dié wyse meesterskap oor sy/haar eie liggaam en fisieke wêreld te verkry.

Balans en elegansie van sowel liggaamlike bewegings as koördinasie en tydsberekening verbeter aansienlik. Hierdie nuwe motoriese vermoë word onder andere in die kind se obsessie met sport en waaghalsige optrede gereflekteer (Berger & Thompson, 1996; Craig, 1992; Louw *et al.*, 1990; Seifert & Hoffnung, 1987). Op intellektuele gebied word die aanleer van motoriese vaardighede soos skryf, teken, verf en die bespeel van musiekinstrumente moontlik (Craig, 1992; Louw *et al.*, 1990; Louw *et al.*, 1998).

Seuns en dogters se fisieke vaardighede gedurende die middelkinderjare stem baie ooreen, behalwe vir die feit dat seuns se voorarms sterker is, terwyl dogters meer soepel is. 'n Kind se ouderdom en sy/haar ondervinding eerder as geslag speel die belangrikste rol ten opsigte van motoriese vaardigheid (Berger & Thompson, 1996).

Psigomotoriese ontwikkeling is bevorderlik vir 'n kind se emosionele, persoonlikheids- en sosiale ontwikkeling.

## **6.5.2 KOGNITIEWE ONTWIKKELING**

Die kind bring 'n groot deel van die dag in die skool deur, waar kognitiewe vaardighede ontwikkel word. Navorsers is dit eens dat daar gedurende dié tydperk groot veranderinge in 'n kind se denke en aanleerstrategieë plaasvind (Bee & Mitchell, 1980; Berger & Thompson, 1996; Craig, 1992; Freiberg, 1987; Gardner, 1982; Louw *et al.*, 1990; Louw *et al.*, 1998; Seifert & Hoffnung, 1987; Turner & Helms, 1987).

Woorde en simbole kry nuwe betekenis; probleemoplossingsvaardighede reflekteer groter insig en oorleg; en daar word meer sistematies en objektief opgetree. Die kind het egter nog sekere kognitiewe beperkinge, byvoorbeeld die afwesigheid van abstrakte denke.

Vervolgens word Piaget se teorie, konsepontwikkeling, die inligtingverwerkingsbenadering, kinders se psige-teorie en taalontwikkeling bespreek.

### 6.5.2.1 PIAGET SE TEORIE

Jean Piaget (1958, 1977) is een van die invloedrykste sielkundiges. Sy beskrywing van die kind se verstandelike ontwikkeling is een van die belangrikste ontwikkelingsteorieë en word wêreldwyd bestudeer.

Volgens Piaget (1977) word kognitiewe ontwikkeling deur 'n komplekse interaksie tussen genetiese, psigiese en omgewingsfaktore bepaal. Kognitiewe ontwikkeling word deur hom in vier periodes verdeel:

- Sensories-motories (0 – 2 jaar)
- Pre-operasioneel (2 – 7 jaar)
- Konkreet-operasioneel (7 – 11 jaar)
- Formeel-operasioneel (11 jaar en ouer)

In die middelkinderjare beskik die kind oor operasionele denke. 'n Leemte is egter die afwesigheid van die vermoë om abstrak te dink. Die kind is byvoorbeeld nie in staat om oor idees te dink of in terme van hipoteses te redeneer nie (Craig, 1992; Freiberg, 1987; Louw *et al.*, 1990; Seifert & Hoffnung, 1987; Turner & Helms, 1987).

Tydens hierdie fase kan die kind op samehangende en geïntegreerde wyse sy/haar kognitiewe stelsel gebruik wanneer 'n verskeidenheid van

take benader word. Die kind se denke is nou operasioneel van aard en daar word van operasies in plaas van aksies gebruik gemaak. Die verskillende fases vorm 'n hiërargiese organisasie van voorafgaande en opeenvolgende fases, waarin die hoofnorm nie ouderdom is nie (Van Rensburg, 1973).

Tydens dié fase vorm die (konkrete) werklikheid gewoonlik die beginpunt waarteenoor die operasies van die kind uitgevoer word. Een van die mees kenmerkende aspekte van konkrete operasies is die groepering van die kind se operasies wat hom/haar in staat stel om op omkeerbare wyse binne die totale struktuur van sy/haar intelligensie te redeneer.

Met die verskyning van konkrete denke tree die kind met meer geloofsoortuiging met betrekking tot die permanentheid en stabiliteit van voorwerpe op. Die kind raak meer ingestel om transformasie en die toestand wat ná transformasie ontstaan, te volg (Piaget, 1958).

Die kenmerke van konkreet-operasionele denke, word kortliks bespreek.

#### **\* Desentrasie**

Die konkreet-operasionele kind desentreer deur verskeie aspekte van 'n saak gelyktydig in aanmerking te neem. Gevolglik redeneer hy/sy nie meer transduktief (van die besondere na die besondere) nie. Redenasie is meer logies en verskillende aspekte van 'n saak word oorweeg (Louw *et al.*, 1990; Seifert & Hoffnung, 1987; Turner & Helms, 1987).

#### **\* Logiese denke en insig in transformasie**

Die konkreet-operasionele kind se denke is meer logies en minder intuïtief. Wanneer sekere transformasies uitgevoer word, konsentreer die kind nie net op die eindtoestand na die transformasie nie, maar neem ook die aard van die transformasie in ag. Die logiese



denkvermoë van die kind speel dus 'n belangriker rol as dit wat hy/sy waarneem (Berger & Thompson, 1996; Craig, 1992; Louw *et al.*, 1990; Seifert & Hoffnung, 1987; Turner & Helms, 1987).

#### **\* Afname in egosentrisme**

Die egosentrisme van die pre-operasionele kind neem tydens hierdie fase af. Verbeterde taalgebruik maak meerdere sosiale interaksie moontlik, terwyl verskillende dimensies van probleme gelyktydig in aanmerking geneem word. Die kind is meer in staat om op konseptuele wyse te redeneer. Hy/sy is dus in staat om aan die hand van sowel die koördinering van perspektiewe van verskillende individue as die koördinering van verskillende aspekte van individuele ervaring te redeneer. Die konkreet-operasionele kind se denke is dus minder egosentriek, terwyl samewerking en konformering toeneem. Die kind is in staat om ander mense se perspektief in te sien deur homself/haarself in ander se posisie in te dink (Craig, 1992; Louw *et al.*, 1990).

#### **\* Konsep van oorsaaklikheid**

Die kind het meer duidelikheid en daar is 'n afname in verwarring oor die betekenis van "oorsaak" en "gevolg". Daar is 'n geleidelike afname van artifisialisme (Freiberg, 1987; Louw *et al.*, 1990).

#### **\* Realisme**

Wanneer die kind tussen die psigiese en fisiese én dit wat intern en ekstern is, kan onderskei, is daar 'n afname in realisme. Die kind beseft dat denke in die kop plaasvind, dat dit onsigbaar en onaantasbaar is. Daar word sowel tussen woorde en name onderskei as tussen die onderskeie betekenis daarvan. Die sewejarige beseft dat drome in 'n persoon se gedagtes en verbeelding bestaan en plaasvind (Freiberg, 1987; Louw *et al.*, 1990).

### **\* Animisme**

Gedurende die middelkinderjare is daar nog twee stadia van animisme oor. In die eerste stadium word dinge wat op hulle eie kan beweeg, gesien as iets lewends, met 'n bewussyn. In die laaste stadium (11 – 12 jaar oud) kom kinders se siening van dit wat lewe en 'n bewussyn het, ooreen met dié van volwassenes (Freiberg, 1987; Louw *et al.*, 1990; Seifert & Hoffnung, 1987).

### **\* Sinkretisme en jukstaposisie**

Sinkretisme word tussen sewe- en agtjarige ouderdom meer in die taalgebruik as in beredenering gevind. Jukstaposisie word nog in die kind se taalgebruik aangetref (Louw *et al.*, 1990).

### **\* Klassifikasie**

Klasinsluiting is die derde stadium van klassifikasie. Die vermoë om klasinsluiting as werklike klassifikasie te begryp, word tussen die ouderdom 7 – 11 jaar bemeester (Freiberg, 1987; Louw *et al.*, 1990; Seifert & Hoffnung, 1987; Turner & Helms, 1987). Meervoudige (dat daar op grond van meer as een aspek gelyktydig geklassifiseer kan word) en hiërgargiese klassifikasie word ook begryp (Freiberg, 1987; Louw *et al.*, 1990; Louw *et al.*, 1998; Seifert & Hoffnung, 1987; Turner & Helms, 1987).

Hierdie vermoë is onderliggend aan die vermoë om logies te dink. Die kind kan egter nog nie aan die hand van afwesige dinge redeneer nie, omdat hy/sy nog nie op abstrakte wyse kan dink nie. Die kind kan dus net op die konkrete vlak klassifiseer en insluitende relasies verstaan.

### **\* Konservasie**

Die kind begin om konservasie te verstaan. Op die ouderdom van 8 jaar verstaan kinders konservasie van afstand en substansie, op 10 konservasie van massa en op 11 of 12 jaar konservasie van volume (Freiberg, 1987; Louw *et al.*, 1990; Louw *et al.*, 1998; Seifert & Hoffnung, 1987; Turner & Helms, 1987).

### **\* Reeksvorming**

Die kind is nou in staat om op 'n sistematiese wyse voorwerpe van klein na groot, of van groot na klein, in 'n reeks te rangskik (Freiberg, 1987; Louw *et al.*, 1990; Seifert & Hoffnung, 1987; Turner & Helms, 1987).

### **\* Getallebegrip**

Die begrip vir getalle word gedurende hierdie periode bemeester (Louw *et al.*, 1990). Ordinale en kardinale kenmerke, asook konservasie van getalle word begryp en is noodsaaklik vir getallebegrip (Louw *et al.*, 1998).

### **\* Tydsbegrip**

Gedurende die middelkinderjare verstaan die kind die aard van tyd baie beter, alhoewel denke grotendeels beperk is tot die hier en nou (Seifert & Hoffnung, 1987; Turner & Helms, 1987).

### **\* Ruimtelike vaardighede**

Die kind ontwikkel nuwe ruimtelike vaardighede en navigeer byvoorbeeld beter in onbekende en komplekse ruimtes (Seifert & Hoffnung).

## ***KRITIESE EVALUERING***

Piaget se navorsing het baie ander navorsers gestimuleer om kognitiewe ontwikkeling verder te bestudeer.

Volgens Van Rensburg (1973) toon die vernaamste geldigheidstudies positiewe resultate ten gunste van Piaget se bevindinge. Sigel en Hooper (1968) beveel aan dat die teorie van Piaget tot 'n hipotese uitgebou word, sodat sy teoretiese konsepte 'n geldiger eksperimentele basis kan verkry.

Een van die positiewe punte rondom Piaget se teorie is dat hy aantoon dat die kind nie net 'n produk van biologiese oorerwing is nie, maar dat die invloed van die omgewing van groot betekenis is vir intellektuele ontwikkeling.

Piaget stel hom ten doel om die spontane ontwikkeling te bestudeer. Sy werk is betekenisvol, alhoewel daar leemtes in dele van sy werk is, aangesien hy hom byvoorbeeld nie veel aan statistiese kontrole steur nie.

Piaget is van mening dat vrye ontdekking deur die kind ideale leer verteenwoordig. Veral opvoedkundiges het besware hierteen, aangesien hulle glo dat aktiewe inmenging noodsaaklik is. Navorsing toon dan ook dat skoolbywoning en die kwaliteit van die onderrig 'n belangrike rol speel ten opsigte van prestasie in Piagetiaanse take (Mwamwenda & Mwamwenda, 1991).

Piaget gaan van die veronderstelling uit dat 'n kind se ontwikkeling van een stadium na ander stadium vinnig plaasvind en dat verandering op al die domeine plaasvind. Navorsing toon dat die ontwikkeling van een stadium na 'n ander eerder 'n stelselmatige proses is en dat verandering nie noodwendig op al die domeine plaasvind nie (Berger & Thompson, 1996). Kognitiewe ontwikkeling is baie meer heterogeen en inkonsekwent as wat Piaget beskryf.

#### **6.5.2.2 KONSEPONTWIKKELING**

Gedurende die skooljare word konsepte verfyn en uitgebrei. Kinders in die middelkinderjare skenk meer aandag aan dit wat in die omgewing gebeur. Hulle is beter in staat om belangrike kenmerke van 'n situasie te ondersoek en dit wat irrelevant is, te ignoreer. Verskillende tipes konsepvorming wat kenmerkend is van hierdie ontwikkelingsfase is die volgende:

**\* Konsep van grootte en vorm**

Gedurende die middelkinderjare toon die kind 'n beter bewustheid van grootte en vorm (Turner & Helms, 1987).

**\* Konsep van relasie**

Hierdie konsep veroorsaak baie verwarring in die vroeë lewensjare. Gedurende hierdie fase verstaan die kind sowel wat sy/haar eie links en regs beteken as dié van teenoorstaande individue (Turner & Helms, 1987).

**\* Konsep van kwantiteit**

Die kind se konsep van kwantiteit verbeter in die middelkinderjare. Daar word geleidelik besef dat getalle gemanipuleer kan word. Op agtjarige ouderdom kan die meeste kinders optel, aftrek, deel en vermenigvuldig. Konsepte oor geld verbeter. Byvoorbeeld, die identifisering van geld en die waarde daarvan word verstaan (Turner & Helms, 1987).

**\* Konsep van tyd**

Die kind toon begrip vir sowel horlosietyd as die dae van die week, maande en seisoene. Die kind kan ook reflekteer wat hy/sy gister gedoen het en antisipeer wat hy/sy môre gaan doen (Turner & Helms, 1987).

### **6.5.2.3 DIE INLIGTINGVERWERKINGSBENADERING**

In die middelkinderjare vind verskeie kognitiewe veranderinge plaas wat die skoolgaande kind 'n ander tipe denker maak as die voorskoolse kind. Wanneer 'n probleem opgelos moet word, weet die ouer kind nie net meer nie, maar is vindingryker ten opsigte van beplanning en die gebruik van kognitiewe hulpbronne. Die skoolgaande kind is ook beter in staat om sy/haar denke en redenering op 'n verskeidenheid van kognitiewe uitdagings toe te pas. Die kind is ook bewus van sy/haar intellektuele sterk- en swakpunte (Berger & Thompson, 1996).

Voorstanders van die inligtingverwerkingsbenadering konstateer dat die monumentale vooruitgang ten opsigte van denke toegeskryf kan word aan basiese veranderinge wat in die kind se prosessering en analise van inligting plaasvind (Bjorklund, 1990). Hierdie veranderinge hou verband met die groei van selektiewe aandag, geheuevaardighede, verhoging van prosesseringspoed en -kapasiteit, groei van kennis en die ontwikkeling van metakognisie. Hierdie konstrukte word vervolgens kortliks bespreek.

#### **\* Selektiewe aandag**

Selektiewe aandag is die vermoë om op relevante inligting te konsentreer, ongeag van afleidings wat teenwoordig mag wees. Die vermoë om selektiewe aandag gedurende die middelkinderjare te gebruik, verbeter aansienlik en speel 'n belangrike rol ten opsigte van geheue, redenering en probleemoplossing. Kinders op hierdie ouderdom benader probleme meer sistematies en strategies, weet wanneer om van selektiewe aandag gebruik te maak en waarop om te fokus (Flavell, Miller & Miller, 1993).

#### **\* Geheuevaardighede**

Gedurende die middelkinderjare vergroot 'n kind se repertoire van prosedures om nuwe inligting te onthou. Kinders maak eerste van herhaling (herhaal inligting oor-en-oor) en later van organisering (hergroepeer die inligting) gebruik om inligting te onthou en dan te herwin (Kail, 1990).

Die vermoë om meer doeltreffend van herwinningstrategieë gebruik te maak, dus om inligting wat reeds geleer is te herroep, begin in die middelkinderjare en verbeter stelselmatig met verloop van tyd. Mnemotegnieke word meer spontaan en met beter vaardigheid toegepas. Die kind begin om die situasie in ag te neem om sodoende die beste strategie vir 'n bepaalde situasie te kies (Kail, 1990).

### **\* Prosseringspoed en -kapasiteit**

Prosseringspoed hou aan om toe te neem van voorskoolse jare tot en met vroeë volwassenheid (Kail, 1990). Prosseringspoed affekteer die tyd wat dit neem om 'n taak te verrig asook prosseringskapasiteit. Kinders wat in staat is om vinniger te dink (prosseringspoed) is ook in staat om aan meer as een veranderlike gelyktydig te dink (prosseringskapasiteit). Die kind in die middelkinderjare is in staat om meervoudige idees, denke en of strategieë gelyktydig te koördineer. 'n Toename in 'n kind se prosseringskapasiteit verklaar Piaget se siening van konservasie (die inagneming van sowel hoogte as wydte).

Die rede waarom prosseringspoed en -kapasiteit gedurende die middelkinderjare toeneem, word deur sommige navorsers toegeskryf aan neurologiese maturasie, veral die miëlinering van senuweebane en die maturasie van die frontale korteks (Kail, 1990). Ander navorsers skryf dit egter daaraan toe dat die kind leer om sy kognitiewe hulpbronne effektiewer te gebruik, asook aan ervaring (Flavell *et al.*, 1993). Outomatisasie speel ook 'n belangrike rol. Soos wat die kind ouer word en meer ervaring opdoen, word sekere verstandelike prosesse wat eers baie inspanning geverg het geoutomatiseer en gevolglik verhoog die prosseringspoed, terwyl prosseringskapasiteit beskikbaar gestel word. Dit stel kinders in staat om aan verskeie dinge gelyktydig te dink. Die navorser gaan van die veronderstelling uit dat die rede waarom prosseringspoed en -kapasiteit gedurende die middelkinderjare toeneem, 'n kombinasie van al die bogenoemde verklarings is.

### **\* Groei van kennis**

Kognitiewe groei volg die konsep dat hoe meer 'n persoon weet, hoe meer kan 'n persoon leer, aangesien nuwe inligting met bestaande kennis geïntegreer word. 'n Rede waarom kinders in die middelkinderjare beter leeders is, is juis omdat hulle oor uitgebreide kennis beskik. Uitgebreide kennis verbeter die geheuevermoë.

Verskille tussen die kind in sy/haar middelkinderjare en 'n volwassene se denke en redenering kan onder andere aan die kind se beperkte kennis en ervaring toegeskryf word (Berger & Thompson, 1996).

#### **\* Metakognisie**

'n Verdere rede waarom daar progressie ten opsigte van leer en redenering tydens die middelkinderjare is, is as gevolg van die ontwikkeling van die kind se bewustheid van kognitiewe strategieë. Metakognisie ontwikkel vinnig tydens die middelkinderjare. Die kind in die middelkinderjare beskik oor die vermoë om die moeilikheidsgraad van 'n bepaalde taak te bepaal en die mate van inspanning daarby aan te pas. Die keuse van 'n geskikte kognitiewe strategie vir 'n kognitiewe taak ontwikkel verder. Die kind is ook meer geneig om homself/haarself te monitor en te evalueer. Ouer kinders is beter in staat om kognitiewe take op 'n meer strategiese wyse en volgens 'n plan te benader (Berger & Thompson, 1996).

Die inligtingverwerkingsbenadering bied 'n verduideliking van hoe inligting verwerk word. Verskillende fasette van geheue wat 'n rol in die kognitiewe funksionering van die skoolgaande kind speel, word kortliks bespreek.

#### **\* Sensoriese geheue**

Die kapasiteit van die sensoriese register toon min veranderinge vanaf die kleuterjare tot vroeë volwassenheid. Die tyd wat dit neem om inkomende sensoriese inligting te proses word wel korter (Louw *et al.*, 1990).

#### **\* Korttermyngeheue**

Gedurende die kinderjare vermeerder die geheuespan. Dié van sewejariges is ongeveer vyf brokkies inligting, negejariges s'n ses en die van 'n volwassene sewe (Louw *et al.*, 1990).



### \* Langtermyngeheue

Die kapasiteit van langtermyngeheue neem nie met toenemende ouderdom toe nie, maar wel die prosesseringspoed (Louw *et al.*, 1990).

Dit is duidelik uit bogemelde dat verskeie verstandelike prosesse gedurende die middelkinderjare ontwikkel wat bevorderlik is vir die kind se leer-, denk- en probleemoplossingsvermoë. Die kind in die middelkinderjare word bewus van eie denkprosesse en begin om sekere leerstrategieë te gebruik om inligting te onthou. Die kind begin bewustelik om dinge te memoriseer deur verskillende strategieë te gebruik, soos byvoorbeeld herhaling of organisering. Aandag verbeter en hy/sy is beter in staat om eie denke, geheue, kennis, doelwitte en aksies te monitor (metakognisie). Dit verklaar waarom daar juis op hierdie ouderdom met formele onderrig begin word.

#### 6.5.2.4 KINDERS SE PSIGE-TEORIE

Gedurende die middelkinderjare word kinders se psige-teorie verder uitgebrei en verfyn. Die verbetering word aan verbeterde metakognitiewe vermoëns, metageheue en denke oor eie psigiese lewe toegeskryf (Berk, 1994).

#### 6.5.2.5 TAALONTWIKKELING

Belangrike taalontwikkeling vind gedurende die middelkinderjare plaas. Gedurende hierdie fase vermeerder die kind se woordeskat; die lengte en kompleksiteit van sinne brei uit; sinskonstruksie verbeter; en grammatikale vorme soos die lydende vorm, subjunktiewe, vergrotende trap word bemeester (Berger & Thompson, 1996; Freiberg, 1987; Louw *et al.*, 1990; Louw *et al.*, 1998; Seifert & Hoffnung, 1987; Turner & Helms, 1987).

Met toenemende ouderdom word die abstrakte betekenis van woorde, beeldspraak, metafore en ironie begryp. Humor wat op woordspeling

berus en die dubbele betekenis van woorde word geniet (Berger & Thompson, 1996; Louw *et al.*, 1990; Seifert & Hoffnung, 1987; Turner & Helms, 1987).

By sommige kinders in die middelkinderjare is taalprobleme teenwoordig; soos probleme met uitspraak, hiper-nasaliteit (te veel nasale uitlating), hipo-nasaliteit (te min nasale uitlating), versteurde toonhoogte (te hoog/te laag), versteurde intensiteit (te hard/te sag) en afwesigheid van plooibaarheid van spraak (byvoorbeeld monotoon) (Freiberg, 1987).

Kognitiewe rypwording in die middelkinderjare asook skoolervarings veroorsaak dat woordeskat eksponensiaal vermeerder. Hierdie taalvaardighede bemagtig die kind om homself/haarself en die wêreld in 'n nuwe lig te sien (Berger & Thompson, 1996).

Kommunikasievaardighede verbeter merkwaardig in die middelkinderjare. Die kind raak meer sensitief teenoor die luisteraar en is beter in staat om die luisteraar se agtergrond en eienskappe van hom/haar ingedagte te hou wanneer daar gekommunikeer word (Berger & Thompson, 1996). Die kind maak gebruik van hoffliker taal, terwyl die taalstyl by 'n spesifieke situasie aangepas word (Lachenicht, 1983).

### **6.5.3 MORELE ONTWIKKELING**

Morele ontwikkeling verwys na die proses waardeur kinders beginsels aanleer wat hulle in staat stel om bepaalde gedrag as "reg" of "verkeerd" te beoordeel en om eie gedrag in terme van hierdie beginsels te rig (Berger & Thompson, 1996, Craig, 1992; Louw *et al.*, 1990; Seifert & Hoffnung, 1987; Turner & Helms, 1987). Morele ontwikkeling speel 'n bepalende rol ten opsigte van die vreedsame naasbestaan van mense en ordelikheid in die samelewing. Dit is dus

voor die handliggend dat morele ontwikkeling een van die belangrikste ontwikkelingstake is wat tydens die kinderjare bemeester moet word.

Die ontwikkeling van morele en etiese standaarde word beïnvloed deur die identifisering van 'n kind met sy/haar ouers, sibbe, onderwysers en ander betekenisvolle persone, en die modellering van hulle gedrag. Kognitiewe groei en die predominante wyse van dissiplinerende wat gebruik word, speel 'n belangrike rol (Freiberg, 1987). 'n Belangrike eienskap van morele ontwikkeling gedurende die middelkinderjare is die kind se gebrek aan konsekwentheid (Seifert & Hoffnung, 1987).

Twee navorsers wat die grootste bydrae oor die morele ontwikkeling van die kind gelewer het, is Jean Piaget en Lawrence Kohlberg. Hulle onderskeie sienings van morele ontwikkeling word vervolgens bespreek.

#### **6.5.3.1 PIAGET SE TEORIE**

In 1932 verskyn 'n boek oor morele ontwikkeling deur Jean Piaget wat vandag nog as een van die hoekpilare van kennis rondom die morele ontwikkeling van die kind beskou word.

Piaget (1932) beskou die kind jonger as vyf as premoreel. Hiermee bedoel hy dat dié kind nog nie reëls verstaan of 'n oordeel oor die verbreking daarvan kan uitspreek nie (Craig, 1992; Louw *et al.*, 1990; Louw *et al.*, 1998). Gedurende die ouderdom 9 tot 13 jaar vind die grootste ontwikkeling op die gebied van morele oordeelsvermoë plaas (Piaget, 1932).

Piaget onderskei tussen twee vlakke van moraliteit in kinders, naamlik heteronome moraliteit (sogenaamde morele realisme of moraliteit van dwang) en die moraliteit van samewerking (Freiberg, 1987).

Piaget (1932) beweer dat die kind in die ouderdomsgroep tussen ongeveer 5 – 10 jaar in die fase van heteronome moraliteit verkeer. Reëls is onveranderbaar, heilig en word as 'n verlengstuk van 'n hoër outoriteit, byvoorbeeld die ouers of God, beskou. Hulle glo dat die oortreding van reëls gestraf behoort te word, aangesien dit sodoende die "sonde" verwyder. Die motief word nie in ag geneem nie en die erns van oortredings word op die objektiewe gevolge daarvan gegrond. Versagtinge omstandighede by die oortreding van 'n reël word nie in aanmerking geneem nie (morele absolutisme) (Craig, 1992; Freiberg, 1987; Louw *et al.*, 1990; Louw *et al.*, 1998). Immanente geregtigheid is 'n verdere eienskap van hierdie fase. Dit beteken dat indien 'n kind byvoorbeeld seerkry nadat hy/sy 'n koekie gesteel het, die geloof bestaan dat hy/sy op hierdie wyse vir die oortreding gestraf word (Louw *et al.*, 1998).

Teen ongeveer die tiende lewensjaar bereik kinders die fase van outonome moraliteit. Kinders is nou minder egosentrië en gevolglik moreel meer buigsaam. Die kind sien reëls as minder absoluut en minder onveranderbaar (Freiberg, 1987). Geloof in immanente geregtigheid bestaan nie meer nie, aangesien kinders besef dat die oortreding van sosiale reëls dikwels ongesiens en ongestraf verbygaan (Louw *et al.*, 1998). Baie kinders toon egter nog morele realisme en daarom is die omvang van die gevolg van 'n oortreding vir hulle nog die vernaamste oorweging. Die letter van die reël is dus belangriker as die gees daarvan.

Volgens Piaget speel kognitiewe ryping en sosiale ervaring 'n rol in die oorgang van heteronome na outonome moraliteit. Kognitief verminder egosentrisme, terwyl rolbesettingsvermoë ontwikkel. Die kind is nou in staat om morele kwessies vanuit verskillende perspektiewe te sien. Sosiale ervarings binne die portuurgroep lei tot 'n meer buigsame moraliteit (Louw *et al.*, 1998).

## **KRITIESE EVALUERING**

Piaget (1932) se werk oor morele ontwikkeling word vandag nog as 'n gesaghebbende bron erken. Ondanks die hoë aansien wat sy werk geniet, bestaan daar bewerings dat hy jong kinders se morele begrip onderskat het. Piaget beweer dat kinders se moraliteit teen die einde van die middelkinderjare reeds gevorm is. Hy sien moraliteit dus nie as 'n lang proses wat eers by volwassenheid gevorm is en wat dan nog steeds kan verander nie. Piaget het verder ook nie kulturele en sosio-ekonomiese verskille tussen kinders in aanmerking geneem nie.

Piaget se navorsing oor morele ontwikkeling is van waarde vir ouers, aangesien dit hulle laat besef dat 'n kind se siening van morele waardes verskil van dié van volwassenes en gevolglik die wyse van dissiplinering beïnvloed.

Die grootste kritiek teen Piaget se teorie van morele ontwikkeling is dat die twee vlakke te simplisties is. Kohlberg brei dit verder uit na ses stadia.

### **6.5.3.2 KOHLBERG SE TEORIE**

Kohlberg (1985) se teorie is 'n uitbreiding van Piaget se teorie. Hy verdeel morele ontwikkeling in drie vlakke (prekonvensionele, konvensionele en postkonvensionele) wat onderverdeel word in ses stadia. Die vlakke en stadia is invariant (die volgorde van vlakke en stadia kan nooit verander nie), aangesien dit afhanklik is van die ontwikkeling van sekere kognitiewe vaardighede wat in 'n invariante volgorde ontwikkel. Slegs 1 en 2 het betrekking op die middelkinderjare.

Volgens Kohlberg (1985) se fases is die prekonvensionele vlak (vlak 1) van morele ontwikkeling kenmerkend van die middelkinderjare. Die prekonvensionele vlak bestaan uit die volgende twee stadia (Berger &

Thompson, 1996, Freiberg, 1987; Louw *et al.*, 1990; Louw *et al.*, 1998; Seifert & Hoffnung, 1987):

**\* Stadium 1: Straf- en gehoorsaamheidsoriëntasie**

Die kind evalueer gedrag op die basis van die gevolge. Die motiewe van die dader word nie in aanmerking geneem nie. Die kind is gehoorsaam ter wille van gehoorsaamheid. Hy/sy voer die regte gedrag uit ten einde straf te vermy en ter wille van onvoorwaardelike gehoorsaamheid aan outoriteitsfigure (Berger & Thompson, 1996, Freiberg, 1987; Louw *et al.*, 1990; Louw *et al.*, 1998; Seifert & Hoffnung, 1987). Hierdie stadium stem ooreen met Piaget se siening van morele realisme. Die kind gehoorsaam die samelewing se reëls omdat hy/sy respek het vir outoriteit en nie omdat die reëls geïnternaliseer is nie. Die kind gehoorsaam dus die reëls, want daardeur word straf vermy.

**\* Stadium 2: Naïewe hedonistiese en instrumentele oriëntasie**

Daar tree nou 'n bewuswording in dat persone verskillende standpunte ten opsigte van 'n morele dilemma kan handhaaf. Dit is egter nog konkreet. Die "ek-help-jou-en-jy-help-my-beginsel" is prominent. Die kind se gehoorsaamheid aan reëls is primêr daarop geskoei om beloning te kry en persoonlike behoeftes te bevredig (Berger & Thompson, 1996, Freiberg, 1987; Louw *et al.*, 1990; Louw *et al.*, 1998; Seifert & Hoffnung, 1987). Hierdie stadium stem ooreen met Piaget se siening van relativisme. Volgens Piaget (1932) het die kind tussen 10 – 12 jaar relativisme so te sê bemeester, terwyl Kohlberg (1985) glo dat die oorgang van stadium 1 na stadium 2 'n stadige en geleidelike proses is en dat die kind tussen 10 – 12 jaar nog 'n nuweling met betrekking tot realisme is.

Volgens Kohlberg speel kognitiewe ryphed en ontwikkeling deur sosiale deelname 'n belangrike rol in die bereiking van stadium 2.

## **KRITIESE EVALUERING**

Sielkundiges se denke rondom morele ontwikkeling word vandag nog grootliks deur Kohlberg se teorie gevorm.

Kohlberg se navorsing is op seuns gedoen en is dus eenslagtig. Dit gebeur dikwels dat seuns en dogters verskillend gesosialiseer word en gevolglik morele vraagstukke verskillend benader. Sy navorsing is gegrond op wat persone gesê het en nie wat hulle gedoen het nie. Mense doen egter nie altyd wat hulle sê nie.

Kohlberg beklemtoon die rol van kognisie in die vorming van morele oordeel en verwaarloos die rol wat godsdienstige oortuigings, emosie en opvoeding in 'n persoon se morele oordeel speel.

Die definitiewe vlakke en stadia waarna hy verwys, is dalk te rigied wanneer die praktyk in ag geneem word en reflekteer hoofsaaklik liberale Westerse waardes.

### **6.5.3.3 ONTWIKKELING VAN GODSDIENSTIGE DENKE**

Die ontwikkeling van 'n kind se godsdienstige denke is 'n onderwerp wat nie werklik deur sielkundiges nagevors is en in sielkundige boeke bespreek word nie. Die redes hiervoor is onder andere die groot verskeidenheid godsdienstige opvattinge en die verskil in godsdienstige onderrig van huis tot huis.

Goldman (1969) beskryf wel die aard van godsdienstige opvattinge gedurende die kinderjare soos volg:

- Groter klem word op bonatuurlike begrippe gelê.

- Bonatuurlike begrippe het nog nie die vroeëre supermensbegrippe ten volle vervang nie en verwarring mag bestaan.
- Die kind besef dat daar 'n teologiese en 'n wetenskaplike verklaring vir baie godsdienstige verskynsels is.
- Die belangrikheid van gebed neem toe.

#### 6.5.4 EMOSIONELE ONTWIKKELING

Dit is moeilik om die woord "emosie" te definieer (Clarke-Stewart, 1985) vandaar die groot verskeidenheid definisies rakende hierdie konstruk. Emosies is 'n komplekse en diverse verskynsel wat verskillend beleef en uitgedruk word. Elke aspek van gedrag word deur 'n persoon se emosies beïnvloed. Emosies, hetsy positief of negatief, is belangrik en dra by tot die kind se ontwikkeling. Emosionele groei word beïnvloed deur die kind se kognitiewe en sosiale ontwikkeling.

Hoofkenmerke van die emosionele lewe van die kind in die middelkinderjare is die volgende (Berger & Thompson, 1996; Mussen, Conger & Kagan, 1969):

- Dit is ryker en meer beheersd as in die vorige periodes.
- Die situasie wat emosionele reaksies uitlok, verander omdat verstandelike ontwikkeling nuwe begrip van die omgewing tot gevolg het. Dit verminder sekere vrese soos die vrees vir donkerte. Ander vrese, soos die vrees vir mislukking, vermeerder.
- Emosionele uitdrukking word meer verbaal, terwyl dit vroeër meer liggaamlik was.

Die middelkinderjare bring groter emosionele volwassenheid mee. Emosioneel is die kind meer spesifiek, divers en gesofistikeerd. Die



kind leer om gesigsuitdrukkings akkurater te interpreteer, terwyl hy/sy begin verstaan hoe en waarom ander mense voel soos hulle voel. Eie emosies word beter in bedwang gehou, terwyl die kind in staat is om eie gevoelens weg te steek. Daar vind ook 'n groei van hulpeloosheid na onafhanklikheid en selfgenoegsaamheid plaas (Berger & Thompson, 1996; Louw *et al.*, 1990; Turner & Helms, 1987).

'n Belangrike taak gedurende die middelkinderjare is om te onderskei tussen 'n gepaste en 'n onvanpaste tyd vir die uitdrukking van sekere emosies. Gesonde emosionele uitdrukking beteken dat 'n kind nie skuldig sal voel oor hoe hy/sy voel nie, maar eerder in staat sal wees om gevoelens op 'n aanvaarbare wyse uit te druk. Die kind leer tydens hierdie periode dat emosies op verskillende wyses uitgedruk kan word (Turner & Helms, 1987).

Vrese is algemeen teenwoordig soos wat abstrakte denke en gevolglik verbeelding, vermeerder (Van den Aardweg & Van den Aardweg, 1993). Terwyl vrese vir byvoorbeeld die donker en geluide afneem, kan nuwe vrese ontstaan, soos vrese wat verband hou met die skool (toetse en eksamens), gesin (Turner & Helms, 1987), bonatuurlike wesens (hekse, spoke), liggaamlike beserings, alleen tuis te bly, en die dood (Morris & Kratochwill, 1983). Bekommernis is die algemeenste negatiewe emosie wat by kinders teenwoordig is. Die kind is bekommerd oor skoolwerk, sy/haar aanpassing by die skool, asook persoonlike en sosiale aanpassing (Hurlock, 1959; Watson, 1965). Hierdie bekommernisse kan deur die portuurgroep verder negatief beïnvloed word (Hurlock, 1959).

Positiewe emosies soos vreugde en liefde speel 'n belangrike rol in suksesvolle ontwikkeling en in die interpersoonlike gedrag van die kind. Negatiewe emosies dryf mense van mekaar af weg, terwyl positiewe emosies mense na mekaar aantrek.

Baie volwassenes begaan die fout deur te veronderstel dat die kinderjare 'n tydperk van geluk is waartydens min druk ervaar word. Kinders is dikwels die slagoffers van stres, veroorsaak deur verandering in die omgewing, hospitalisering, die geboorte van sibbe, egskedding en verandering in die gesin se wyse van interaksie.

Emosies beïnvloed verstandelike aktiwiteite (byvoorbeeld konsentrasie, aandag, leer, herroepvermoë). Kinders wat verward, onseker, vreesbevange, angstig, berouvol, stresvol en ongelukkig is, slaag nie daarin om te leer en hulle volle potensiaal te bereik nie (Langa, 1999). Wanneer emosionele terugvoer wat die skoolgaande kind ontvang positief en opbouend is, stimuleer dit ontwikkeling en ondersoekende gedrag terwyl 'n gevoel van arbeidsaamheid ontwikkel wat vir skoolvordering noodsaaklik is (Hamachek, 1990). Die rol wat 'n onderwyser in 'n kind se emosionele ontwikkeling en gevolglik akademiese vordering speel, kan nooit onderskat word nie.

Die oorsaak van emosionele onstabiele gedurende middelkinderjare kan meestal in verband gebring word met huislike omstandighede (byvoorbeeld die teenwoordigheid van 'n stiefmoeder, egskedding, mishandeling en verwaarlosing), skool (sukkel met skoolwerk, vrees vir mislukking, die persoonlikheid van die onderwyser) en portuurgroep (die behoefte aan aanvaarding en vrees vir bespotting) (Van den Aardweg & Van den Aardweg, 1993).

Die omvang van geweld in Suid-Afrika beïnvloed die kind se emosionele ontwikkeling negatief. Geweld ontnem nie net 'n kind van 'n basiese emosie soos vertroue nie, maar veroorsaak dat geweld as deel van die alledaagse bestaan gesien word.

### **6.5.5 PERSOONLIKHEIDSONTWIKKELING**

Gedurende die middelkinderjare ontwikkel die kind 'n stabiele identiteit. Deur sy/haar eie denke en gevoelens van ander s'n te onderskei, word

'n eie identiteit gevorm (Seifert & Hoffnung, 1987). Craig (1992) beweer dat die meeste kinders 'n goeie selfbeeld ontwikkel, indien die ouers en portuurgroep 'n goeie dunk van hom/haar het.

Gedurende dié jare ontwikkel die kind se persoonlikheid. Dit word ryker en meer kompleks. Die kind se individualiteit word meer uniek (Mussen *et al.*, 1969).

### 6.5.6 ONTWIKKELING VAN SELFKONSEP

Kinders se selfkonsep ontwikkel vinnig in die middelkinderjare. Hierdie ontwikkeling kan onder andere toegeskryf word aan kognitiewe vaardighede wat ontwikkel en sosiale vaardighede wat vergroot. Hulle is geneig om optrede al hoe minder aan 'n situasie en al hoe meer aan persoonlikheidseienskappe en gevoelens toe te skryf (Berger & Thompson, 1996). Kinders ontwikkel 'n konsep van hoe hulle is (die ware self) en hoe hulle graag wil wees (die ideale self) (Louw *et al.*, 1998).

Die sosiale netwerk wat verbreed, veroorsaak dat die kind homself/haarself in terme van verskeie rolle (gesinslid, leerling, spanmaat, ensovoorts) en onderskeie vaardighede (byvoorbeeld akademies, atleties en sosiaal), beleef. Hulle raak meer bewus van die etniese, godsdienstige en sosiale groep waarvan hulle deel uitmaak. Selfrespek en konsep van die self word onder andere deur hierdie faktore beïnvloed (Berger & Thompson, 1996).

Soos wat 'n kind se selfkonsep meer gedifferensieerd raak, raak dit ook meer geïntegreerd (Harter, 1983). Dit stel die kind in staat om homself/haarself in terme van verskeie bevoegdhede te sien, byvoorbeeld dat hy/sy nie sportief, maar wel musikaal is. In kort, die kind se selfkonsep word kompleks en ryker gedurende hierdie tydperk.

Soos wat die kind se selfkonsep ontwikkel, verbeter sy/haar selfbeheersing. Hy/sy leer om reaksies te beheer en by 'n situasie aan te pas, gevolglik is die kind se optrede meer toepaslik vir 'n bepaalde situasie (Berger & Thompson, 1996).

Selfkonsepontwikkeling dra by tot 'n meer kritiese siening van die self, gevolglik beïnvloed dit die selfbeeld. Die selfkonsep is meer realisties, aangesien die kind homself/haarself sien as 'n persoon met sterk én swak punte. Kinders is geneig om hulleself te evalueer deur ander persone as 'n maatstaf te gebruik.

Kinders is geneig om hulleself te blameer vir tekortkominge, in plaas daarvan om dit aan byvoorbeeld omstandighede toe te skryf. Selfversekerdheid is geneig om te verminder, wat kinders meer kwesbaar maak vir aangeleerde hulpeloosheid, wat aanleiding gee tot 'n selfvervullende profesie. Die kind wat van aangeleerde hulpeloosheid gebruik maak, is meer geneig om sosiale en/of akademiese probleme te ervaar indien dit nie vroegtydig reggestel word nie.

Dit blyk uit navorsing dat die wyse waarop kinders deur volwassenes, veral ouers behandel word, 'n belangrike rol in die ontwikkeling van selfagting speel (Louw *et al.*, 1998).

### **6.5.7 SOSIALE ONTWIKKELING**

Gedurende die middelkinderjare staar die kind verskeie sosiale uitdagings in die gesig, terwyl hy/sy aan talle nuwe sosiale leerervarings blootgestel word.

Sullivan (1953) beweer dat die kind se oriëntasie gedurende die middelkinderjare verander van 'n egosentriese na 'n sosiale oriëntasie. Deur middel van vriendskappe leer die kind om 'n ander persoon te

verstaan en lief te hê. Hierdeur word die kind se horisonne verbreed, terwyl selfgesentreerdheid verander in empatie.

Gedurende hierdie ontwikkelingsfase word van die kind verwag om op een of ander vlak, of in een of ander aktiwiteit te presteer; met die portuurgroep oor die weg te kom; spanning in die gesin te hanteer; en 'n eie identiteit te ontwikkel (Seifert & Hoffnung, 1987).

Die kind ontwikkel gedurende die middelkinderjare die vermoë om oor sy/haar bestaanswêreld en sosiale verhoudings te dink. Met behulp van hierdie sosiale kennis leer die kind die reëls van sosiale interaksie en begryp hoe ander dink en voel (Craig, 1992).

Tussen ses- en agtjarige ouderdom vind daar 'n geleidelike verandering in die kind se waarneming van ander plaas. Hy/sy word daarvan bewus dat mense se waarneming en denke verskil. Sensitieweit vir ander mense ontwikkel. Die kind is in staat om ander in ag te neem en toon 'n behoefte om ander persone op 'n emosionele en fisieke vlak tot hulp te wees, sonder om noodwendig elke keer iets terug te verwag (Berger & Thompson, 1996; Louw *et al.*, 1990). Die behoefte aan hulpverlening brei uit en is nie meer beperk tot bekende persone nie. Besorgdheid oor onbekende persone ontwikkel soos wat morele begrip toeneem.

Tydens die middelkinderjare is die kind meer geneig om met ander kinders van dieselfde geslag en ouderdom in interaksie te wees (Craig, 1992; Louw *et al.*, 1990; Seifert & Hoffnung, 1987; Smith, Cowie & Blades, 1998; Turner & Helms, 1987). Geslagsgrolle word op dié wyse versterk. Daar bestaan groter kameraadskap, kohesie en samehorigheid binne die portuurgroep (Louw *et al.*, 1998). Geslag speel 'n belangrike rol in die samestelling van vriendskappe en die aktiwiteite wat binne vriendskappe hoogty vier. Seuns is geneig om in groter groepe te speel, die ouderdom in die groep wissel, en die klem val op kompetisie. Dogters vorm kleiner groepe van dieselfde

ouderdom. Die klem is op intimiteit en eksklusiwiteit (Smith *et al.*, 1998).

Portuurgroepverhoudings is van die belangrikste verhoudings in die middelkinderjare. Deurdat die kind aan 'n groep behoort, word verskillende rolle aangeleer en kry die kind 'n meer realistiese beeld van homself/haarself. Hierdie verhouding bied geleentheid vir nuwe gedrag, gevolglik is die kind geneig om onafhanklik van sy/haar ouers se waardes en standaarde op te tree. Verder verswak die emosionele ouer-kindband, wat 'n belangrike ontwikkelingstap in 'n kind se lewe is (Louw *et al.*, 1998).

Die portuurgroep speel 'n unieke rol in die kweek van samewerking en kompetisie. Dit leer die kind sosiale konsepte en vaardighede en help in die ontwikkeling van 'n selfbeeld. Dié verhouding lê die basis vir meer intieme verhoudings in die latere lewe. Hoewel groepe druk plaas op die kind om te konformeer, kan dié druk óf positiewe óf negatiewe gevolge op die kind uitoefen (Berger & Thompson, 1996; Craig, 1992; Seifert & Hoffnung, 1987).

Sosiale begrip wat verdiep, dra by tot die ontwikkeling van sosiale probleemoplossingsvaardighede wat 'n meer intieme en gesofistikeerde portuurgroepverhouding bevorder. Kinders bemeester 'n verskeidenheid alternatiewe strategieë (byvoorbeeld die gebruik van onderhandeling, kompromieë, samewerking) wat hulle in staat stel om konflik self op te los (Bryant, 1992). Die ontwikkeling van probleemoplossingsvaardighede stel die kind in staat om 'n meer sensitiewe en suksesvolle sosiale vennoot te wees.

Kinders loop die risiko om geïsoleer te word indien hulle nie in staat is om sarkastiese opmerkings, vernedering, verbale of fisieke aanvalle te antisipeer en hulleself daarteen te verdedig nie. Resiproseer van aggressie maak deel uit van portuurgroep aanvaarding. Die kind wat nie in staat is om gepaste weerwraak op aanvalle te neem nie, word

maklik deur die groep verwerp (Davies, 1982). Hoewel konflik en aggressie deel uitmaak van portuurgroepinteraksie, word die kind wat sake altyd met aggressie hanteer, maklik deur die groep verwerp. So 'n kind kry 'n ongewenste reputasie.

### **6.5.8 ONTWIKKELING VAN DOODSBEGRIP**

Die kind hanteer dood met die intellektuele en emosionele hulpbronne wat op daardie ontwikkelingstadium beskikbaar is. Reeds op 'n vroeë stadium verbind 'n kind lewe en dood met mekaar. Empiriese studies dui daarop dat die kind se kognitiewe en affektiewe ervaring van die dood in duidelik afgebakende stadia ontwikkel. Tydens elke ontwikkelingsfase verander die kind se persepsie en doodsbegrip, aangesien 'n hoër vlak van kognitiewe ontwikkeling bereik word, ervaringsveld vergroot en nuwe idees oor die wêreld ingewin word.

Tot in die vroeë 1940's slaag navorsers nie daarin om die ontwikkeling van 'n doodsbegrip en ouderdom te koppel nie. Anthony (1940, 1971) poog om kinders se teorieë rakende dood en die ontwikkeling van die doodsbegrip volgens ouderdom en intelligensie vas te stel. Sy stel vas dat kinders gereeld oor dood dink en dat die doodsbegrip van onkunde tot 'n algemeen en duidelike definisie in logiese en biologiese terme ontwikkel.

Die indeling van die doodsbegrip van Anthony, Safier, Gartley en Bernasconi, en Morgan word vir maklike verwysing getabuleer in tabelle 6.1 tot 6.4.

**TABEL 6.1: ANTHONY SE INDELING VAN DIE DOODSBEGRIP**

<b>OUERDOM</b>	<b>BESKRYWING</b>
6 tot 8 jaar	*Begin in die dood belangstel. *Assosieer dood met aggressie, vrees en straf, en gevolglik is skuldgevoelens teenwoordig. *Assosieer dood met pynlike skeiding en eensaamheid. *Dood is omkeerbaar.
9 tot 10 jaar	*Gee 'n logiese verduideliking vir die oorsaak van dood. *Daar word na biologiese faktore verwys (geen asemhaling, pols en temperatuur nie).

Anthony (1940) se bevindings stem ooreen met Piaget (1973) se waarnemings oor kognitiewe ontwikkeling en veral ten opsigte van oorsaaklikheid. 'n Rationele, logiese verduideliking oor dood kan eers rondom 8 jaar verskaf word.

Safier (1964) evalueer Piaget se konsep van animisme in kinders. Haar hipotese is dat soos ouderdom toeneem, verminder animisme. Haar resultate word in tabel 6.2 weergegee.

**TABEL 6.2: SAFIER SE INDELING VAN DIE DOODSBEGRIP**

<b>OUERDOM</b>	<b>BESKRYWING</b>
7 tot 8 jaar	*Stel op 'n wetenskaplike wyse in die dood belang. *Daar bestaan baie vrae rakende die dood.
10 tot 11 jaar	*Die begrip van lewe en dood word saamgevat. *Dood word as 'n werklikheid gesien.



Safier (1964) en Steiner (1966) noem dat die konsep rakende lewe en dood op 'n soortgelyke manier ontwikkel. Die doodkonsep ontwikkel saam met operasionele denke. Operasionele denke dra by tot 'n realistiese doodsbegrip.

In teenstelling met die bevindings van vorige studies noem Gartley en Bernasconi (1965) dat kinders ouer as 6 jaar wel in hulle eie sterflikheid en die finaliteit van dood glo. In tabel 6.3 word hulle ses ontwikkelingsfases weergegee.

**TABEL 6.3: GARTLEY EN BERNASCONI SE INDELING VAN DIE DOODSBEGRIP**

<b>OUDERDOM</b>	<b>BESKRYWING</b>
5 jaar 6 maande tot 6 jaar 5 maande	*Nie werklik 'n doodsbegrip nie. *Praat op 'n vae wyse oor die dood sonder emosie.
6 jaar 6 maande tot 7 jaar 5 maande	*Dood is iets wat met ander persone in die toekoms gebeur.
7 jaar 6 maande tot 8 jaar 5 maande	*Sien dood op 'n konkrete wyse en besef dit kan nou plaasvind.
8 jaar 6 maande tot 9 jaar 5 maande	*Begin tussen liggaam en siel onderskei. *Dood impliseer een of ander vorm van pyn.
9 jaar 6 maande tot 10 jaar 11 maande	*Die oorsaak van dood is geweld.
10 jaar 11 maande tot 14 jaar	*Die oorsake van dood is natuurlik en realisties.

Childers en Wimmer (1971) bevind dat 'n kind eers ouer as 9 jaar moet wees voordat hy/sy in staat is om te begryp dat die dood 'n algemene verskynsel is. Op 10 jaar sukkel kinders om die onomkeerbaarheid van dood te verstaan. Melear (1973) verskil egter hiermee en beweer dat sommige kinders so jonk as 4 en die meeste kinders van 6 jaar en ouer dood as finaal sien en weet dat alle biologiese funksies na die dood beëindig word. Cotton en Range (1990) noem dat konservasievermoë eerder as ouderdom tot 'n akkurate doodsbegrip bydra.

Morgan (1991) sit die kind se doodsbegrip soos in tabel 8.4 hieronder uiteen.

**TABEL 6.4: MORGAN SE INDELING VAN DIE DOODSBEGRIP**

<b>OUDERDOM</b>	<b>BESKRYWING</b>
6 jaar	<ul style="list-style-type: none"> <li>*'n Nuwe bewustheid rakende die dood ontwikkel.</li> <li>*Emosionele reaksies rakende die dood ontwikkel.</li> <li>*Die kind vrees dat sy moeder hom gaan verlaat.</li> <li>*Die oorsaak van dood is aggressie of moord.</li> <li>*Stel al hoe meer belang in begrafnisse en die begraafplaas.</li> <li>*Ander persone sterf wel.</li> <li>*Glo nie in eie sterflikheid nie.</li> </ul>
7 jaar	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Doodsbegrip is meer gedetailleerd en realisties.</li> <li>*Stel belang in die oorsake van dood.</li> <li>*Toon belangstelling om 'n begraafplaas te besoek.</li> <li>*Sê soms: "Ek wens ek was dood."</li> <li>*Begin besef dat hulle ook kan sterf, maar ontken dit nog.</li> </ul>
8 jaar	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Stel belang in wat na die dood gebeur.</li> <li>*Baie vrae rakende die dood wat nie beantwoord is nie.</li> </ul>

9 jaar	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Gee logiese en biologiese oorsake vir die dood.</li> <li>*Die doodsbegrip is wyer as 'n kis en 'n begrafnis.</li> <li>*Glo dat hulle eendag wanneer hulle oud is, sal sterf.</li> </ul>
11 jaar en ouer	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Begryp dood en die finaliteit daarvan op 'n volwasse wyse.</li> </ul>

Sandström (1970) postuleer dat kinders jonger as 11 jaar selde 'n duidelike emosionele betrokkenheid met die konsep dood toon. Rondom 11 jaar begin die kind kennis neem van sy eie gesondheid. Die kind wonder byvoorbeeld of sy/haar hart reg funksioneer. Kinders is geneig om eie siektes te vergroot, gevolglik kom ernstige vrese rakende die dood en eie sterflikheid vir die eerste keer na vore. 'n Sesjarige kind vrees dat sy ouer mag sterf en hom alleen en onversorg sal laat, terwyl 'n elfjarige vrees dat hy/sy self gaan sterf.

Die emosionele aspekte rakende die dood ontwikkel geleidelik; eerstens baie vae gevoelens en later meer spesifieke gevoelens. Affektiewe betrokkenheid met die dood neem toe met ouderdom en manifesteer verskillend met verloop van tyd. Dit blyk dat kulturele en subkulturele faktore ook 'n rol speel in die kind se affektiewe doodsbegrip.

Die meeste navorsers is dit eens dat die kind se kognitiewe doodsbegrip in duidelike fases ontwikkel, alhoewel hulle verskil ten opsigte van die presiese indeling daarvan. Die navorser postuleer dat wanneer daar meer as drie fases beskryf word, daar na oorgangsfases ook verwys word.

## **DIE STERWENDE KIND**

Met maturasie begin die kind beseft dat daar buiten die hede ook 'n verlede en 'n toekoms bestaan. Hierdie ontdekking dra daartoe by dat

die konsep dood emosioneel anders beleef word. Die kind begin beseef dat hy vandag gesond mag wees, maar wonder oor mōre. Dit dra by tot 'n eksistensiële krisis en gevolglik 'n vrees vir die dood (Anthony, 1967).

Die kind in die middelkinderjare kan nie meer sy eie dood en die onomkeerbaarheid daarvan ontken nie. Die dood bedreig die kind se nuutontwikkelde selfkonsep en daarom skep hy/sy die gedagte van 'n bestaan hierna. Soos die kind se doodsbegrip ontwikkel, ontwikkel sy/haar gewete en word die oorsaak van dood as geweld of as 'n straf gesien (Easson, 1970). Op hierdie ouderdom begryp hy/sy die doodkonsep, maar glo steeds dat iemand (ouers of dokter) sal verhoed dat hy/sy sal sterf (Easson, 1970). In teenstelling met die voorskoolse kind, dwing die middeljarekind homself/haarself om meer in beheer te wees en onderdruk vrese, maar hoop op volgehoue ondersteuning (Anthony & Koupernik, 1973; Easson, 1970). Aan die einde van die middelkinderjare ontstaan vrae rakende die sterwensproses.

Die kind se doodsbegrip is 'n uiteenlopende, komplekse en veelvuldige verskynsel, wat verander soos ouderdom toeneem. Ouer kinders het 'n meer akkurate doodsbegrip (Anthony, 1940, 1971; Childers & Wimmer, 1971). Ouderdom beïnvloed 'n kind se doodsbegrip weens 'n toename in verworwe kennis, blootstelling aan die dood; die ontwikkeling van kognitiewe funksies, soos byvoorbeeld abstrakte redenering en begrip vir oorsaaklikheid; terwyl emosies en angs beter hanteer word. Ouderdom en 'n doodsbegrip ontwikkel nie noodwendig lineêr nie.

Doodsbegrip word ook deur die kind se kognitiewe ontwikkelingsvlak beïnvloed. Kinders wat kognitief verder ontwikkel is, se doodsbegrip is meer akkuraat (Cotton & Range, 1990; Koocher, 1974; Safier, 1964; Steiner, 1966).

Blootstelling aan die dood beïnvloed ook 'n kind se doodsbegrip. Kinders wat op een of ander manier met die dood kennis gemaak het, is meer geneig om in hulle eie sterflikheid te glo (Kane, 1979).

Die teenwoordigheid van angs (doodsvrees of skeidingsangs) beïnvloed die ontwikkeling van die doodsbegrip negatief (Orbach, 1995; Yalom, 1980).

## 6.6 DIE OUER-KINDVERHOUDING

'n Ouer en kind benader hulle verhouding met mekaar op verskillende wyses. Die ouer weet hoe 'n sosiale verhouding werk, terwyl die kind stelselmatig besig is om dit te leer (Seifert & Hoffnung, 1987). Aangesien ouer en kind 'n wedersydse invloed op mekaar uitoefen, is nóg die ouer nóg die kind die alleenbepaler van hierdie verhouding (Louw *et al.*, 1990).

Die kind in die middelkinderjare stel hoë eise aan ouers. Soos die kind meer leer aangaande die ouers se houdings, motiverings en redes vir reëls, neem hierdie eise stelselmatig af (Seifert & Hoffnung, 1987).

In die ouer-kindverhouding maak die ouer gebruik van sekere ouerskapstyle (outoritêr, gesaghebbend, permissief of onbetrokke) wat die kind se ontwikkeling in 'n bepaalde rigting stuur (Craig, 1992; Freiberg, 1987; Louw *et al.*, 1990; Seifert & Hoffnung, 1987; Turner & Helms, 1987).

Navorsing het bevind dat 'n kind in enige gesinsstruktuur (uitgebreide, enkelouer, aangeneem, ensovoorts) kan floreer, maar dit is die funksionering of disfunksionering (byvoorbeeld oormatige konflik, oormatige outoritêre ouerskapstyl) van die gesin wat die bepalende faktor is (Demo, 1992). 'n Kind kan nie oorleef en ontwikkel sonder intieme, toegewyde en volgehoue versorging (bevrediging van fisieke

én emosionele behoeftes) van 'n ouerlike figuur nie. Hierdie verhoudingservaring vorm die grondslag vir latere gedrag (Sroufe, 1989).

### **6.6.1 FUNKSIONELE ASPEKTE VAN DIE OUER-KINDVERHOUDING**

Die vroeë ouer-kindverhouding word gekenmerk deur versorging in 'n aantal interafhanklike domeine of funksionele aspekte. Elk van die onderstaande ses funksionele aspekte van die verhouding is sterk biologies en het komplementêre komponente in die ouer en die kind (Emde, 1989).

#### **6.6.1.1 BINDING**

Daar bestaan baie navorsing oor die funksionele aspekte wat te doen het met die affiliasieband tussen 'n baba en sy/haar ouers. Affiliasie bestaan uit gehegtheid van die kind se kant of binding van die ouer se kant af (Maccoby, 1980).

Die affiliasieband van die kind met die ouers begin vinnig vorm na die ouderdom van 6 maande. Ouerlike binding kan reeds gedurende swangerskap of vroeg na geboorte begin. Binding verwys na die ouer se gevoelvolle, warm en liefdevolle verbintenis teenoor die kind (Emde, 1989). Die kind assosieer die emosionele beskikbaarheid van die ouer of versorger met hegte binding (Sroufe, 1989). Sroufe (1989) verwys na die verband tussen vroeë hegte binding en die voorskoolse kind se sosiale vaardigheid. Hekte binding bevorder die kind se sosiale vaardigheid en is van kardinale belang vir die kind se emosionele aanpassing en geestesgesondheid (Chandler, 1985).

Maccoby (1980) meen dat die ouer se bydrae tot binding binne die onderstaande vier versorgingstyle geïdentifiseer kan word:

**\* Sensitiewe/onsensitiewe**

Die sensitiewe ouer skakel sy/haar response in by die kind se tekens en kommunikasie. Interaksie neem 'n sikliese beweging tussen ouer en kind aan, wat lei tot wedersydse sensitiewe. Die onsensitiewe ouer meng arbitrêr in en die inmenging reflekteer die eie wense en buie.

**\* Aanvaarding/verwerping**

Die aanvaardende ouer aanvaar die verantwoordelikheid vir die versorging van sy/haar kind, terwyl daar min tekens van irritasie teenwoordig is. Die verwerpende ouer het gevoelens van irritasie, woede en gegriefdheid wat die toegeneentheid jeens die kind verduister. Die kind word negatief beleef, met die gevolg dat die ouer toevlug neem tot bestrawwende beheer.

**\* Samewerking/inmenging**

Die samewerkende ouer respekteer die kind se outonomie en pas min direkte beheer toe. Die inmengende ouer dwing sy/haar wense op die kind af. Die kind se buie of aktiwiteit word nie deur die ouer in ag geneem nie.

**\* Toeganklikheid/ignorering**

Die toeganklike ouer is bekend met die kind se kommunikasie. Die ignorerende ouer is so behep met eie gedagtes en aktiwiteite dat hy/sy dikwels nie bewus is dat die kind iets kommunikeer nie.

Hierdie vier dimensies kan interafhanklik wees. Individue kan aspekte van al vier vertoon (Maccoby, 1980).

### **6.6.1.2 WAAKSAAMHEID EN BESKERMING**

Die ouer moet die kind beskerm en sorg vir veiligheid, terwyl die kind waaksaam moet wees om te oorleef. Die twee konsepte is komplementêre aspekte van basiese versorging (Emde, 1989).

### **6.6.1.3 FISIOLOGIESE REGULERING**

Die kind se oorlewing, fisieke gesondheid en ontwikkeling hang af van die fisiologiese regulering van die baba se behoeftes (Emde, 1989).

### **6.6.1.4 REGULERING EN DEEL VAN AFFEK**

Kommunikasie van affek reguleer alle aspekte van die kind se verhoudingservaring en is veral van belang vir aanpassing. Die ouer moet die kind lei om ekstreme opwinding, nood en onttrekking te vermy. Deur die empatiese respons van die ouer word die kind se emosionele uitlewing en wederkerige, positiewe en aangename eienskappe van sosiale ontwikkeling bevorder (Emde, 1989).

### **6.6.1.5 SPEL EN LEER**

Spel en leer is afhanklik van die ander aspekte van die ouer-kindverhouding. Behoeftes vir beskerming en fisieke regulering moet eers bevredig word, voordat spel en leer geaktiveer kan word. Spel en leer word ook deur binding geaktiveer (Emde, 1989).

### **6.6.1.6 SELFBEHEER EN DISSCIPLINE**

Selfbeheer van die kind se kant en dissipline deur die ouer is belangrike funksionele aspekte van die verhouding en tree vroeg in die tweede jaar na vore (Emde, 1989).

## **6.6.2 DIE ROL VAN AFFEK IN DIE VERHOUDING**

Affek organiseer ervaring én verandering en verskaf aansporing vir nuwe vlakke van funksionering (Emde, 1989). Emde (1989) beweer dat daar 'n affektiewe kern in selfervaring is wat 'n sin van kontinuïteit in tye van ontwikkelingsverandering en empatie met ander verskaf.



Indien die vroeë versorgingservarings genoeg positiewe emosionele skakelings en 'n emosioneel beskikbare versorger insluit, kan dit 'n nuwe vlak van gedeelde betekenis in die kind meebring. 'n Geïnternaliseerde sin van "ons" word dan na nuwe interaksies en verhoudings met die ouers en portuurgroep gebring (Emde, 1989). Die affektiewe inhoud van die ouer-kindverhouding beïnvloed ander verhoudings regdeur die kind se lewe.

### **6.6.3 DIE ROL VAN GESTREMDHEID**

Gesinsverhoudinge is essensieel dinamies en word gekenmerk deur aksie, reaksie en interaksie wat van kardinale belang is vir die kind se ontwikkeling. Die gestremde kind is vir enige gesin 'n bron van spanning en kan lei tot gesinsdisintegrasie en tot sosiale onttrekking van die gesin (Begab, 1968).

Evaluering deur ander bepaal tot 'n mate selfevaluering. Die ouers se houding is dus van deurslaggewende belang in die kind se vorming van sy/haar selfbeeld. Kroniese ontevredenheid aan die kant van die ouers, wat die kind dikwels as 'n verlengstuk van hulleself sien, versteur die verhouding tussen ouer en kind.

Ouers se selfwaardering kan deur die gestremde kind bedreig word. Die ouer kan die gestremdheid hanteer deur byvoorbeeld 'n geloof dat die probleem sal opklaar; realistiese aanvaarding, versmorende oorbeskerming, of openlike verwerping van die kind; ontkenning van die probleem; of skuldgevoelens (Begab, 1968).

Die moeder-kindverhouding is vir die gestremde kind die gewigtigste en van deurslaggewende affektiewe en sosiale betekenis. In die geval van die gestremde kind, bereik hierdie verhouding meermale 'n laagtepunt. Die versteurde verhouding beïnvloed op sy beurt ook ander verhoudings (Stander, 1977).

Toetrede tot skool het tot gevolg dat die kind 'n nuwe status in die formele skoolomgewing moet verwerf. Dit vereis 'n vrymoedige, verkennende, ontwikkelende ingesteldheid wat meestal by die gestremde kind onderontwikkel is (Stander, 1977). Die streng formele en hoogs gestruktureerde klaskamersituasie bring die kind se swakhede na vore. Binne die klaskamer speel die onderwyser en sy/haar verwagtinge 'n kritieke rol. Die primêreskoolperiode is van kritieke belang omdat prestasie-motivering as 'n ontwikkelingstaak hier beslag kry. Dit is vir die kind se ontwikkeling belangrik dat hy/sy hierin sukses sal belewe (Stander, 1977).

Sukses is die belangrikste faktor in die opbou van 'n positiewe selfgevoel. Vir die gestremde kind wat voel dat die skool nie vir hom/haar bedoel is nie, word die skool 'n bedreiging en 'n ontwikkelingsremming (Purkey, 1970).

Hoewel die emosionele of gedragsprobleme gewoonlik sekondêr van aard is, ontwig dit die gestremde kind se algemene aanpassing. As gevolg van die manifestasie van gestremdheid en die reaksie van die omgewing daarop, is die gestremde kind se normale emosionele ontwikkeling onder konstante remming.

Die gestremde kind beleef dikwels angs. Mislukking word geantisipeer en dit oefen 'n inhiberende invloed uit op die kind se natuurlike nuuskierigheid en eksplorasiegedrag (Stander, 1977). Dit kan weer remmend op ontwikkeling inwerk.

'n Positiewe selfkonsep is vanuit 'n ontwikkelingsielkundige oogpunt van die grootste betekenis vir optimale ontwikkeling by enige kind. Die gevolg van 'n negatiewe selfkonsep by die gestremde kind is 'n gebrek aan positiewe denke oor die self en die leefwêreld. Die kind is dikwels pessimisties en straal die beeld van gebore verloorder uit. 'n Negatiewe selfkonsep het 'n remmende en selfvernietigende invloed op die kind se ontwikkeling en bemoeilik identifikasie.

Gestremdheid beïnvloed dus die kind se psigososiale, fisieke en kognitiewe ontwikkeling.

## 6.7 SAMEVATTING

In verskeie opsigte is die middelkinderjare (6 tot 12 jaar) die tydperk waartydens 'n kind meer soos 'n volwassene word. Dit vind plaas as gevolg van die interaksie met ouers, ander volwasse persone, die portuurgroep, kognitiewe verandering wat veral gedurende hierdie periode plaasvind, liggaamlike, emosionele, persoonlikheids- en sosiale ontwikkeling.

Gedurende hierdie periode stel die kind self doelwitte om na te streef en begin al hoe meer onafhanklik funksioneer. Die kind begin wegbeweeg van die eie ek en is nou meer in staat om ander persone in ag te neem.

Die middelkinderjare word volgens Freud (1963; 1966) gekenmerk deur 'n latente stadium. Volgens Erikson (1963) word dit gekenmerk deur arbeidsaamheid en minderwaardigheid, terwyl Sullivan (1953) dit sien as 'n tydperk van sosialisering waartydens 'n verhouding met 'n spesifieke lid van dieselfde geslag gevorm word.

Die ouers, sibbe en skool speel 'n al hoe belangriker rol in die sosialisering van die kind.

Ten opsigte van liggaamlike ontwikkeling is die groeitempo aansienlik stadiger, in vergelyking met die tydperk voor die middelkinderjare en die tydperk daarna. Die aanleer en verfyning van psigomotoriese vaardighede is 'n uitstaande kenmerk van hierdie tydperk.

Groot veranderinge ten opsigte van 'n kind se denke en aanleerstrategieë vind gedurende hierdie tydperk plaas. Die kind se

korttermyngeheuespan vermeerder, terwyl die langtermyngeheuespan dieselfde bly. Volgens Piaget (1958; 1977) is die kind in die middelkinderjare se denke konkreet-operasioneel.

Volgens Piaget (1932) is die kind in die middelkinderjare in die fase van moraliteit en van samewerking, waar reëls minder absoluut en minder onveranderbaar is. Kohlberg (1985) verwys na die prekonvensionele vlak (vlak I) van morele ontwikkeling. Hierdie vlak bestaan uit stadium 1 (straf- en gehoorsaamheidsoriëntasie) en stadium 2 (naïewe hedonistiese en instrumentele oriëntasie).

Op emosionele vlak is die kind meer emosioneel volwasse. Die kind kan onder andere onderskei tussen 'n gepaste en 'n onvanpaste tyd vir die uitdrukking van sekere emosies. Vyandige aggressie is algemeen teenwoordig, terwyl sekere vrese afneem.

Ten opsigte van persoonlikheidsontwikkeling, ontwikkel die kind 'n stabiele identiteit. Die kind staar verskeie sosiale uitdagings in die gesig en word aan talle nuwe sosiale leerervarings blootgestel.

Die kind se selfkonsep ontwikkel vinnig en is nou meer gedifferensieerd, geïntegreerd en realisties. Die doodskonsep is meer realisties en gevolglik bedreig dit die kind se nuut ontwikkelde selfkonsep en dra dit by tot 'n eksistensiële krisis.

Aspekte soos binding, waaksaamheid, beskerming, fisiologiese kontrole, deel van affek, spel, leer, selfkontrole en dissipline is funksionele aspekte wat in die middelkinderjare 'n deurslaggewende rol in die ouer-kindverhouding speel.

Die toetrede tot skool tydens die middelkinderjare kan die gestremde kind se swakhede na vore bring. Gestremdheid kan 'n bedreiging en 'n ontwikkelingsremming ten opsigte van psigososiale, fisieke en kognitiewe ontwikkeling teweegbring.

Dit is dikwels in die laerskool, tydens die middelkinderjare, dat emosionele en gedragsprobleme onder die aandag van die ouer en onderwyser kom. Die hipotese kan gestel word dat hoe vroeër interaksieprobleme waargeneem en hanteer word, hoe beter is die prognose vir die gesinsfunksionering en vir die kind se persoonlikheidsontwikkeling. Gesonde interaksie tussen ouer en kind, veral in die middelkinderjare, is van kardinale belang.

Die laerskoolkind ondervind onder andere op akademiese en sosiale vlak al hoe meer druk. Hierdie druk kan die ouer-kindinteraksie negatief beïnvloed, indien dit nie reg bestuur word nie. Navorsing wat oorsee uitgevoer is, ondersteun die gebruik van filialterapie vir kinders in hulle middelkinderjare (Andronico, 1996; Bratton, 1993b; Chau & Landreth, 1997; Garwood, 2000; Ginsberg, 2002; Glass, 1986; Glasser, 1986; Glazer & Kottman, 1994; Glover, 1996; Guerney & Guerney, 1989; Harris, 1995; Kraft & Landreth, 1998; Landreth 1991; Landreth & Lobaugh, 1998; VanFleet, 2000).

Tradisionele psigoterapeutiese modelle voorsien dikwels nie meer in die samelewing se behoeftes nie. Daar bestaan 'n groter behoefte aan voorkomende behandeling, ingrepe in 'n kind se lewe op 'n vroeër ouderdom, die benutting van betekenisvolle ander persone as ondersteunende sisteme en die uitbreiding van geestesgesondheidsdienste.

Doeltreffende hulpverlening aan ouers vereis dat die belangrike rol van die ouer-kindverhouding beklemtoon word; dat beide ouer en kind in die terapie betrek moet word; en die fokus verskuif moet word na korter psigoterapeutiese intervensies (Dulcan, 1984; Sroufe, 1989). Filialterapie voldoen aan hierdie kriteria.

Die verhoogde aanvraag na 'n geestesgesondheidsdiens aan kinders en gesinne, en die beperkte beskikbaarheid van onder andere finansiële en professionele bronne, het tot 'n verhoogde belangstelling

in korter psigoterapeutiese intervensies bygedra (Dulcan, 1982). Filialterapie is 'n koste-effektiewe en ekonomies-verdedigbare metode wat goed in verskeie lande (veral in Amerika) nagevors is. Daar bestaan ten spyte hiervan, sover die navorser kon vasstel, net twee ongepubliseerde studies hieroor in Suid-Afrika: *An educational psychological perspective on the use of filial therapy in mother-child relationship* (Arnott, 2000) en *Adapting a Western model of filial therapy to a locally specific form through a participatory process with kinship carers* (Pett, 2002). Die toepassingswaarde en doeltreffendheid van filialterapie in die Suid-Afrikaanse konteks moet dus verder nagevors word.

# HOOFSTUK SEWE

## NAVORSINGSMETODOLOGIE

### 7.1 INLEIDING

In 1960 het Bernard en Louise Guerney 'n behandelingsprogram genaamd filialterapie ontwikkel, waarvolgens ouers opgelei word om 'n terapeutiese gesinsisteem daar te stel.

Filialterapie is 'n koste-effektiewe en ekonomies-verdedigbare metode wat goed in verskeie lande (veral in Amerika) nagevors is. Daar bestaan ten spyte hiervan, sover die navorser kon vasstel, net twee ongepubliseerde studies (Arnott, 2000; Pett, 2002) in Suid-Afrika. Die toepassingswaarde en doeltreffendheid van filialterapie in die Suid-Afrikaanse konteks moet dus verder nagevors word.

In hierdie hoofstuk word die metode van ondersoek uiteengesit. Die doelstelling, navorsingsprobleem, keuse van respondente, navorsingsmetode, keuse en bespreking van meetinstrumente, hipoteses wat gestel is, verwerking en hantering van data, asook die nut van hierdie studie word bespreek.

### 7.2 DOELSTELLING

Die primêre doelwit van hierdie studie was om die doeltreffendheid van filialterapie te bepaal ten opsigte van:

- 'n meer bevredigende beleving van ouerskap;
- die vermindering van:
  - \* probleemsituasies wat met ouerskap verband hou, en

\* die hoeveelheid probleme wat kinders ervaar;

- die vermindering van ouerskapstres; en
- die bevordering van ouerlike aanvaarding van die kind.

Die sekondêre doelwit was om op grond van die resultate aanbevelings te maak oor die doeltreffendheid van filialterapie as ouer-kindbehandelingsmodaliteit, veral in die lig van die veranderinge wat dit moontlik in die ouer kan teweegbring.

Die tersiêre doelwit was die verskaffing van 'n volledige oorsig oor filialterapie.

### **7.3 NAVORSINGSPROBLEEM**

Die navorsingsprobleem handel oor die doeltreffendheid van die ouer as terapeutiese agent deur die benutting van filialterapie, binne 'n Suid-Afrikaanse konteks.

### **7.4 DIE NUT**

Die verskaffing van 'n doeltreffende sielkundige diens (voorkomend, korttermyn en koste-effektief) aan die kind deur die opleiding van 'n betekenisvolle ander persoon (die ouer) in sy/haar lewe is 'n belangrike area van navorsing.

### **7.5 KEUSE VAN RESPONDENTE**

Die steekproef het aanvanklik uit 30 ouers bestaan, elk met 'n kind wat in die middelkinderjare is. Daar is van twee eksperimentele en een kontrolegroep gebruik gemaak. Die twee eksperimentele ouergroepe



het onderskeidelik bestaan uit 10 ouers wat vrywilliglik filialterapie en 10 ouers wat vrywillig die Doeltreffende Ouerleidingprogram (DOL), beter bekend as die *Parent effectiveness training (PET)* van dr. Thomas Gordon (1975, 1980), deurloop het. Gedurende die DOL-kursus het een van die ouers onttrek, gevolglik het dié eksperimentele groep uit 9 ouers bestaan. Die eksperimentele filialterapie en DOL ouers het op 'n bepaalde kind in sy/haar middelkinderjare gefokus. Die kontrolegroep het bestaan uit 10 ouers wat geen terapie of ouerleiding ontvang het nie.

Die ouers wat deel van die studie uitgemaak het, het òf op 'n advertensie oor filialterapie òf op 'n ander advertensie oor DOL gereageer. Die kontrole ouergroep het bestaan uit ouers wat op die advertensie oor filialterapie gereageer het, maar die tyd was òf ongeleë òf hulle het te laat gereageer en die groep was reeds vol.

Die steekproef het bestaan uit Afrikaanssprekend ouers, 18 moeders en 11 vaders tussen die ouderdom 33 en 39 jaar, elk met 'n kind in die middelkinderjare. Hulle het deel uitgemaak van 'n middelklasgesin en oor ten minste 'n matrieksertifikaat beskik.

## **7.6 DIE RASIONAAL AGTER DIE OUDERDOMKEUSE VAN DIE KINDERS**

Die hipotese kan gestel word dat hoe vroeër interaksieprobleme waargeneem en hanteer word, hoe beter is die prognose vir die gesinsfunksionering en vir die kind se persoonlikheidsontwikkeling. Gesonde interaksie tussen ouer en kind, veral in die middelkinderjare, is van kardinale belang.

Navorsing wat oorsee uitgevoer is, ondersteun die gebruik van filialterapie vir kinders in hulle middelkinderjare (Andronico, 1996; Bratton, 1993b; Chau & Landreth, 1997; Garwood, 2000; Ginsberg,

2002; Glass, 1986; Glasser, 1986; Glazer & Kottman, 1994; Glover, 1996; Guerney & Guerney, 1989; Harris, 1995; Kraft & Landreth, 1998; Landreth 1991; Landreth & Lobaugh, 1998; VanFleet, 2000), dus tussen die ouderdom 6 tot 12 jaar.

## 7.7 NAVORSINGSMETODE

Die navorsingsontwerp is 'n ewekansige eksperimentele en kontrolegroep-ontwerp bestaande uit 'n voor- en natoets. Die een eksperimentele groep (N = 10) het filialterapie deurloop en die ander groep die DOL (N = 9). Die kontrolegroep (N = 10) het geen vorm van terapie of ouerleiding deurloop nie.

Filialterapie is deur die navorser aangebied. Sy ontvang in Maart 1996 en Julie 1998 by Reyana Seedat Ravat (BSW, M MED S.W.) opleiding in Landreth se 10-weke filialterapiemodel. In Februarie 1997 deurloop sy 'n filialterapiekursus by Sue Bratton (Ph.D), wat dr. Landreth se model verder aangepas het. Beide Ravat en Bratton het hulle opleiding by Landreth ontvang. Om die aanbieder se effek op die resultate te kontroleer, is van 'n voorligtingsielkundige (me. Pauli Geldenhuis) gebruik gemaak om die proses te monitor deur te verseker dat die navorser by die filialterapiemodel hou en nie die ouers doelbewus beïnvloed nie. Die navorser het die DOL as kursusganger deurloop, ten einde die nodige agtergrondskennis te verwerf. Die eksperimentele DOL ouergroep is gelei deur me. Maggie C. Heyneke. Sy ontvang haar opleiding by dr. J. Robbertson wat sy opleiding by dr. Gordon ontvang het. Me. Heyneke bied sedert 1981 die DOL-kursus aan en is verantwoordelik vir die opleiding van DOL-instrukteurs in Suid-Afrika.

Filialterapie behels 10 weeklikse ouer-opleidingsessies van twee uur elk. Tydens die sessies is ouers nie-direktiewe, kind-gesentreerde

speltherapeutiese beginsels en basiese ouerskapsvaardighede geleer, wat een keer 'n week vir 'n halfuur tuis deur die ouer met die gekose kind toegepas is.

Die DOL behels 8 weeklikse ouer-opleidingsessies van drie uur elk. Dit is 'n ouerleidingprogram wat op Rogers (1957) se kliëntgesentreerde konstruksie gebaseer is. Die hoofklem word geplaas op die wyse waarop die ouer met die kind kommunikeer.

## **7.8 DIE KEUSE VAN MEETINSTRUMENTE**

Die volgende vier meetinstrumente, wat deur die ouers self voltooi is en wat fokus op die ouers se siening van ouerskap en hulle houding jeens die kind, is vir die voor- en natoetsing gebruik:

- Adult-Adolescent Parenting Inventory (AAPI-2)
- Filial Problem Checklist (FPC)
- Parenting Stress Index (PSI)
- Porter Parental Acceptance Scale (PPAS)

### **7.8.1 ADULT-ADOLESCENT PARENTING INVENTORY (AAPI-2)**

Die Adult-Adolescent Parenting Inventory (AAPI-2) is deur Bavolek en Keene (1999) ontwikkel. Die meetinstrument bestaan uit 40 items wat deur ouers self voltooi word en gebaseer is op 'n vyf-punt Likert-skaal. Die AAPI-2 bestaan uit twee vorms (A en B) wat verskillende items bevat en word as 'n voortoets en natoetsmeetinstrument gebruik. Die AAPI-2 is maklik verstaanbaar en neem ongeveer 12-17 minute om te voltooi.

Die AAPI-2 is ontwikkel om ouerskaphoudings van volwasse ouers (20 jaar en ouer), adolessente ouers (13-19 jaar) en persone wat nog nie ouers is nie, te meet.

Vyf ouerskaphoudings- en opvoedingsgedragkonstrukte is geïdentifiseer en word onder die volgende subskale deur die AAPI-2 gemeet:

**Subskaal A: Ouers se persepsies van onvanpaste verwagtings van kinders**

Dit meet die toepaslikheid van ouers se begrip van wat 'n kind se behoeftes en bekwaamhede is. Dit dui oor die algemeen op die ouers se begrip oor waartoe 'n kind in staat is (vaardighede en vermoëns) volgens sy/haar ontwikkelingsvlak (Bavolek & Keene, 1999). Vir die doeleindes van die studie word ouers se persepsies van onvanpaste verwagtings van kinders, operasioneel gedefinieer as die tellings deur ouers behaal op die subskaal van die AAPI-2.

**Subskaal B: Gebrekkige empatiese bewustheid van kinders se behoeftes**

Dit meet die mate waartoe die ouer bewus is van die kind se behoeftes, gevoelens en geestestoestand. Empatiese ouers is oor die algemeen sensitief teenoor hulle kind en streef daarna om 'n omgewing te skep wat bevorderlik is vir die kind se emosionele, intellektuele, fisieke, sosiale, spirituele en kreatiewe groei en ontwikkeling (Bavolek & Keene, 1999). Vir die doeleindes van die studie word gebrekkige ouerlike empatiese bewustheid van kinders se behoeftes operasioneel gedefinieer as die tellings deur ouers behaal op die subskaal van die AAPI-2.

**Subskaal C: Geloof in die gebruik en waarde van lyfstraf**

Dit meet die ouer se siening van lyfstraf as 'n metode van dissiplinering (Bavolek & Keene, 1999). Vir die doeleindes van die studie word geloof in die gebruik en waarde van lyfstraf operasioneel gedefinieer as die tellings deur ouers behaal op die subskaal van die AAPI-2.

**Subskaal D: Ouer-kind-rolomkering**

Dit meet die ouer se behoefte om die ouer-kind rol om te keer. In 'n huishouding waarin die rolle omgekeer is, verwag die ouer dat die kind in sy/haar behoeftes moet voorsien en word die kind die outoriteitsfiguur in die gesin (Bavolek & Keene, 1999). Vir die doeleindes van die studie word ouer-kind-rolomkering operasioneel gedefinieer as die tellings deur ouers behaal op die subskaal van die AAPI-2.

**Subskaal E: Onderdrukking van die kind se behoefte aan onafhanklikheid**

Dit meet die mate waartoe die ouer die kind se behoefte aan onafhanklikheid, eksplorering en 'n beter begrip van die omgewing as 'n bedreiging ervaar en as bewys sien dat die kind in opstand kom en oneerbiedig is. Dit meet dus die mate waartoe die ouers klem op gehoorsaamheid plaas (Bavolek & Keene, 1999). Vir die doeleindes van die studie word onderdrukking van die kind se behoefte aan onafhanklikheid operasioneel gedefinieer as die tellings deur ouers behaal op die subskaal van die AAPI-2.

Die AAPI-2 word met behulp van 'n masker nagesien. Elk van die vyf subtellings word bymekaar getel om 'n routelling te kry. Die routellings word omgeskakel na 'n standaardtelling deur van die normtabelle, gebaseer op die ouer se geslag en ouderdom, gebruik te maak.

Die standaardtellings volg die normaalverdeling. Die inhoudsgeldigheid is vasgestel deur 'n voorondersoek gedoen deur Bavolek en Keene (1999), bestaande uit 125 items, verteenwoordigend van die vyf konstrukte. Die item- en faktorontleding het gedui op 84 items wat vir 'n uitgebreide studie oorweeg moet word. Volwasse ouers en adolessente ouers (sowel ouers wat hulle kinders mishandel as ouers wat dit nie doen nie) van 53 agente wat op verskeie maniere by ouers en kinders betrokke is in 23 state in die V.S.A., het aan die studie deelgeneem. Dié data is gebruik om die APPI-2 te standaardiseer. Konstruktgeldigheid is vasgestel deur die Pearson interitemkorrelasies te gebruik, gevolg deur skuinsrotasie (Oblimin rotasies). Betroubaarheid is vasgestel deur Cronbach Alpha-koëffisiënte wat 'n waarde van 0.80 of hoër opgelewer het. Die korrelasies tussen vorms (A & B) het gewissel tussen 0.80 en 0.92 wat daarop dui dat die twee vorms vergelykbaar is.

### **7.8.2 FILIAL PROBLEM CHECKLIST (FPC)**

Die Filial Problem Checklist (FPC) is in 1974 deur Horner ontwikkel. Hierdie kontrolelys word gereeld deur die Individuele en Gesinskonsultasie Sentrum van die *Pennsylvania State University* vir filialterapie-navorsing gebruik. Hierdie instrument, wat deur ouers self voltooi word, bestaan uit 108 potensieële probleemsituasies wat verband hou met ouerskap en die kind se aanpassing in sulke situasies. Ouers word versoek om elke situasie ten opsigte van hulle kind te oorweeg en indien dit wel 'n probleem is, met 'n 1, 2 of 3 te merk. 'n Telling van 1 beteken dat die situasie op die betrokke kind van toepassing is, maar nie as 'n probleem gesien word nie. Daarenteen beteken 'n 2 dat die situasie as 'n matige probleem beskou word, terwyl 'n 3 op 'n ernstige probleem dui. Die FPC is maklik verstaanbaar en neem ongeveer 15 minute om te voltooi. Normatiewe data rakende die betroubaarheid en geldigheid van hierdie instrument is egter nie beskikbaar nie. Die FPC is gebruik op grond van die gebruik van die meetinstrument in verskeie ander filialterapie-studies (Landreth & Lobaugh, 1998; Shen, 2002) en

op aanbeveling van dr. Garry Landreth (Professor in 'Counselor Education' en hoof van die '*Play Therapy Institute*' van die North Texas State University).

### 7.8.3 PARENTING STRESS INDEX (PSI)

Die Parenting Stress Index (PSI) is deur Abidin (1983, 1995) ontwikkel. Die meetinstrument bestaan uit 101 items en 18 addisionele lewenstresitems wat deur ouers self voltooi word. Die PSI meet die vlak van stres wat in die ouer-kindverhouding teenwoordig is, gesien vanuit die ouer se perspektief op twee vlakke, naamlik die Ouer-domein en die Kind-domein.

Die totale strestelling is die som van die stres teenwoordig in die ouer- en kind-domein. Die totale strestelling is 'n aanduiding of professionele hulp vir 'n spesifieke ouer-kindsisteem noodsaaklik is al dan nie. 'n Routelling van 260 of meer is 'n aanduiding dat die ouer definitief vir professionele konsultasie verwys moet word (Abidin, 1995).

\* Die **Ouer-domein** meet stres wat verband hou met die ouer se persepsie rakende sy/haar ouerskapsvaardighede en -styl. 'n Hoë telling ten opsigte van die ouer-domein dui daarop dat die bron van stres en moontlike disfunksie in die ouer-kindsisteem verband mag hou met dimensies van die ouer se funksionering. Die volgende sewe konstrunkte ten opsigte van die ouer word gemeet:

#### **Subskaal CO: Ouer se gevoel van bevoegdheid**

'n Hoë telling op hierdie subskaal kan dui op 'n gebrekkige praktiese kennis van kinderontwikkeling, gebrekkige vaardighede om kinders te bestuur, belewing van die ouerrol as minder versterkend as wat verwag is, en dat ouerskap as oorweldigend ervaar word (Abidin, 1995). Vir die doeleindes van die studie word bevoegdheid operasioneel gedefinieer as die tellings deur ouers behaal op die subskaal van die PSI.

**Subskaal IS: Ouer se gevoel van sosiale afsondering/isolasie**

'n Hoë telling op hierdie subskaal kan daarop dui dat die ouer sosiaal geïsoleer is van sy/haar portuurgroep, familie en ander emosioneel ondersteunende sisteme. Gebrekkige ondersteuning ten opsigte van ouerskap en gebrekkige versorging van die kind is dikwels teenwoordig (Abidin, 1995). Vir die doeleindes van die studie word isolasie operasioneel gedefinieer as die tellings deur ouers behaal op die subskaal van die PSI.

**Subskaal AT: Ouergehegtheid**

'n Hoë telling op hierdie subskaal kan op twee maniere verklaar word naamlik dat die ouer nie 'n gevoel van emosionele nabyheid teenoor die kind beleef nie. Die afwesigheid van 'n emosionele binding kan sigbaar wees uit 'n koue ouer-kindinteraksie. Die tweede verklaring is dat die ouer werklik nie in staat is óf beleef dat hy/sy nie in staat is om die kind se gevoelens akkuraat waar te neem en te begryp nie (Abidin, 1982, 1995). Vir die doeleindes van die studie word gehegtheid operasioneel gedefinieer as die tellings deur ouers behaal op die subskaal van die PSI.

**Subskaal HE: Ouerlike gesondheid**

'n Hoë telling op hierdie subskaal dui op 'n agteruitgang van ouerlike gesondheid as gevolg van óf ouerskapstres óf bykomende onafhanklike stres in die ouer-kindverhouding (Abidin, 1995). Vir die doeleindes van die studie word gesondheid operasioneel gedefinieer as die tellings deur ouers behaal op die subskaal van die PSI.

**Subskaal RO: Beperkings as gevolg van ouerlike rol**

'n Hoë telling op hierdie subskaal dui daarop dat die ouer beleef dat die ouerlike rol beperkend inwerk op sy/haar vryheid. Die



ouers beleef dat hulle kinders se eise en behoeftes hulle beheer en domineer. In baie van die gevalle is daar 'n gegriefdheid en woede teenoor die kind en/of gade teenwoordig (Abidin, 1995; Hauenstein, Marvin, Snyder & Clarke, 1989; Matthews, 1989). Vir die doeleindes van die studie word rolbeperking operasioneel gedefinieer as die tellings deur ouers behaal op die subskaal van die PSI.

#### **Subskaal DP: Ouerlike depressiwiteit**

'n Hoë telling op hierdie subskaal kan daarop dui dat depressiwiteit by die ouer teenwoordig is. Items in die PSI hou verband met items van ander skale wat ontwikkel is om die teenwoordigheid van klinies betekenisvolle depressiwiteit te bespeur (Abidin, 1995; Webster-Stratton, 1988). Sekere van die items hou egter verband met skuldgevoelens en gevoelens van ongelukkigheid en hoewel dit dikwels met 'n depressie verband kan hou, kan 'n hoë telling ook as gevolg van ontevredenheid met die self en lewensomstandighede voorkom en nie weens 'n kliniese depressie nie. Ouers met 'n hoë telling vind dit moeilik om die psigiese en fisieke energie wat vir ouerskap nodig is, te mobiliseer. Hierdie ouers onttrek hulleself dikwels van die kinders en hulle selfgeldendheid en handhawing van gesag teenoor die kind is dikwels gebrekkig (Dumas, Gibson & Albin, 1989). Vir die doeleindes van die studie word depressiwiteit operasioneel gedefinieer as die tellings deur ouers behaal op die subskaal van die PSI.

#### **Subskaal SP: Verhouding met gade**

'n Hoë telling op hierdie subskaal dui op 'n gebrekkige, aktiewe emosionele ondersteuning deur gade ten opsigte van gesamentlike ouerskap van die kind (Webster-Stratton, 1989). Dit kan dui op 'n negatiewe verhouding tussen die ouers en dat die een ouer nie verantwoordelikheid vir die ouerskaprol neem nie. Vir die doeleindes van die studie word die verhouding met

die gade operasioneel gedefinieer as die tellings deur ouers behaal op die subskaal van die PSI.

\* Die **Kind-domein** meet ouerlike stres wat verband hou met die kind se gedrag, gemoed en persoonlikheid. 'n Hoë telling ten opsigte van die kind-domein kan geassosieer word met eienskappe in die kind wat dit vir die ouer moeilik maak om die ouerskaprol te vervul. Die onderstaande ses konstrukte ten opsigte van die kind word gemeet:

**Subskaal DI: Afleibaarheid/hiperaktiwiteit van kind**

'n Hoë telling op hierdie subskaal word geassosieer met die gedrag wat by kinders met aandagstekort-hiperaktiwiteitsversteuring voorkom. Vir die doeleindes van die studie word afleibaarheid/hiperaktiwiteit by die kind operasioneel gedefinieer as die tellings deur ouers verskaf op die subskaal van die PSI.

**Subskaal AD: Aanpasbaarheid van kind**

'n Hoë telling op hierdie subskaal word geassosieer met eienskappe wat die ouerlike taak bemoeilik as gevolg van die kind se onvermoë om by veranderende fisieke en sosiale omstandighede aan te pas. Eienskappe wat geassosieer word met 'n hoë telling is byvoorbeeld: perseverasie en die onvermoë om sonder emosionele ontsteltenis van een taak na 'n ander oor te skakel; 'n oorreaksie wanneer daar 'n verandering van sensoriese stimuli is; 'n vermyding van kontak met onbekendes; 'n oorreaksie by roetine veranderings; moeilik om te kalmeer ten tye van ontsteltenis (Abidin, 1995). Vir die doeleindes van die studie word aanpasbaarheid operasioneel gedefinieer as die tellings deur ouers behaal op die subskaal van die PSI.

**Subskaal RE: Kind versterk ouer**

'n Hoë telling op hierdie subskaal dui daarop dat die ouer die kind nie as 'n bron van positiewe versterking beleef nie. Die

ouer-kindinteraksie versterk nie die ouer se gevoelens rakende homself/haarself nie. Die ouer mag selfs voel dat hy/sy deur die kind verwerp word. Die afwesigheid van versterking van die ouer deur die kind benadeel die ouer-kindband (Abidin, 1995). Vir die doeleindes van die studie word versterking van die ouer deur die kind operasioneel gedefinieer as die tellings deur ouers behaal op die subskaal van die PSI.

#### **Subskaal DE: Kind is veeleisend**

'n Hoë telling op hierdie subskaal dui daarop dat die ouer beleef dat die kind baie eise aan hom/haar stel. Hierdie eise kan na vore kom deur byvoorbeeld 'n kind wat baie huil, fisiek klouerig is of aanhoudend aandag vereis. 'n Gebrek aan insiklikheid is dikwels by dié kinders teenwoordig. Vir die doeleindes van die studie word veeleisendheid operasioneel gedefinieer as die tellings deur ouers behaal op die subskaal van die PSI.

#### **Subskaal MO: Gemoed van kind**

'n Hoë telling op hierdie subskaal word geassosieer met kinders wie se affektiewe funksionering tekens van disfunksie toon. Hierdie kinders kom ongelukkig en depressief voor en huil ook gereeld (Abidin, 1995). Vir die doeleindes van die studie word 'gemoed van kind' operasioneel gedefinieer as die tellings deur ouers behaal op die subskaal van die PSI.

#### **Subskaal AC: Aanvaarbaarheid van die kind vir die ouer**

'n Hoë telling op hierdie subskaal dui daarop dat die fisieke, intellektuele en emosionele eienskappe van die kind nie ooreenstem met die verwagtings wat die ouer vir die kind gekoester het nie. Gebrekkige binding en/of verwerping kan in die ouer-kindverhouding teenwoordig wees (Abidin, 1995). Vir die doeleindes van die studie word aanvaarbaarheid van die kind vir die ouer operasioneel gedefinieer as die tellings deur ouers behaal op die subskaal van die PSI.

Die Lewenstresssubskaal (LS) is 'n addisionele subskaal wat nie deel vorm van die ander Ouer- en Kind-domein subskale nie. Dit gee 'n aanduiding van die mate van stres waaraan die ouer blootgestel is, buiten die ouer-kindverhouding. 'n Hoë telling op dié subskaal dui daarop dat die ouer in stresvolle situasionele omstandighede verkeer waaroor hy/sy meestal geen beheer het nie, byvoorbeeld die dood van 'n familielid of verlies aan werk.

Die PSI is gekies, aangesien die konstrakte wat deur die subskale gemeet word, verband hou met die vermoë van die ouer om sy/haar kind te aanvaar. Indien filialterapie doeltreffend is in die versterking van die ouer-kindverhouding, is die hipotese dat ouerlike stres sal afneem. Die meetinstrument is verder gekies op grond van die gebruik daarvan in ander filialterapie-studies en op aanbeveling van dr. Garry Landreth. Die PSI is maklik verstaanbaar en neem ongeveer 30 minute om te voltooi. Elke item bestaan uit vyf moontlike antwoorde wat wissel op 'n kontinuum van 'stem volkome saam' tot 'stem glad nie saam nie' (Abidin, 1983).

Zareski (1983) het van die toets-hertoets metode gebruik gemaak om 'n betroubaarheidskoëffisiënt vir die meetinstrument te bepaal. 'n Betroubaarheidskoëffisiënt van 0.77 vir die kind-domein, 0.69 vir die ouer-domein en 0.88 is vir die totale indeks verkry. Die alfa-betroubaarheidskoëffisiënt is bereken op die totale telling en die kind- en ouer-domein om die interne konsekwenheid te bepaal. Die koëffisiënt gerapporteer vir die kind-domein was 0.89, vir die ouer-domein 0.93 en 'n betroubaarheidskoëffisiënt vir die totaalstelling 0.95. Hierdie bevindings dui daarop dat die interne konsekwenheid van PSI, hoog is (Hauenstein, Scarr & Abidin, 1986).

#### **7.8.4 PORTER PARENTAL ACCEPTANCE SCALE (PPAS)**

Porter Parental Acceptance Scale (PPAS) is deur Porter (1954) ontwikkel. Die meetinstrument bestaan uit 40 items wat deur ouers self

voltooi word. Die PPAS meet ouerlike aanvaarding wat na vore kom uit die gedrag en gevoelens van ouers teenoor, met betrekking tot, of oor hulle kind. Hierdie skaal meet vier konstrukte:

**Subskaal A: Respek vir die kind se gevoelens en die reg om daaraan uiting te gee**

Die skaal meet die ouers se bereidwilligheid om die kind toe te laat om uiting aan sy/haar emosies te gee, terwyl die ouer 'n toegeneentheid teenoor die kind behou (Porter, 1954). Vir die doeleindes van die studie word respek vir die kind se gevoelens en die reg om daaraan uiting te gee, operasioneel gedefinieer as die tellings deur ouers behaal op die subskaal van die PPAS.

**Subskaal B: Waardering vir die kind se uniekheid**

Die skaal meet die waarde wat ouers heg aan en die uniekheid van die kind en die vreugde wat hulle daarin vind (Porter, 1954). Vir die doeleindes van die studie word waardering vir die kind se uniekheid operasioneel gedefinieer as die tellings deur ouers behaal op die subskaal van die PPAS.

**Subskaal C: Erkenning aan die kind se behoefte aan outonomie en onafhanklikheid**

Die skaal meet die ouers se begrip vir die kind se behoefte om te differensieer en onafhanklik te funksioneer, sodat die kind tot 'n selfstandige individu kan ontwikkel (Porter, 1954). Vir die doeleindes van die studie word erkenning aan die kind se behoefte aan outonomie en onafhanklikheid operasioneel gedefinieer as die tellings deur ouers behaal op die subskaal van die PPAS.

**Subskaal D: Onvoorwaardelike liefde**

Die skaal meet die mate van onvoorwaardelike liefde wat ouers aan die kind betoon sonder om gedragsvoorwaardes aan die kind te stel (Porter, 1954). Vir die doeleindes van hierdie studie

word onvoorwaardelike liefde operasioneel gedefinieer as die tellings deur ouers behaal op die subskaal van die PPAS.

Die PPAS is gekies, aangesien die vier konstrukte wat deur die subskale gemeet word, verband hou met die doelwitte van filialterapie. Die meetinstrument is ook in ander filialterapie-studies gebruik en word deur dr. Garry Landreth aanbeveel. Die PPAS is maklik verstaanbaar en neem ongeveer 30 minute om te voltooi.

Elke item van die PPAS bestaan uit vyf meervoudige keuses wat varieer van 'n lae tot 'n hoë mate van aanvaarding. Die skaal is ontwerp om twee dimensies van ouerlike aanvaarding te meet, naamlik:

- hoe die ouer in 'n spesifieke situasie voel
- hoe die ouer in 'n spesifieke situasie sal optree.

Porter (1954) rapporteer 'n verdeelde-helfte-betroubaarheidskoëffisient van 0.76 verhoog tot 0.86 deur die Spearman Brown formule. Verdere navorsing rapporteer 'n verdeelde helfte-betroubaarheidskoëffisient van 0.66 wat deur van die Spearman Brown formule tot 0.80 verhoog word.

Porter (1954) ondersoek die inhoudsgeldigheid van die PPAS deur van vyf kenners gebruik te maak om die response te evalueer. Ten minste drie uit die vyf het ten opsigte van al die items saamgestem. Die PPAS word deur Porter (1954) as 'n geldige meting van ouerlike aanvaarding beskou.

Die interne konsekwentheid van die PPAS is deur Burchinal, Hawkes en Garner (1957) deur middel van item-analise bepaal. Deur die analise van beide die moeders en vaders se response is bevind dat 39 van die 40 items tussen hoë en lae tellings onderskei. 'n Interne-

konsekwentheid wat die 0.001 waarskynlikheidspeil oorskry, is vir die PPAS gevind

## 7.9 PROSEDURE

Die ouers is skriftelik in kennis gestel dat die voltooiing van die meetinstrumente deel van 'n navorsingsprojek is; dat die inligting vertroulik hanteer sal word; en dat deelname vrywillig is.

Die vier bogenoemde meetinstrumente is tydens die eerste filialterapie- en DOL-sessie én weer tydens die laaste filialterapie- en DOL-sessie aan ouers van die eksperimentele groepe uitgedeel om tuis te voltooi. Die kontrolegroep het dieselfde meetinstrumente voltooi en weer 8 weke later vir die natoets. Die navorser het haar kontaknommer aan al die proefpersone verskaf sodat hulle haar kon kontak indien nodig. Geen van die proefpersone het van die geleentheid gebruik gemaak nie.

## 7.10 HIPOTEESES

Nulhipoteses is gestel en getoets om te bepaal of die ouer as 'n terapeutiese agent aangewend kan word en of filialterapie doeltreffender is as 'n meer konvensionele oerleidingprogram (soos die DOL). Volgens die nulhipotese ( $H_0$ ) is daar geen beduidende verskil tussen die toetstellings nie, terwyl die alternatiewe hipotese ( $H_a$ ) dit stel dat daar wel 'n beduidende verskil teenwoordig is.

Verklaring van die simbole wat by die hipotese gebruik is:

- **1-4** dui op die meetinstrument wat gebruik is, naamlik  
1: AAPI-2; 2: FPC; 3: PSI; en 4: PPAS.

- **a-e** dui op die betrokke subskaal.
- **W** dui op die gebruik van die Wilcoxon rangtekeningtoets om te bepaal of resultate beduidend is, al dan nie.

### 7.10.1 ADULT-ADOLESCENT PARENTING INVENTORY (AAPI-2)

Die volgende hipotese is gestel en getoets ten opsigte van die verskiltellings van die *x-ouergroepe* - die eksperimentele filialterapie ouergroep, die eksperimentele DOL ouergroep en die kontrole-ouergroep:

$H_0$  1<sub>w</sub>: In die geval van die *x-ouergroep* is daar nie 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde totale voor- en natoetstellings op die AAPI-2 nie.

In die geval van die *x-ouergroep* is daar nie 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde voor- en natoetstellings op die volgende subskale op die AAPI-2 nie:

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| $H_0$ 1 <sub>a</sub> <sub>w</sub> . | Subskaal A: <i>Onvanpaste verwagtings van kinders</i>                       |
| $H_0$ 1 <sub>b</sub> <sub>w</sub> . | Subskaal B: <i>Gebrekkige empatiese bewustheid van kinders se behoeftes</i> |
| $H_0$ 1 <sub>c</sub> <sub>w</sub> . | Subskaal C: <i>Glo in die gebruik en waarde van lyfstraf</i>                |
| $H_0$ 1 <sub>d</sub> <sub>w</sub> . | Subskaal D: <i>Ouer-kind-rolomkering</i>                                    |
| $H_0$ 1 <sub>e</sub> <sub>w</sub> . | Subskaal E: <i>Onderdrukking van die kind se mag en onafhanklikheid</i>     |

### 7.10.2 FILIAL PROBLEM CHECKLIST (FPC)

Die volgende hipotese is gestel en getoets ten opsigte van die verskiltellings van die *x-ouergroepe* - die eksperimentele filialterapie



ouergroep, die eksperimentele DOL ouergroep en die kontrole-ouergroep:

$H_0 2_w$ : In die geval van die *x-ouergroep* is daar nie 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde totale voor- en natoetstellings op die FPC nie.

$H_0 2_{aw}$ : In die geval van die *x-ouergroep* is daar nie 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde totale voor- en natoetstellings op die hoeveelheid probleme wat kind op die FPC ervaar.

### 7.10.3 PARENTING STRESS INDEX (PSI)

Die volgende hipotese is gestel en getoets ten opsigte van die verskiltellings van die *x-ouergroepe* - die eksperimentele filialterapie ouergroep, die eksperimentele DOL ouergroep en die kontrole-ouergroep:

$H_0 3_w$ : In die geval van die *x-ouergroep* is daar nie 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde totale voor- en natoetstellings op die PSI nie.

In die geval van die *x-ouergroep* is daar nie 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde voor- en natoetstellings op die volgende subskale op die PSI nie:

$H_0 3_{aw}$ . Kind-domein

$H_0 3_{bw}$ . Ouer-domein

### 7.10.4 PORTER PARENTAL ACCEPTANCE SCALE (PPAS)

Die volgende hipotese is gestel en getoets ten opsigte van die verskiltellings van die *x-ouergroepe* - die eksperimentele filialterapie ouergroep, eksperimentele DOL ouergroep en die kontrole-ouergroep:

$H_0 4_w$ : In die geval van die *x-ouergroep* is daar nie 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde totale voor- en natoetstellings op die PPAS nie.

In die geval van die *x-ouergroep* is daar nie 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde voor- en natoetstellings op die volgende subskale op die PPAS nie:

- $H_0 4a_w$ .      Subskaal A: *Respek vir die kind se gevoelens en die reg om dit uit te druk*
- $H_0 4b_w$ .      Subskaal B: *Waardering vir die kind se uniekheid*
- $H_0 4c_w$ .      Subskaal C: *Erkenning aan die kind se behoefte aan outonomie en onafhanklikheid*
- $H_0 4d_w$ .      Subskaal D: *Onvoorwaardelike liefde*

## 7.11 DATAVERWERKING

Die nulhipoteses is getoets om te bepaal of die ouers se deurloping van filialterapie-opleiding beter resultate oplewer as wanneer die ouer 'n meer konvensionele ouerleidingprogram soos die DOL of geen sodanige program deurloop nie. Op dié wyse is bepaal of filialterapie doeltreffend is, al dan nie.

Nie-parametriese statistiese navorsingstegnieke word met groot sukses in gedrags- en mediese navorsing aangewend. Die toleransie vir klein steekproefdata op kategoriele of ordinale vlak en vir 'n ongewone dataverspreiding maak van nie-parametriese tegnieke 'n betroubare alternatief tot parametriese tegnieke (Aron & Aron, 1997; Pett, 1997). Hierdie studie het nie aan die aannames van normaliteit van die verspreidings vir die gebruik van parametriese tegnieke (die steekproef is byvoorbeeld te klein) voldoen nie. Daar is gevolglik van nie-parametriese statistiek gebruik gemaak, aangesien dit vir hierdie studie geldiger resultate gelewer het.

Daar is van die Wilcoxon rangtekentoets gebruik gemaak om te bepaal of daar beduidende verskille tussen die voor- en natoets van die verskillende groepe was.

Vanweë die groot getal veranderlikes word die alfa-peil van betekenis in hierdie studie op 0.01 gestel. Dit beteken dat daar 'n 1% kans is om 'n tipe 1 fout te maak.

Die navorsingsdata is verwerk deur van die *Statistical Package for the Social Science (SPSS)* (Field, 2000) gebruik te maak.

## **7.12 HANTERING VAN DATA**

Die voor- en natoets data van die vier meetinstrumente is deur die navorser gemerk en aan 'n onpartydige navorsingsielkundige oorhandig om die resultate te verifieer en te verwerk.

# HOOFSTUK AGT

## RESULTATE EN BESPREKING VAN RESULTATE

### 8.1 INLEIDING

Die navorsingsprobleem handel oor die doeltreffendheid van die ouer as terapeutiese agent. Die primêre doelwit van hierdie studie is om die doeltreffendheid van filialterapie te bepaal ten opsigte van:

- 'n meer bevredigende beleving van ouerskap;
- die vermindering van:
  - \* probleemsituasies wat met ouerskap verband hou, en
  - \* die hoeveelheid probleme wat kinders ervaar;
- die vermindering van ouerskapstres; en
- die bevordering van ouerlike aanvaarding van die kind.

Die sekondêre doelwit is om op grond van die resultate aanbevelings te maak oor die doeltreffendheid van filialterapie as ouer-kindbehandelingsmodaliteit, veral in die lig van veranderinge wat dit moontlik in die ouer kan teweegbring.

#### 8.1.1 STATISTIESE UITEENSETTING

Vir elke meetinstrument en subskale word 'n uiteensetting verskaf van die:

- gemiddelde voor- en natoetstellings; en
- resultate van die Wilcoxon rangtekentoets om te bepaal of daar beduidende verskille tussen die voor- en natoetstellings van die verskillende ouergroepe was.

Vanweë die groot getal veranderlikes word die alfa-peil van betekenis in die studie op 0.01 ( $\alpha = .01$ ) gestel. Dit beteken dat daar 'n 1% kans is om 'n tipe 1 fout te maak.

### 8.1.2 ALGEMEEN

Die resultate van die vier meetinstrumente (AAPI-2, FPC, PSI, PPAS) en hulle subskale word afsonderlik bespreek. Om te bepaal of ouers as terapeutiese agente aangewend kan word, en of filialterapie doeltreffender is as 'n konvensionele oerleidingprogram, in dié geval die DOL, is 'n nulhipotese ( $H_0$ ) gestel en getoets. Volgens die nulhipotese is daar geen beduidende verskil tussen die toetstellings nie, terwyl die alternatiewe hipotese ( $H_a$ ) dit stel dat daar wel 'n beduidende verskil teenwoordig is.

Verklaring van die simbole wat by die  $H_0$  en  $H_a$  gebruik is:

- **1 - 4**     dui op die meetinstrument wat gebruik is, naamlik 1: AAPI-2; 2: FPC; 3: PSI; en 4: PPAS.
- **a - e**     dui op die betrokke subskaal.
- **W**        dui op die gebruik van die Wilcoxon rangtekentoets om te bepaal of resultate beduidend is, al dan nie.

## 8.2 ADULT ADOLESCENT PARENTING INVENTORY (AAPI-2)

Die volgende hipotese is gestel en getoets ten opsigte van die verskiltellings van die *x-ouergroepe* - die eksperimentele filialterapie ouergroep, die eksperimentele DOL ouergroep en die kontrole-ouergroep:

- **H<sub>0</sub> 1<sub>w</sub>**: In die geval van die *x-ouergroep* is daar nie 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde totale voor- en natoetstellings op die AAPI-2 nie.

**H<sub>a</sub> 1<sub>w</sub>**: In die geval van die *x-ouergroep* is daar 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde totale voor- en natoetstellings op die AAPI-2.
- **H<sub>0</sub> 1<sub>a</sub><sub>w</sub>**: In die geval van die *x-ouergroep* is daar nie 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde voor- en natoetstellings op subskaal A: *Onvanpaste verwagtings van kinders* op die AAPI-2 nie.

**H<sub>a</sub> 1<sub>a</sub><sub>w</sub>**: In die geval van die *x-ouergroep* is daar 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde voor- en natoetstellings op subskaal A: *Onvanpaste verwagtings van kinders* op die AAPI-2.
- **H<sub>0</sub> 1<sub>b</sub><sub>w</sub>**: In die geval van die *x-ouergroep* is daar nie 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde voor- en natoetstellings op subskaal B: *Gebrekkige empatiese bewustheid van kinders se behoeftes* op die AAPI-2 nie.

**H<sub>a</sub> 1<sub>b</sub><sub>w</sub>**: In die geval van die *x-ouergroep* is daar 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde voor- en natoetstellings op subskaal B: *Gebrekkige empatiese bewustheid van kinders se behoeftes* op die AAPI-2.
- **H<sub>0</sub> 1<sub>c</sub><sub>w</sub>**: In die geval van die *x-ouergroep* is daar nie 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde voor- en natoetstellings op subskaal C: *Glo in die gebruik en waarde van lyfstraf* op die AAPI-2 nie.

**H<sub>a</sub> 1<sub>c</sub><sub>w</sub>**: In die geval van die *x-ouergroep* is daar 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde voor- en natoetstellings op subskaal C: *Glo in die gebruik en waarde van lyfstraf* op die AAPI-2.

- **H<sub>0</sub> 1d<sub>w</sub>:** In die geval van die *x-ouergroep* is daar nie 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde voor- en natoetstellings op subskaal D: *Ouer-kind-rolomkering* op die AAPI-2 nie.

**H<sub>a</sub> 1d<sub>w</sub>:** In die geval van die *x-ouergroep* is daar 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde voor- en natoetstellings op subskaal D: *Ouer-kind-rolomkering* op die AAPI-2.
  
- **H<sub>0</sub> 1e<sub>w</sub>:** In die geval van die *x-ouergroep* is daar nie 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde voor- en natoetstellings op subskaal E: *Onderdrukking van die kind se behoefte aan onafhanklikheid* op die AAPI-2 nie.

**H<sub>a</sub> 1e<sub>w</sub>:** In die geval van die *x-ouergroep* is daar 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde voor- en natoetstellings op subskaal E: *Onderdrukking van die kind se behoefte aan onafhanklikheid* op die AAPI-2.

Tabel 8.1 verskaf die gemiddelde voor- en natoetstotale vir die AAPI-2 subskale en die verskille tussen die twee.

**TABEL 8.1: OPSOMMING VAN AAPI-2 SUBSKALE SE GEMIDDELDE VOOR- EN NAOETSTELLINGS EN VERSKILLE PER GROEP**

			A	A	A	B	B	B	C	C	C	D	D	D	E	E	E
			Voor	Na	Verskil	Voor	Na	Verskil	Voor	Na	Verskil	Voor	Na	Verskil	Voor	Na	Verskil
<b>F</b>	N=10	Gem	19.4	25.2	+5.8	39.0	46.7	+7.7	31.6	36.0	+4.4	24.8	26.2	+1.4	23.4	20.5	-2.9
<b>D</b>	N=9	Gem	24.5	27.0	+2.5	40.0	42.8	+2.8	36.7	42.4	+5.7	26.1	25.4	-0.7	20.1	18.0	-2.1
<b>K</b>	N=10	Gem	20.0	19.8	-0.2	38.5	39.5	+1.0	35.0	36.8	+1.8	23.7	25.0	+1.3	20.2	19.0	-1.2

Nota: F = filialterapie ouergroep; D = DOL ouergroep; K = kontrole-ouergroep.

Subskale: A - Ouers se persepsies van onvanpaste verwagtings van kinders; B - Gebrekkige empatiese bewustheid van kinders se behoeftes; C - Geloof in die gebruik en waarde van lyfstraf; D - Ouer-kind-rolomkering; E - Onderdrukking van die kind se behoefte aan onafhanklikheid.



Tabel 8.1 toon dat die verskille tussen die voor- en natoetstellings vir die eksperimentele filialterapie ouergroep groter is vir subskale A, B en D in vergelyking met die verskiltellings vir die ander twee ouergroepe.

Die AAPI-2 handleiding maak nie voorsiening vir die gekombineerde berekening van die vyf subskale se totale voor- en natoetstellings nie. Vir die doel van hierdie ondersoek is dit egter wel bereken. 'n Opsomming van die tellings en die verskille tussen die twee word in tabel 8.2 weergegee.

**TABEL 8.2: OPSOMMING VAN AAPI-2 SE GEMIDDELDE TOTALE VOOR- EN NATOETSTELLINGS EN VERSKILLE PER GROEP**

		Totaal Voor	Totaal Na	Totaal Verskil
<b>Filialterapiegroep</b>	N=10	34.5	38.6	+4.1
<b>DOL groep</b>	N=9	36.9	38.9	+2.0
<b>Kontrolegroep</b>	N=10	34.3	35.0	+0.7

Al drie die groepe het hoër tellings by die natoetsing behaal as met die voortoetsing. Die eksperimentele filialterapie ouergroep het die hoogste verskiltelling opgelewer.

## **8.2.1 WILCOXON RANGTEKENTOETSRESULTATE VIR AAPI-2 TOTAAL EN SUBSKALE**

### **8.2.1.1 VERSKILLE TUSSEN VOOR- EN NATOETSTELLINGS VIR EKSPERIMENTELE FILIALTERAPIE OUEGROEP**

Tabel 8.3 verskaf die verskille tussen die voor- en natoetstellings vir die eksperimentele filialterapie ouergroep.

**TABEL 8.3: WILCOXON RANGTEKENTOETSRESULTATE VIR EKSPERIMENTELE FILIALTERAPIE OUEGROEP VIR DIE VERSKIL TUSSEN VOOR- EN NATOETSTELLINGS VIR AAPI-2 TOTAAL EN SUBSKALE**

	A	B	C	D	E	Totaal
	Na-Voor	Na-Voor	Na-Voor	Na-Voor	Na-Voor	Na-Voor
Z	-2.67 <sup>b</sup>	-2.83 <sup>b</sup>	-1.89 <sup>b</sup>	-1.23 <sup>b</sup>	-2.83 <sup>a</sup>	-2.81 <sup>b</sup>
Beduidendheids- peil (tweekantige toets)	0.01	0.01	0.06	0.22	0.01	0.01

Nota:a. Gebaseer op positiewe rangordening. b. Gebaseer op negatiewe rangordening.

Subskale: A - Ouers se persepsies van onvanpaste verwagtings van kinders; B - Gebrekkige empatiese bewustheid van kinders se behoeftes; C - Geloof in die gebruik en waarde van lyfstraf; D - Ouer-kind-rolomkering; E - Onderdrukking van die kind se behoefte aan onafhanklikheid.

Die resultate van die Wilcoxon rangtekentoets om te bepaal of die voor- en natoetstellings beduidend verskil, dui daarop dat die tellings op subskale A, B en totaal by die eksperimentele filialterapie ouergroep na voltooiing van filialterapie beduidend verhoog het. Die voor- en natoetstellings van subskaal E verskil beduidend, maar in 'n ongewenste rigting. Subskale C en D se tellings verhoog nie beduidend nie.

**Hipotese 1<sub>w</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van bogemelde resultate verwerp, ten gunste van die alternatiewe hipotese.

**Hipotese 1<sub>a</sub><sub>w</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van bogemelde resultate verwerp, ten gunste van die alternatiewe hipotese.

**Hipotese 1<sub>b</sub><sub>w</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van bogemelde resultate verwerp, ten gunste van die alternatiewe hipotese.

**Hipotese 1<sub>c</sub><sub>w</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van bogemelde resultate nie verwerp nie.

**Hipotese 1<sub>d</sub>w:** \* Die nulhipotese word op grond van bogemelde resultate nie verwerp nie.

**Hipotese 1<sub>e</sub>w:** \* Die nulhipotese word op grond van bogemelde resultate verwerp, ten gunste van die alternatiewe hipotese.

Die eksperimentele filialterapie ouergroep ervaar dus na voltooiing van filialterapie dat:

- houding teenoor ouerskap en opvoedingsgedrag (totaal) beduidend verbeter het;
- begrip van wat kind se behoeftes en bekwaamhede is, beduidend verbeter, terwyl onvanpaste verwagtings van kinders (A) beduidend verminder het; en
- empatiese bewustheid van kind se behoeftes, gevoelens en geestestoestand beduidend verbeter het (B).

#### **8.2.1.2      VERSKILLE TUSSEN VOOR- EN NATOETSTELLINGS VIR EKSPERIMENTELE DOL OUEGROEP**

Tabel 8.4 verskaf die verskille tussen die voor- en natoetstellings vir die eksperimentele DOL ouergroep.

**TABEL 8.4: WILCOXON RANGTEKENTOETSRESULTATE VIR EKSPERIMENTELE DOL OUEGROEP VIR DIE VERSKIL TUSSEN VOOR- EN NATOETSTELLINGS VIR AAPI-2 TOTAAL EN SUBSKALE**

	A	B	C	D	E	Totaal
	Na-Voor	Na-Voor	Na-Voor	Na-Voor	Na-Voor	Na-Voor
Z	-1.37 <sup>c</sup>	-1.87 <sup>c</sup>	-2.49 <sup>c</sup>	-.85 <sup>b</sup>	-2.38 <sup>b</sup>	-2.39 <sup>c</sup>
Beduidendheids-peil (tweekantige toets)	0.17	0.06	0.01	0.40	0.02	0.02

Nota: b. Gebaseer op positiewe rangordening. c. Gebaseer op negatiewe rangordening.

Subskale: A - Ouers se persepsies van onvanpaste verwagtings van kinders; B - Gebrekkige empatiese bewustheid van kinders se behoeftes; C - Geloof in die gebruik en waarde van lyfstraf; D - Ouer-kind-rolomkering; E - Onderdrukking van die kind se behoefte aan onafhanklikheid.

Die resultate van die Wilcoxon rangtekentoets om te bepaal of die voor- en natoetstellings beduidend verskil, dui daarop dat die telling op subskaal C by die eksperimentele DOL ouergroep na voltooiing van DOL beduidend verhoog het. Die totaal en subskale A, B, D en E se tellings verhoog nie beduidend nie.

- Hipotese 1<sub>w</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van bogemelde resultate nie verwerp nie.
- Hipotese 1<sub>a</sub><sub>w</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van bogemelde resultate nie verwerp nie.
- Hipotese 1<sub>b</sub><sub>w</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van bogemelde resultate nie verwerp nie.
- Hipotese 1<sub>c</sub><sub>w</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van bogemelde resultate verwerp, ten gunste van die alternatiewe hipotese.
- Hipotese 1<sub>d</sub><sub>w</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van bogemelde resultate nie verwerp nie.
- Hipotese 1<sub>e</sub><sub>w</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van bogemelde resultate nie verwerp nie.

Die eksperimentele DOL ouergroep ervaar dus na voltooiing van DOL dat:

- geloof in die gebruik en waarde van lyfstraf as 'n metode van dissiplinerings (C) beduidend verander het.

### 8.2.1.3 VERSKILLE TUSSEN VOOR- EN NATOETSTELLINGS VIR KONTROLE-OUERGROEP

Tabel 8.5 verskaf die verskille tussen die voor- en natoetstellings vir die kontrole-ouergroep.

**TABEL 8.5: WILCOXON RANGTEKENTOETSRESULTATE VIR KONTROLE-OUERGROEP VIR DIE VERSKIL TUSSEN VOOR- EN NATOETSTELLINGS VIR AAPI-2 TOTAAL EN SUBSKALE**

	A Na-Voor	B Na-Voor	C Na-Voor	D Na-Voor	E Na-Voor	Totaal Na-Voor
Z	-.06 <sup>b</sup>	-1.19 <sup>a</sup>	-1.28 <sup>a</sup>	-1.56 <sup>a</sup>	-1.56 <sup>b</sup>	-1.13 <sup>a</sup>
Beduidendheidspeil (tweekantige toets)	0.95	0.23	0.20	0.12	0.12	0.26

Nota: a. Gebaseer op positiewe rangordening. b. Gebaseer op negatiewe rangordening.

Subskale: A - Ouers se persepsies van onvanpaste verwagtings van kinders; B - Gebrekkige empatiese bewustheid van kinders se behoeftes; C - Geloof in die gebruik en waarde van lyfstraf; D - Ouer-kind-rolomkering; E - Onderdrukking van die kind se behoefte aan onafhanklikheid.

Die resultate van die Wilcoxon rangtekentoets om te bepaal of die voor- en natoetstellings beduidend verskil, dui daarop dat geen van die subskale se tellings by die kontrole-ouergroep na agt weke van geen intervensie beduidend verhoog het nie.

**Hipotese 1<sub>w</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van bogemelde resultate nie verwerp nie.

- Hipotese 1a<sub>w</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van bogemelde resultate nie verwerp nie.
- Hipotese 1b<sub>w</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van bogemelde resultate nie verwerp nie.
- Hipotese 1c<sub>w</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van bogemelde resultate nie verwerp nie.
- Hipotese 1d<sub>w</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van bogemelde resultate nie verwerp nie.
- Hipotese 1e<sub>w</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van bogemelde resultate nie verwerp nie.

### 8.3 FILIAL PROBLEM CHECKLIST (FPC)

Die volgende hipotese is gestel en getoets ten opsigte van die verskiltellings van die *x-ouergroep* - die eksperimentele filialterapie ouergroep, die eksperimentele DOL ouergroep en die kontrole-ouergroep:

- **H<sub>0</sub> 2<sub>w</sub>:** In die geval van die *x-ouergroep* is daar nie 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde totale voor- en natoetstellings op die FPC nie.  
**H<sub>a</sub> 2<sub>w</sub>:** In die geval van die *x-ouergroep* is daar 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde totale voor- en natoetstellings op die FPC.
  
- **H<sub>0</sub> 2a<sub>w</sub>:** In die geval van die *x-ouergroep* is daar nie 'n beduidende verskil tussen die voor- en natoetstellings op die hoeveelheid probleme wat kind op die FPC ervaar nie.  
**H<sub>a</sub> 2a<sub>w</sub>:** In die geval van die *x-ouergroep* is daar 'n beduidende verskil tussen die voor- en natoetstellings op die hoeveelheid probleme wat kind op die FPC ervaar.

Tabel 8.6 verskaf die gemiddelde voor- en natoetstotale vir die FPC en die verskille tussen die twee.

**TABEL 8.6: OPSOMMING VAN FPC SE GEMIDDELDE VOOR- EN NATOETSTOTALE EN VERSKILLE PER GROEP**

			Totaal Voor	Totaal Na	Totaal Verskil
<b>Filialterapiegroep</b>	N=10	Gem	58.4	36.6	-21.8
<b>DOL groep</b>	N=9	Gem	30.3	27.8	-2.5
<b>Kontrolegroep</b>	N=10	Gem	73.9	82.1	+8.2

Tabel 8.6 toon dat die verskille tussen die voor- en natoetstellings vir die eksperimentele filialterapie ouergroep groter is in vergelyking met die verskiltellings vir die ander twee ouergroepe. Die gemiddelde hoeveelheid probleemsituasies verminder by beide eksperimentele ouergroepe, terwyl dit by kontrole-ouergroep vermeerder.

Tabel 8.7 verskaf die gemiddelde hoeveelheid probleme waarna ouers op die FPC se totale voor- en natoetstellings verwys en die verskille tussen die twee.

**TABEL 8.7: OPSOMMING VAN GEMIDDELDE HOEVEELHEID PROBLEME WAT KINDERS ERVAAR PER GROEP OP FPC TYDENS VOOR- EN NATOETSTELLINGS EN VERSKILLE PER GROEP**

			Totaal Voor	Totaal Na	Totaal Verskil
<b>Filialterapiegroep</b>	N=10	Gem	35.1	29.2	-5.9
<b>DOL groep</b>	N=9	Gem	18.8	19.4	+0.6
<b>Kontrolegroep</b>	N=10	Gem	42.7	45.7	+3.0

Tabel 8.7 toon dat slegs die eksperimentele filialterapie ouergroep minder probleme tydens die natoets meld. Die eksperimentele DOL ouergroep en die kontrole-ouergroep meld die teenwoordigheid van meer probleme tydens die natoetsing.

### **8.3.1 WILCOXON RANGTEKENTOETSRESULTATE VIR FPC TOTAAL EN GEMIDDELDE GETAL PROBLEME**

#### **8.3.1.1 VERSKIL TUSSEN VOOR- EN NATOETSTELLINGS VIR EKSPERIMENTELE FILIALTERAPIE OUEGROEP**

Tabel 8.8 verskaf die verskille tussen die voor- en natoetstellings vir die eksperimentele filialterapie ouergroep.



**TABEL 8.8: WILCOXON RANGTEKENTOETSRESULTATE VIR EKSPERIMENTELE FILIALTERAPIE OUEGROEP VIR DIE VERSKIL TUSSEN VOOR- EN NATOETSTELLINGS VIR FPC TOTAAL EN GEMIDDELDE HOEVEELHEID PROBLEME WAT KIND ERVAAR**

	Totaal Na-Voor	Hoeveelheid Na-Voor
Z	-2.56 <sup>a</sup>	-2.21 <sup>a</sup>
Beduidendheidspeil (tweekantige toets)	0.01	0.03

Nota: a. Gebaseer op positiewe rangordening.

Die resultate van die Wilcoxon rangtekentoets om te bepaal of die voor- en natoetstellings beduidend verskil, dui daarop dat die gemiddelde totale telling by die eksperimentele filialterapie ouergroep na voltooiing van filialterapie beduidend verminder het. Die gemiddelde getal probleme wat die kind ervaar het nie beduidend verminder nie.

**Hipotese 2<sub>w</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van bogemelde resultate verwerp, ten gunste van die alternatiewe hipotese.

**Hipotese 2<sub>aw</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van bogemelde resultate nie verwerp nie.

Die eksperimentele filialterapie ouergroep ervaar dus na voltooiing van filialterapie dat:

- probleemsituasies wat met ouerskap verband hou, beduidend verminder het.

### 8.3.1.2 VERSKIL TUSSEN VOOR- EN NATOETSTELLINGS VIR EKSPERIMENTELE DOL OUEERGROEP

Tabel 8.9 verskaf die verskille tussen die voor- en natoetstellings vir die eksperimentele DOL ouergroep.

**TABEL 8.9: WILCOXON RANGTEKENTOETSRESULTATE VIR EKSPERIMENTELE DOL OUEERGROEP VIR DIE VERSKIL TUSSEN VOOR- EN NATOETSTELLINGS VIR FPC TOTAAL EN GEMIDDELDE HOEVEELHEID PROBLEME WAT KIND ERVAAR**

	Totaal Na-Voor	Hoeveelheid Na-Voor
Z	-.99 <sup>b</sup>	-.85 <sup>c</sup>
Beduidendheidspeil (tweekantige toets)	0.33	0.39

Nota: a. Gebaseer op positiewe rangordening. c. Gebaseer op negatiewe rangordening.

Die resultate van die Wilcoxon rangtekentoets om te bepaal of die voor- en natoetstellings beduidend verskil, dui daarop dat die gemiddelde totale telling en die gemiddelde hoeveelheid probleme wat die kind ervaar by die eksperimentele DOL ouergroep na voltooiing van DOL nie beduidend verminder het nie.

**Hipotese 2<sub>w</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van bogemelde resultate nie verwerp nie.

**Hipotese 2<sub>a</sub><sub>w</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van bogemelde resultate nie verwerp nie.

Die eksperimentele DOL ouergroep ervaar dus na voltooiing van DOL dat:

- probleemsituasies wat met ouerskap verband hou, nie beduidend verminder nie; en
- die hoeveelheid probleme wat die kind ervaar, nie beduidend verminder nie.

### 8.3.1.3 VERSKIL TUSSEN VOOR- EN NAOETSTELLINGS VIR KONTROLE-OUERGROEP

Tabel 8.10 verskaf die verskille tussen die voor- en natoetstellings vir die kontrole-ouergroep.

**TABEL 8.10: WILCOXON RANGTEKENTOETSRESULTATE VIR KONTROLE-OUERGROEP VIR DIE VERSKIL TUSSEN VOOR- EN NAOETSTELLINGS VIR FPC TOTAAL EN GEMIDDELDE HOEVEELHEID PROBLEME WAT KIND ERVAAR**

	Totaal Na-Voor	Hoeveelheid Na-Voor
Z	-2.08 <sup>a</sup>	-2.46 <sup>a</sup>
Beduidendheidspeil (tweekantige toets)	0.04	0.01

Nota: a. Gebaseer op positiewe rangordening.

Die gebruik van die Wilcoxon rangtekentoets om te bepaal of die voor- en natoetstellings beduidend verskil, dui daarop dat die gemiddelde hoeveelheid probleme wat die kind ervaar by die kontrole-ouergroep na agt weke van geen intervensie beduidend **vermeerder** (tabel 8.7) het.

**Hipotese 2<sub>w</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van bogemelde resultate nie verwerp nie.

**Hipotese 2<sub>a</sub><sub>w</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van bogemelde resultate verwerp, ten gunste van die alternatiewe hipotese.

Die kontrole-ouergroep ervaar dus na agt weke van geen intervensie dat:

- die hoeveelheid probleme wat die kind ervaar, beduidend vermeerder.

#### 8.4 PARENTING STRESS INDEX (PSI)

Die volgende hipotese is gestel en getoets ten opsigte van die verskiltellings van die *x-ouergroep* - die eksperimentele filialterapie ouergroep, die eksperimentele DOL ouergroep en die kontrole-ouergroep:

- **H<sub>0</sub> 3<sub>w</sub>:** In die geval van die *x-ouergroep* is daar nie 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde totale voor- en natoetstellings op die PSI nie.  
**H<sub>a</sub> 3<sub>w</sub>:** In die geval van die *x-ouergroep* is daar 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde totale voor- en natoetstellings op die PSI.
- **H<sub>0</sub> 3<sub>aw</sub>:** In die geval van die *x-ouergroep* is daar nie 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde totale voor- en natoetstellings op die PSI *Kind-domein* nie.  
**H<sub>a</sub> 3<sub>aw</sub>:** In die geval van die *x-ouergroep* ouergroep is daar 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde totale voor- en natoetstellings op die PSI *Kind-domein*.
- **H<sub>0</sub> 3<sub>bw</sub>:** In die geval van die *x-ouergroep* is daar nie 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde totale voor- en natoetstellings op die PSI *Ouer-domein* nie.

**H<sub>a</sub> 3b<sub>w</sub>:** In die geval van die *x-ouergroep* is daar 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde totale voor- en natoetstellings op die *PSI Ouer-domein*.

Tabel 8.11 verskaf die gemiddelde voor- en natoetstotale vir die PSI en die verskille tussen die twee.

**TABEL 8.11: OPSOMMING VAN PSI SE GEMIDDELDE VOOR- EN NATOETSTOTALE EN VERSKILLE PER GROEP**

			Totaal Voor	Totaal Na	Totaal Verskil
<b>Filialterapiegroep</b>	N=10	Gem	232.5	182.4	-50.1
<b>DOL groep</b>	N=9	Gem	245.0	231.5	-13.5
<b>Kontrolegroep</b>	N=10	Gem	274.3	294.3	+20.0

Tabel 8.11 toon dat die verskille tussen die voor- en natoetstellings van die eksperimentele filialterapie ouergroep groter is, in vergelyking met die eksperimentele DOL ouergroep en die kontrole-ouergroep. Beide eksperimentele ouergroepe se natoetstellings verminder, terwyl die natoetstelling van die kontrole-ouergroep vermeerder.

#### **8.4.1 DOMEINE VAN DIE PARENTING STRESS INDEX**

##### **8.4.1.1 KIND-DOMEIN TOTAAL**

Tabel 8.12 verskaf die gemiddelde voor- en natoetstotale vir die PSI *Kind-domein* en die verskille tussen die twee.

**TABEL 8.12: OPSOMMING VAN GEMIDDELDE VOOR- EN NATOETSTELLINGS VIR PSI KIND-DOMEIN EN VERSKILLE PER GROEP**

			Totaal Voor	Totaal Na	Totaal Verskil
Filiaalterapiegroep	N=10	Gem	110.8	87.6	-23.2
DOL groep	N=9	Gem	112.8	106.7	-6.1
Kontrolegroep	N=10	Gem	129.2	139.3	+10.1

Tabel 8.12 toon dat verskille tussen voor- en natoetstellings vir die *Kind-domein* vir die eksperimentele filiaalterapie ouergroep groter is, in vergelyking met die eksperimentele DOL ouergroep en die kontrole-ouergroep. Die eksperimentele ouergroepe se natoetstellings verlaag, terwyl die kontrole-ouergroep se telling verhoog het.

#### 8.4.1.2 OUER-DOMEIN TOTAAL

Tabel 8.13 verskaf die gemiddelde voor- en natoetstotale vir die PSI *Ouer-domein* en die verskille tussen die twee.

**TABEL 8.13: OPSOMMING VAN GEMIDDELDE VOOR- EN NATOETSTELLINGS VIR PSI OUER-DOMEIN EN VERSKILLE PER GROEP**

			Totaal Voor	Totaal Na	Totaal Verskil
Filiaalterapiegroep	N=10	Gem	121.7	94.8	-26.9
DOL groep	N=9	Gem	132.1	124.7	-7.4
Kontrolegroep	N=10	Gem	145.1	155.0	+9.9

Tabel 8.13 toon dat die verskille tussen voor- en natoetstellings vir die *Ouer-domein* vir die eksperimentele filialterapie ouergroep groter is, in vergelyking met die eksperimentele DOL ouergroep en die kontrole-ouergroep. Die eksperimentele ouergroep se natoetstellings verlaag, terwyl die kontrole-ouergroep se telling verhoog het.

#### **8.4.1.3      KIND-DOMEIN SUBSKALE**

Tabel 8.14 verskaf die gemiddelde voor- en natoetstotale vir die *Kind-domein* subskale en die verskille tussen die twee.

**TABEL 8.14: OPSOMMING VAN PSI KIND-DOMEIN SUBSKALE SE GEMIDDELDE VOOR- EN NATOETSTELLINGS EN VERSKILLE PER GROEP**

			DI	DI	DI	AD	AD	AD	RE	RE	RE	DE	DE	DE	MO	MO	MO	AC	AC	AC
			Voor	Na	verskil	Voor	Na	Verskil	Voor	Na	Verskil	Voor	Na	Verskil	Voor	Na	Verskil	Voor	Na	Verskil
F	N=10	Gem	24.9	21.1	-3.8	28.1	21.6	-6.5	11.1	9.0	-2.1	19.4	14.9	-4.5	11.7	9.4	-2.3	15.6	11.6	-4.0
D	N=9	Gem	23.8	23.8	0.0	29.3	26.3	-3.0	12.1	11.2	-0.9	20.4	19.2	-1.2	12.6	12.4	-0.2	14.6	14.5	-0.1
K	N=10	Gem	29.8	31.3	+1.5	30.4	33.9	+3.5	14.5	15.0	+0.5	25.0	27.0	+2.0	13.4	14.5	+1.1	16.1	17.6	+1.5

Nota: F = filialterapie ouergroep; D = DOL ouergroep; K = kontrole-ouergroep.

Subskale: DI - Aflibaarheid/hiperaktiwiteit van kind; AD - Aanpasbaarheid van kind; RE - Kind versterk ouer; DE - Kind is veeleisend; MO - Gemoed van kind;

AC - Aanvaarbaarheid van kind vir die ouer.



Tabel 8.14 toon dat die verskille tussen voor- en natoetstellings vir die eksperimentele filialterapie ouergroep groter is vir al ses subskale, in vergelyking met die verskiltellings van die ander twee ouergroepe. Die eksperimentele ouergroepe se natoetstellings verlaag, terwyl die kontrole-ouergroep se tellings verhoog het.

#### **8.4.1.4 OUER-DOMEIN SUBSKALE**

Tabel 8.15 verskaf die gemiddelde voor-, natoetstotale vir die *Ouer-domein* subskale en die verskille tussen die twee.

**TABEL 8.15: OPSOMMING VAN PSI OUER-DOMEIN SUBSKALE SE GEMIDDELDE VOOR-, NATOETSTELLINGS EN VERSKILLE PER GROEP**

			CO	CO	CO	IS	IS	IS	AT	AT	AT	HE	HE	HE
			Voor	Na	Verskil	Voor	Na	Verskil	Voor	Na	Verskil	Voor	Na	Verskil
F	N=10	Gem	26.2	20.1	-6.1	14.1	10.1	-4.0	14.4	11.2	-3.2	11.0	10.2	-0.8
D	N=9	Gem	31.2	29.6	-1.6	14.5	14.3	-0.2	14.0	13.4	-0.6	12.6	12.5	-0.1
K	N=10	Gem	31.5	34.0	+2.5	15.2	16.8	+1.6	14.8	15.5	+0.7	13.9	15.7	+1.8

Nota: F = filialterapie ouergroep; D = DOL ouergroep; K = kontrole-ouergroep.

Subskale: CO - Ouer se gevoel van bevoegdheid; IS - Ouer se gevoel van sosiale afsondering/isolasie; AT - Ouergehegtheid; HE - Ouerlike gesondheid.

**TABEL 8.31 (vervolg)**

			RO	RO	RO	DP	DP	DP	SP	SP	SP	LS	LS	LS
			Voor	Na	Verskil	Voor	Na	Verskil	Voor	Na	Verskil	Voor	Na	Verskil
F	N=10	Gem	18.6	14.1	-4.5	21.4	14.7	-6.7	16.0	14.4	-1.6	15.2	16.1	+0.9
D	N=9	Gem	19.2	17.0	-2.2	21.4	20.3	-1.1	19.0	17.4	-1.6	12.6	12.6	0.0
K	N=10	Gem	20.9	23.9	+3.0	25.3	25.7	+0.4	23.5	23.4	-0.1	13.0	13.3	+0.3

Nota: F = filialterapie ouergroep; D = DOL ouergroep; K = kontrole-ouergroep.

Subskale: RO - Beperkings as gevolg van ouerlike rol; DP - Ouerlike depressiwiteit; SP - Verhouding met gade; LS - Lewenstres.

Tabel 8.15 toon dat die verskille tussen voor- en natoetstellings vir die eksperimentele filialterapie ouergroep groter is vir al sewe subskale, in vergelyking met die verskiltellings van die ander twee ouergroepe. Die eksperimentele ouergroepe se natoetstellings verlaag, terwyl ses subskale se tellings by die kontrole-ouergroep verhoog. Die addisionele subskaal LS: *Lewenstres* se natoetstelling verhoog by die eksperimentele filialterapie ouergroep en die kontrole-ouergroep.

#### 8.4.2 WILCOXON RANGTEKENTOETSRESULTATE VIR DIE PSI TOTAAL, KIND-DOMEIN TOTAAL, OUER-DOMEIN TOTAAL EN SUBSKALE

##### 8.4.2.1 VERSKILLE TUSSEN VOOR- EN NATOETSTELLINGS VIR EKSPERIMENTELE FILIALTERAPIE OUEGROEP

Tabel 8.16 verskaf die verskille tussen die voor- en natoetstellings vir die eksperimentele filialterapie ouergroep.

**TABEL 8.16 WILCOXON RANGTEKENTOETSRESULTATE VIR EKSPERIMENTELE FILIALTERAPIE OUEGROEP VIR DIE VERSKIL TUSSEN VOOR- EN NATOETSTELLINGS VIR PSI TOTAAL, KIND-DOMEIN TOTAAL, OUER-DOMEIN TOTAAL EN SUBSKAAL LS**

	Totaal Na-Voor	Kind-domein Na-Voor	Ouer-domein Na-Voor	LS Na-Voor
<b>Z</b>	-2.80 <sup>a</sup>	-2.81 <sup>a</sup>	-2.80 <sup>a</sup>	-.26 <sup>a</sup>
<b>Beduidendheidspeil (tweekantige toets)</b>	0.01	0.01	0.01	0.80

Nota: a. Gebaseer op positiewe rangordening.

Die resultate van die Wilcoxon rangtekentoets om te bepaal of die voor- en natoetstellings beduidend verskil, dui daarop dat die tellings op die totaal, Kind-domein totaal en Ouer-domein totaal by die

eksperimentele filialterapie ouergroep na voltooiing van filialterapie beduidend verlaag het. Die voor- en natoetstellings van subskaal LS verlaag nie beduidend nie.

**Hipotese 3<sub>w</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van die bogemelde resultate verwerp, ten gunste van die alternatiewe hipotese.

**Hipotese 3<sub>a</sub><sub>w</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van die bogemelde resultate verwerp, ten gunste van die alternatiewe hipotese.

**Hipotese 3<sub>b</sub><sub>w</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van die bogemelde resultate verwerp, ten gunste van die alternatiewe hipotese.

Die eksperimentele filialterapie ouergroep ervaar dus na voltooiing van filialterapie dat die vlak van:

- stres in die ouer-kindverhouding (totaal) beduidend verminder het;
- stres wat met kind se gedrag, gemoed en persoonlikheid verband hou (Kind-domein totaal), beduidend verminder het; en
- stres wat met ouerskapsvaardighede en -styl verband hou (Ouer-domein totaal), beduidend verminder het.

**\* Kind-domein subskale**

Tabel 8.17 verskaf die verskille tussen die voor- en natoetstellings vir die eksperimentele filialterapie ouergroep.

**TABEL 8.17: WILCOXON RANGTEKENTOETSRESULTATE VIR EKSPERIMENTELE FILIALTERAPIE OUEGROEP VIR DIE VERSKIL TUSSEN VOOR- EN NATOETSTELLINGS VIR PSI KIND-DOMEIN SUBSKALE**

	DI Na-Voor	AD Na-Voor	RE Na-Voor	DE Na-Voor	MO Na-Voor	AC Na-Voor
Z	-2.54 <sup>a</sup>	-2.81 <sup>a</sup>	-2.53 <sup>a</sup>	-2.81 <sup>a</sup>	-2.51 <sup>a</sup>	-2.81 <sup>a</sup>
Beduidendheid s-peil (tweekantige toets)	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01

Nota: a. Gebaseer op positiewe rangordening.

Subskale: DI - Afleibaarheid/hiperaktiwiteit van kind; AD - Aanpasbaarheid van kind; RE - Kind versterk ouer; DE - Kind is veeleisend; MO - Gemoed van kind; AC - Aanvaarbaarheid van kind vir die ouer.

Die resultate van die Wilcoxon rangtekentoets om te bepaal of die voor- en natoetstellings beduidend verskil, dui daarop dat die tellings op subskale DI, AD, RE, DE, MO en AC by die eksperimentele filialterapie ouergroep na voltooiing van filialterapie beduidend verlaag het.

Die eksperimentele filialterapie ouergroep ervaar dus na voltooiing van filialterapie dat:

- gedrag geassosieer met aandagstekort-hiperaktiwiteitsversteuring (DI) beduidend verminder;
- kind beduidend beter in staat is om by veranderde fisieke en sosiale omstandighede aan te pas (AD);
- kind beduidend meer 'n bron van positiewe versterking vir ouer is en dat die ouer-kindinteraksie die ouer se gevoelens oor homself/haarself (RE) versterk;
- kind beduidend minder eise stel en meer insiklik is (DE);
- kind se affektiewe funksionering beduidend verbeter (MO);  
en

- kind se fisieke, intellektuele en emosionele eienskappe beduidend meer aanvaarbaar is vir ouer (AC).

**\* Ouer-domein subskale**

Tabel 8.18 verskaf die verskille tussen die voor- en natoetstellings vir die eksperimentele filialterapie ouergroep.

**TABEL 8.18: WILCOXON RANGTEKENTOETSRESULTATE VIR EKSPERIMENTELE FILIALTERAPIE OUERGROEP VIR DIE VERSKIL TUSSEN VOOR- EN NATOETSTELLINGS VIR PSI OUER-DOMEIN SUBSKALE**

	CO	IS	AT	HE	RO	DP	SP
	Na-Voor	Na-Voor	Na-Voor	Na-Voor	Na-Voor	Na-Voor	Na-Voor
Z	-2.81 <sup>a</sup>	-2.67 <sup>a</sup>	-2.54 <sup>a</sup>	-1.49 <sup>a</sup>	-2.82 <sup>a</sup>	-2.77 <sup>a</sup>	-2.24 <sup>a</sup>
Beduidendheidspeil (tweekantige toets)	0.01	0.01	0.01	0.14	0.01	0.01	0.03

Nota: a. Gebaseer op positiewe rangordening.

Subskale: CO - Ouer se gevoel van bevoegdheid; IS - Ouer se gevoel van sosiale afsondering/isolasie; AT - Ouergehegtheid; HE - Ouerlike gesondheid; RO - Beperkings as gevolg van ouerlike rol; DP - Ouerlike depressiwiteit; SP - Verhouding met gade.

Die resultate van die Wilcoxon rangtekentoets om te bepaal of die voor- en natoetstellings beduidend verskil, dui daarop dat die tellings op subskale CO, IS, AT, RO en DP by die eksperimentele filialterapie ouergroep na voltooiing van filialterapie beduidend verlaag het. Die voor- en natoetstellings van subskale HE en SP verlaag nie beduidend nie.

Die eksperimentele filialterapie ouergroep ervaar dus na voltooiing van filialterapie dat:

- gevoel van bevoegdheid, praktiese kennis van kind-ontwikkeling, vaardighede om kind te bestuur en belewing van ouerrol (CO), beduidend verbeter;
- sosiaal geïsoleerdheid van portuurgroep, familie en ander emosioneel ondersteunende sisteme (IS), beduidend verminder;
- emosionele nabyheid teenoor kind beduidend verbeter, terwyl hulle beter in staat is om kind se gevoelens akkuraat waar te neem en te begryp (AT);
- ouerlike rol beduidend minder beperkend inwerk op hulle vryheid en hulle minder beheer en gedomineer voel deur die kind se eise en behoeftes (RO); en
- ouerlike depressiwiteit beduidend verminder, terwyl hulle beter in staat is om psigiese en fisieke energie wat vir ouerskap nodig is, te mobiliseer (DP).

#### 8.4.2.2 VERSKILLE TUSSEN VOOR- EN NATOETSTELLINGS VIR DIE EKSPERIMENTELE DOL OUERGROEP

Tabel 8.19 verskaf die verskille tussen die voor- en natoetstellings vir die eksperimentele DOL ouergroep.

**TABEL 8.19: WILCOXON RANGTEKENTOETSRESULTATE VIR EKSPERIMENTELE DOL OUERGROEP VIR DIE VERSKIL TUSSEN VOOR- EN NATOETSTELLINGS VIR PSI TOTAAL, KIND-DOMEIN TOTAAL, OUER-DOMEIN TOTAAL EN SUBSKAAL LS**

	Totaal Na-Voor	Kind-domein Na-Voor	Ouer-domein Na-Voor	LS Na-Voor
<b>Z</b>	-1.48 <sup>b</sup>	-1.42 <sup>b</sup>	-1.35 <sup>b</sup>	0.00 <sup>b</sup>
<b>Beduidendheidspeil (tweekantige toets)</b>	0.14	0.15	0.18	1.00

Nota: b. Gebaseer op positiewe rangordening.

Die resultate van die Wilcoxon rangtekeningtoets om te bepaal of die voor- en natoetstellings beduidend verskil, dui daarop dat die tellings op die totaal, Kind-domein totaal, Ouer-domein totaal en subskaal LS by die eksperimentele DOL ouergroep na voltooiing van DOL nie beduidend verlaag het nie.

**Hipotese 3<sub>w</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van die bogemelde resultate nie verwerp nie.

**Hipotese 3<sub>aw</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van die bogemelde resultate nie verwerp nie.

**Hipotese 3<sub>bw</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van die bogemelde resultate nie verwerp nie.

Die eksperimentele DOL ouergroep ervaar dus na voltooiing van DOL dat die vlak van:

- stres in die ouer-kindverhouding (totaal) nie beduidend verminder het nie;
- stres wat met kind se gedrag, gemoed en persoonlikheid verband hou (Kind-domein totaal), nie beduidend verminder het nie; en
- stres wat met ouerskapsvaardighede en -styl verband hou (Ouer-domein totaal), nie beduidend verminder het nie.

**\* Kind-domein subskale**

Tabel 8.20 verskaf die verskille tussen die voor- en natoetstellings vir die eksperimentele DOL ouergroep.



**TABEL 8.20: WILCOXON RANGTEKENTOETSRESULTATE VIR EKSPERIMENTELE DOL OUERGROEP VIR DIE VERSKIL TUSSEN VOOR- EN NATOETSTELLINGS VIR PSI KIND-DOMEIN SUBSKALE**

	DI Na-Voor	AD Na-Voor	RE Na-Voor	DE Na-Voor	MO Na-Voor	AC Na-Voor
Z	0.00 <sup>a</sup>	-2.32 <sup>b</sup>	-1.17 <sup>b</sup>	-1.47 <sup>b</sup>	-0.12 <sup>b</sup>	-0.07 <sup>b</sup>
Beduidendheidspeil (tweekantige toets)	1.00	0.02	0.24	0.14	0.91	0.94

Nota: a. Gebaseer op positiewe rangordening. b. Gebaseer op negatiewe rangordening.

Subskale: DI - Aflibaarheid/hiperaktiwiteit van kind; AD - Aanpasbaarheid van kind; RE - Kind versterk ouer; DE - Kind is veeleisend; MO - Gemoed van kind; AC - Aanvaarbaarheid van kind vir die ouer.

Die resultate van die Wilcoxon rangtekentoets om te bepaal of die voor- en natoetstellings beduidend verskil, dui daarop dat geen van die Kind-domein subskaaltellings by die eksperimentele DOL ouergroep na voltooiing van DOL beduidend verlaag het nie.

**\* Ouer-domein subskale**

Tabel 8.21 verskaf die verskille tussen die voor- en natoetstellings vir die eksperimentele DOL ouergroep.

**TABEL 8.21: WILCOXON RANGTEKENTOETSRESULTATE VIR EKSPERIMENTELE DOL OUERGROEP VIR DIE VERSKIL TUSSEN VOOR- EN NATOETSTELLINGS VIR PSI OUER-DOMEIN SUBSKALE**

	CO Na-Voor	IS Na-Voor	AT Na-Voor	HE Na-Voor	RO Na-Voor	DP Na-Voor	SP Na-Voor
Z	-1.71 <sup>b</sup>	-0.17 <sup>b</sup>	-0.77 <sup>b</sup>	-0.43 <sup>b</sup>	-1.45 <sup>b</sup>	-0.84 <sup>b</sup>	-1.10 <sup>b</sup>
Beduidendheidspeil (tweekantige toets)	0.09	0.86	0.44	0.67	0.15	0.40	0.27

Nota: b. Gebaseer op positiewe rangordening.

Subskale: CO - Ouer se gevoel van bevoegdheid; IS - Ouer se gevoel van sosiale afsondering/isolasie; AT - Ouergehegtheid; HE - Ouerlike gesondheid; RO - Beperkings as gevolg van ouerlike rol; DP - Ouerlike depressiwiteit; SP - Verhouding met gade.

Die resultate van die Wilcoxon rangtekentoets om te bepaal of die voor- en natoetstellings beduidend verskil, dui daarop dat geen van die Ouer-domein subskaaltellings by die eksperimentele DOL ouergroep na voltooiing van DOL beduidend verlaag het nie.

#### 8.4.2.3 VERSKILLE TUSSEN DIE VOOR- EN NATOETSTELLINGS VIR DIE KONTROLE-OUERGROEP

Tabel 8.22 verskaf die verskille tussen die voor- en natoetstellings vir die kontrole-ouergroep.

**TABEL 8.22: WILCOXON RANGTEKENTOETSRESULTATE VIR KONTROLE-OUERGROEP VIR DIE VERSKIL TUSSEN VOOR- EN NATOETSTELLINGS VIR PSI TOTAAL, KIND-DOMEIN TOTAAL, OUER-DOMEIN TOTAAL EN SUBSKAAL LS**

	Totaal Na-Voor	Kind-domein Na-Voor	Ouer-domein Na-Voor	LS Na-Voor
Z	-2.70 <sup>a</sup>	-2.53 <sup>a</sup>	-1.99 <sup>a</sup>	-0.43 <sup>a</sup>
Beduidendheidspeil (tweekantige toets)	0.01	0.01	0.05	0.67

Nota: a. Gebaseer op positiewe rangordening.

Die resultate van die Wilcoxon rangtekentoets om te bepaal of die voor- en natoetstellings beduidend verskil, dui daarop dat die tellings op die totaal en Kind-domein totaal by die kontrole-ouergroep na agt weke van geen intervensie beduidend **verhoog** het (tabel 8.11; 8.12). Die voor- en natoetstellings van die Ouer-domein totaal en subskaal LS: *Lewenstres* verlaag nie beduidend nie.

**Hipotese 3<sub>w</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van die bogemelde resultate verwerp, ten gunste van die alternatiewe hipotese.

**Hipotese 3a<sub>w</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van die bogemelde resultate verwerp, ten gunste van die alternatiewe hipotese.

**Hipotese 3b<sub>w</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van die bogemelde resultate nie verwerp nie.

Die kontrole-ouergroep ervaar dus na agt weke van geen intervensie dat die vlak van:

- stres in die ouer-kindverhouding (totaal) beduidend vermeerder het; en
- stres wat met kind se gedrag, gemoed en persoonlikheid verband hou (Kind-domein totaal), beduidend vermeerder het.

**\* Kind-domein subskale**

Tabel 8.23 verskaf die verskille tussen die voor- en natoetstellings vir die kontrole-ouergroep.

**TABEL 8.23: WILCOXON RANGTEKENTOETSRESULTATE VIR KONTROLE-OUERGROEP VIR DIE VERSKIL TUSSEN VOOR- EN NATOETSTELLINGS VIR PSI KIND-DOMEIN SUBSKALE**

	DI Na-Voor	AD Na-Voor	RE Na-Voor	DE Na-Voor	MO Na-Voor	AC Na-Voor
Z	-1.96 <sup>a</sup>	-2.67 <sup>a</sup>	-0.66 <sup>a</sup>	-1.90 <sup>a</sup>	-1.70 <sup>a</sup>	-1.78 <sup>a</sup>
Beduidendheids- peil (tweekantige toets)	0.05	0.01	0.51	0.06	0.09	0.08

Nota: a. Gebaseer op positiewe rangordening.

Subskale: DI - Aflibaarheid/hiperaktiwiteit van kind; AD - Aanpasbaarheid van kind; RE - Kind versterk ouer; DE - Kind is veeleisend; MO - Gemoed van kind; AC - Aanvaarbaarheid van kind vir die ouer.

Die resultate van die Wilcoxon rangtekentoets om te bepaal of die voor- en natoetstellings beduidend verskil, dui daarop dat die telling op subskaal AD by die kontrole-ouergroep na agt weke van geen intervensie beduidend **verhoog** het (tabel 8.14). Die voor- en natoetstellings van subskale DI, RE, DE, MO en AC verskil nie beduidend nie.

Die kontrole-ouergroep ervaar dus na agt weke van geen intervensie dat:

- kind beduidend meer sukkel om by veranderde fisieke en sosiale omstandighede aan te pas (AD).

#### \* Ouer-domein subskale

Tabel 8.24 verskaf die verskille tussen die voor- en natoetstellings vir die kontrole-ouergroep.

**TABEL 8.24: WILCOXON RANGTEKENTOETSRESULTATE VIR KONTROLE-OUERGROEP VIR DIE VERSKIL TUSSEN VOOR- EN NATOETSTELLINGS VIR PSI OUER-DOMEIN SUBSKALE**

	CO Na-Voor	IS Na-Voor	AT Na-Voor	HE Na-Voor	RO Na-Voor	DP Na-Voor	SP Na-Voor
Z	-1.41 <sup>a</sup>	-1.01 <sup>a</sup>	-0.95 <sup>a</sup>	-1.49 <sup>a</sup>	-2.12 <sup>a</sup>	-0.63 <sup>a</sup>	-0.07 <sup>b</sup>
Beduidendheidspeil (tweekantige toets)	0.16	0.31	0.34	0.14	0.03	0.53	0.94

Nota: a. Gebaseer op positiewe rangordening. b. Gebaseer op negatiewe rangordening.

Subskale: CO - Ouer se gevoel van bevoegdheid; IS - Ouer se gevoel van sosiale afsondering/isolasie; AT - Ouergehegtheid; HE - Ouerlike gesondheid; RO - Beperkings as gevolg van ouerlike rol; DP - Ouerlike depressiwiteit; SP - Verhouding met gade.

Die resultate van die Wilcoxon rangtekentoets om te bepaal of die voor- en natoetstellings beduidend verskil, dui daarop dat geen van die

Ouer-domein subskaaltellings by die kontrole-ouergroep na agt weke van geen intervensie beduidend verlaag het nie.

## 8.5 PORTER PARENTAL ACCEPTANCE SCALE (PPAS)

Die volgende hipotese is gestel en getoets ten opsigte van die verskiltellings van die *x-ouergroepe* - die eksperimentele filialterapie ouergroep, die eksperimentele DOL ouergroep en die kontrole-ouergroep:

- **H<sub>0</sub> 4<sub>w</sub>:** In die geval van die *x-ouergroepe* is daar nie 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde totale voor- en natoetstellings op die PPAS nie.  
**H<sub>a</sub> 4<sub>w</sub>:** In die geval van die *x-ouergroepe* is daar 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde totale voor- en natoetstellings op die PPAS.
- **H<sub>0</sub> 4<sub>a</sub><sub>w</sub>:** In die geval van die *x-ouergroepe* is daar nie 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde voor- en natoetstellings op subskaal A: *Respek vir die kind se gevoelens en die reg om dit uit te druk* op die PPAS nie.  
**H<sub>a</sub> 4<sub>a</sub><sub>w</sub>:** In die geval van die *x-ouergroepe* is daar 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde voor- en natoetstellings op subskaal A: *Respek vir die kind se gevoelens en die reg om dit uit te druk* op die PPAS.
- **H<sub>0</sub> 4<sub>b</sub><sub>w</sub>:** In die geval van die *x-ouergroepe* is daar nie 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde voor- en natoetstellings op subskaal B: *Waardering vir die kind se uniekheid* op die PPAS nie.

**H<sub>a</sub> 4b<sub>w</sub>:** In die geval van die *x-ouergroepe* is daar 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde voor- en natoetstellings op subskaal B: *Waardering vir die kind se uniekheid* op die PPAS.

- **H<sub>0</sub> 4c<sub>w</sub>:** In die geval van die *x-ouergroepe* is daar nie 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde voor- en natoetstellings op subskaal C: *Erkenning aan die kind se behoefte aan outonomie en onafhanklikheid* op die PPAS nie.

**H<sub>a</sub> 4c<sub>w</sub>:** In die geval van die *x-ouergroepe* is daar 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde voor- en natoetstellings op subskaal C: *Erkenning aan die kind se behoefte aan outonomie en onafhanklikheid* op die PPAS.

- **H<sub>0</sub> 4d<sub>w</sub>:** In die geval van die *x-ouergroepe* is daar nie 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde voor- en natoetstellings op subskaal D: *Onvoorwaardelike liefde* op die PPAS nie.

**H<sub>a</sub> 4d<sub>w</sub>:** In die geval van die *x-ouergroepe* is daar 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde voor- en natoetstellings op subskaal D: *Onvoorwaardelike liefde* op die PPAS.

Tabel 8.25 verskaf die gemiddelde voor- en natoetstellings vir die totaal en subskale vir die PPAS en die verskille tussen die twee.

**TABEL 8.25: OPSOMMING VAN PPAS TOTAAL EN SUBSKALE SE GEMIDDELDE VOOR- EN NAOETSTELLINGS EN VERSKILLE PER GROEP**

*			A	A	A	B	B	B	C	C	C	D	D	D	Totaal	Totaal	Totaal
			Voor	Na	Verskil	Voor	Na	Verskil	Voor	Na	Verskil	Voor	Na	Verskil	Voor	Na	Verskil
F	N=10	Gem	34.5	49.3	+14.8	34.6	44.5	+9.9	39.1	46.5	+7.4	37.2	40.2	+3.0	145.4	175.5	+30.1
D	N=9	Gem	39.8	45.7	+5.9	36.2	39.4	+3.2	43.4	44.4	+1.0	31.7	34.0	+2.3	151.3	162.4	+11.1
K	N=10	Gem	35.9	35.2	-0.7	37.0	34.0	-3.0	39.9	39.5	-0.4	29.8	31.6	+1.8	142.6	140.9	-1.7

Nota: F = filialterapie ouergroep; D = DOL ouergroep; K = kontrole-ouergroep.

Subskale: A - Respek vir die kind se gevoelens en die reg om daaraan uiting te gee; B - Waardering vir die kind se uniekheid; C - Erkenning aan die kind se behoefte aan outonomie en onafhanklikheid; D - Onvoorwaardelike liefde.

Tabel 8.25 toon dat die verskille tussen die voor- en natoetstellings vir die eksperimentele filialterapie ouergroep groter is, in vergelyking met die verskiltellings van die twee ander ouergroepe.

### 8.5.1 WILCOXON RANGTEKENTOETSRESULTATE VIR PPAS TOTAAL EN SUBSKALE

#### 8.5.1.1 VERSKILLE TUSSEN VOOR- EN NATOETSTELLINGS VIR EKSPERIMENTELE FILIALTERAPIE OUERGROEP

Tabel 8.26 verskaf die verskille tussen die voor- en natoetstellings vir die eksperimentele filialterapie ouergroep.

**TABEL 8.26: WILCOXON RANGTEKENTOETSRESULTATE VIR EKSPERIMENTELE FILIALTERAPIE OUERGROEP VIR DIE VERSKIL TUSSEN VOOR- EN NATOETSTELLINGS VIR PPAS TOTAAL EN SUBSKALE**

	A Na-Voor	B Na-Voor	C Na-Voor	D Na-Voor	Totaal Na-Voor
<b>Z</b>	-2.80 <sup>b</sup>	-2.81 <sup>b</sup>	-2.84 <sup>b</sup>	-1.48 <sup>b</sup>	-2.81 <sup>b</sup>
<b>Beduidendheidspeil (tweekantige toets)</b>	0.01	0.01	0.01	0.14	0.01

Nota: b. Gebaseer op negatiewe rangordening.

Subskale: A - Respek vir die kind se gevoelens en die reg om daaraan uiting te gee; B - Waardering vir die kind se uniekheid; C - Erkenning aan die kind se behoefte aan outonomie en onafhanklikheid; D - Onvoorwaardelike liefde.

Die resultate van die Wilcoxon rangtekentoets om te bepaal of die voor- en natoetstellings beduidend verskil, dui daarop dat die tellings op subskale A, B, C en totaal by die eksperimentele filialterapie ouergroep na voltooiing van filialterapie beduidend verhoog het. Subskaal D se tellings verhoog nie beduidend nie.



- Hipotese 4<sub>w</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van bogemelde resultate verwerp, ten gunste van die alternatiewe hipotese.
- Hipotese 4a<sub>w</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van bogemelde resultate verwerp, ten gunste van die alternatiewe hipotese.
- Hipotese 4b<sub>w</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van bogemelde resultate verwerp, ten gunste van die alternatiewe hipotese.
- Hipotese 4c<sub>w</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van bogemelde resultate verwerp, ten gunste van die alternatiewe hipotese.
- Hipotese 4d<sub>w</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van bogemelde resultate nie verwerp nie.

Die eksperimentele filialterapie ouergroep ervaar dus na voltooiing van filialterapie dat:

- ouerlike aanvaarding wat na vore kom uit hulle gedrag teenoor en gevoelens oor hulle kind (totaal), beduidend verbeter;
- respek vir die kind se gevoelens en die reg om daaraan uiting te gee, terwyl toegeneentheid behou word (A), beduidend verbeter;
- hulle beduidend meer waarde heg aan en meer vreugde vind in die uniekheid van die kind (B); en
- hulle beduidend meer erkenning gee aan die kind se behoefte aan outonomie en onafhanklikheid en die kind se behoefte om te differensieer (C) beter begryp.

### 8.5.1.2      VERSKILLE TUSSEN VOOR- EN NATOETSTELLINGS VIR EKSPERIMENTELE DOL OUEGROEP

Tabel 8.27 verskaf die verskille tussen die voor- en natoetstellings vir die eksperimentele DOL ouergroep.

**TABEL 8.27: WILCOXON RANGTEKENTOETSRESULTATE VIR EKSPERIMENTELE DOL OUEGROEP VIR DIE VERSKIL TUSSEN VOOR- EN NATOETSTELLINGS VIR PPAS TOTAAL EN SUBSKALE**

	A Na-Voor	B Na-Voor	C Na-Voor	D Na-Voor	Totaal Na-Voor
Z	-2.52 <sup>c</sup>	-2.04 <sup>c</sup>	-.78 <sup>c</sup>	-.94 <sup>c</sup>	-2.31 <sup>c</sup>
Beduidendheidspeil (tweekantige toets)	0.01	0.04	0.44	0.35	0.02

Nota: c. Gebaseer op negatiewe rangordening.

Die resultate van die Wilcoxon rangtekentoets om te bepaal of die voor- en natoetstellings beduidend verskil, dui daarop dat die telling op subskaal A by die eksperimentele DOL ouergroep na voltooiing van DOL beduidend verhoog het. Subskale B, C en D se tellings en die totaal verhoog nie beduidend nie.

**Hipotese 4<sub>w</sub>:**      \* Die nulhipotese word op grond van bogemelde resultate nie verwerp nie.

**Hipotese 4a<sub>w</sub>:**      \* Die nulhipotese word op grond van bogemelde resultate verwerp, ten gunste van die alternatiewe hipotese.

**Hipotese 4b<sub>w</sub>:**      \* Die nulhipotese word op grond van bogemelde resultate nie verwerp nie.

**Hipotese 4c<sub>w</sub>:**      \* Die nulhipotese word op grond van bogemelde resultate nie verwerp nie.

**Hipotese 4<sub>d</sub>w:** \* Die nulhipotese word op grond van bogemelde resultate nie verwerp nie.

Die eksperimentele DOL ouergroep ervaar dus na voltooiing van DOL dat:

- respek vir die kind se gevoelens en die reg om daaraan uiting te gee, terwyl toegeneentheid behou word (A), beduidend verbeter.

### 8.5.1.3 VERSKILLE TUSSEN VOOR- EN NATOETSTELLINGS VIR KONTROLE-OUERGROEP

Tabel 8.28 verskaf die verskille tussen die voor- en natoetstellings vir die kontrole-ouergroep.

**TABEL 8.28: WILCOXON RANGTEKENTOETSRESULTATE VIR KONTROLE-OUERGROEP VIR DIE VERSKIL TUSSEN VOOR- EN NATOETSTELLINGS VIR PPAS TOTAAL EN SUBSKALE**

	A Na-Voor	B Na-Voor	C Na-Voor	D Na-Voor	Totaal Na-Voor
<b>Z</b>	-0.49	-1.61	-0.30	-1.28	-0.65
<b>Beduidendheidspeil (tweekantige toets)</b>	0.62	0.11	0.76	0.20	0.51

Nota: A - Respek vir die kind se gevoelens en die reg om daaraan uiting te gee; B - Waardering vir die kind se uniekheid; C - Erkenning aan die kind se behoefte aan outonomie en onafhanklikheid; D - Onvoorwaardelike liefde.

Die resultate van die Wilcoxon rangtekentoets om te bepaal of die voor- en natoetstellings beduidend verskil, dui daarop dat die tellings op nóg die totaal nóg enige van die subskale by die kontrole-ouergroep na agt weke van geen intervensie beduidend verhoog het nie.

- Hipotese 4<sub>w</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van bogemelde resultate nie verwerp nie.
- Hipotese 4a<sub>w</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van bogemelde resultate nie verwerp nie.
- Hipotese 4b<sub>w</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van bogemelde resultate nie verwerp nie.
- Hipotese 4c<sub>w</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van bogemelde resultate nie verwerp nie.
- Hipotese 4d<sub>w</sub>:** \* Die nulhipotese word op grond van bogemelde resultate nie verwerp nie.

## 8.6 SAMEVATTING

Om te bepaal of die ouer as 'n terapeutiese agent aangewend kan word én of filialterapie doeltreffender is as 'n meer konvensionele ouerleidingprogram, naamlik die DOL, het die navorser 16 nulhipoteses ten opsigte van die verskil tussen die voor- en natoetstellings gestel en getoets. Tabel 8.29 verskaf 'n opsomming van die nulhipoteses en die resultate gebaseer op die Wilcoxon rangtekentoets.

**TABEL 8.29: HIPOTESES GESTEL EN RESULTATE VOLGENS DIE WILCOXON RANGTEKENTOETS**

MEET- INSTRUMENT	HIPOTESE	FILIALTERAPIE Nulhipotese	DOL Nulhipotese	KONTROLE Nulhipotese
AAPI-2	<p>H<sub>0</sub> 1<sub>w</sub>: In die geval van die <i>x-ouergroep</i> is daar nie 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde totale voor- en natoetstellings op die AAPI-2 nie.</p> <p>In die geval van die <i>x-ouergroep</i> is daar nie 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde voor- en natoetstellings op die volgende subskale op die AAPI-2 nie:</p> <p>H<sub>0</sub> 1a<sub>w</sub>. Subskaal A: <i>Onvanpaste verwagtings van kinders</i></p> <p>H<sub>0</sub> 1b<sub>w</sub>. Subskaal B: <i>Gebrekkige empatiese bewustheid van kinders se behoeftes</i></p> <p>H<sub>0</sub> 1c<sub>w</sub>. Subskaal C: <i>Glo in die gebruik en waarde van lyfstraf</i></p> <p>H<sub>0</sub> 1d<sub>w</sub>. Subskaal D: <i>Ouer-kind-rolomkering</i></p> <p>H<sub>0</sub> 1e<sub>w</sub>. Subskaal E: <i>Onderdrukking van die kind se mag en onafhanklikheid</i></p>	<p>1. Verwerp</p> <p>1a. Verwerp</p> <p>1b. Verwerp</p> <p>1c. Nie verwerp nie</p> <p>1d. Nie verwerp nie</p> <p>1e. Verwerp</p>	<p>1. Nie verwerp nie</p> <p>1a. Nie verwerp nie</p> <p>1b. Nie verwerp nie</p> <p>1c. Verwerp</p> <p>1d. Nie verwerp nie</p> <p>1e. Nie verwerp nie</p>	<p>1. Nie verwerp nie</p> <p>1a. Nie verwerp nie</p> <p>1b. Nie verwerp nie</p> <p>1c. Nie verwerp nie</p> <p>1d. Nie verwerp nie</p> <p>1e. Nie verwerp nie</p>
FPC	<p>H<sub>0</sub> 2<sub>w</sub>: In die geval van die <i>x-ouergroep</i> is daar nie 'n beduidende verskil tussen die gemiddelde totale voor- en natoetstellings op die FPC nie.</p> <p>H<sub>0</sub> 2a<sub>w</sub>: In die geval van die <i>x-ouergroep</i> is daar nie 'n beduidende verskil tussen die voor- en natoetstellings op die hoeveelheid probleme wat kind ervaar op die FPC nie.</p>	<p>2. Verwerp</p> <p>2a. Nie verwerp nie</p>	<p>2a. Nie verwerp nie</p> <p>2a. Nie verwerp nie.</p>	<p>2a. Nie verwerp nie</p> <p>2a. Verwerp</p>



Dit is duidelik uit resultate van die Wilcoxon rangtekentoets dat die natoetstellings vir die eksperimentele filialterapie ouergroep op 4 totale en 8 subskale beduidend verskil van die voortoetstellings. Die natoetstellings vir die eksperimentele DOL ouergroep verskil beduidend op 2 subskale, na voltooiing van die DOL, terwyl die kontrole-ouergroep op 2 totale en 1 subskaal beduidend verskil na agt weke van geen intervensie. In die geval van die eksperimentele filialterapie ouergroep, verskil subskaal E se natoetstellings van die AAPI-2 beduidend, maar in 'n ongewenste rigting. Die kontrole-ouergroep se natoetstellings, wat beduidend van die voortoetstellings verskil, is almal in 'n ongewenste rigting.

#### **\* ADULT ADOLESCENT PARENTING INVENTORY**

Subskaal C van die AAPI-2 is die enigste subskaal wat by die eksperimentele DOL ouergroep beduidend verbeter, maar nie by die eksperimentele filialterapie ouergroep nie. 'n Verklaring waarom die eksperimentele filialterapie ouergroep se *Geloof in die gebruik en waarde van lyfstraf* (subskaal C) nie beduidend verander het nie, word daaraan toegeskryf dat lyfstraf per se as 'n wyse van dissiplinerings nie tydens filialterapie behandel is nie. Die DOL plaas groot klem op die wegbeweeg van lyfstraf en die gebruik van alternatiewe dissiplineringsstegnieke.

*Onderdrukking van die kind se behoefte aan onafhanklikheid* (subskaal E) versleg beduidend by die eksperimentele filialterapie ouergroep. Dié subskaal bestaan uit slegs 5 stellings, waarvan een oor die ouer se siening van 'aanprysing' handel. Bavolek en Keen (1999) heg in die AAPI-2 'n hoë waarde aan aanprysing, terwyl filialterapie ouers leer om kinders eerder aan te moedig as te prys. Dit kan as verklaring dien vir die resultate.

#### **\* PARENTING STRESS INDEX**

Die natoetstellings vir die filialterapie ouergroep op die PSI se subskale *Lewenstres* (subskaal LS) vermeerder by die filialterapie ouergroep.

Dié subskaal gee 'n aanduiding van die mate van stres wat die ouer beleef, wat nie met die ouer-kindverhouding verband hou nie. Dit verwys na die teenwoordigheid van stresvolle situasies wat dikwels nie deur die ouer beheer kan word nie (byvoorbeeld dood, verlies aan werk, verhoogde inkomste) en nie op die hantering daarvan nie. Dit is duidelik dat geen intervensie die telling kan beïnvloed nie.

Die PSI Kind-domein bestaan uit ses subskale waarvoor daar nie nulhipoteses gestel is nie. Die resultate van die Wilcoxon rangtekentoets dui aan dat:

- al 6 subskale se natoetstellings na voltooiing van filialterapie beduidend verlaag het;
- geen subskale se natoetstelling na voltooiing van DOL beduidend verlaag het; en
- 1 subskaal se natoetstellings na agt weke van geen intervensie beduidend **verhoog** het.

Die PSI Ouer-domein bestaan uit 8 subskale waarvoor daar nie nulhipoteses gestel is nie. Die resultate van die Wilcoxon rangtekentoets dui aan dat:

- 5 subskale se natoetstellings na voltooiing van filialterapie beduidend verlaag het;
- geen subskale se natoetstelling na voltooiing van DOL beduidend verlaag het; en
- geen subskale se natoetstellings na agt weke van geen intervensie beduidend verlaag het.

Daar kan met sekerheid aanvaar word dat:

- 'n ouer as 'n terapeutiese agent aangewend kan word;



- filialterapie 'n doeltreffende ouer-kindbehandelingsmodaliteit is; en
- filialterapie doeltreffender is as 'n meer konvensionele ouerleidingprogram, in dié geval die DOL.

Daar kan met sekerheid aanvaar word dat ouers wat filialterapie deurloop het, doeltreffend is ten opsigte van:

- 'n meer bevredigende beleving van ouerskap;
- die vermindering van:
  - \* probleemsituasies wat met ouerskap verband hou, en
  - \* die hoeveelheid probleme wat kinders ervaar;
- die vermindering van ouerskapstres; en
- die bevordering van ouerlike aanvaarding van die kind.

## HOOFSTUK NEGE

### GEVOLGTREKKINGS, LEEMTES EN AANBEVELINGS

#### 9.1 AGTERGROND

Suid-Afrika het die afgelope dekade ingrypende veranderings op sosio-ekonomiese en politieke terrein ondergaan - veranderings wat gevestigde waardes, norme en strukture onder toenemende druk geplaas en alle bevolkingsgroepe beïnvloed het. Binne die gemeenskap word ouer en kind aan geweld, misdaad en onsekerheid oor die toekoms blootgestel. Kinders word onvoorbereid aan nuwe kulturele en godsdienstige invloede, waardes en norme blootgestel, wat spanning kan veroorsaak.

Binne gesinsverband is daar weens werkloosheid, ekonomiese druk, rolaanpassing en verskeie onsekerhede toenemende druk op onderlinge verhoudinge. Hierdie faktore kan aanleiding gee tot gesinsonenigheid, gesinsgeweld en egskeiding. Die druk vanuit die ouerhuis, skool, portuurgroep en gemeenskap kan lei tot 'n toename in selfmoordpogings/selfmoord by kinders. Die veranderde onderwysstelsel plaas groter druk op kind en ouer. Die huisgesin, eens die veilige hawe vir die kind, het in baie gevalle in 'n stormagtige see verander.

Ouers is oor die algemeen nie behoorlik toegerus vir ouerskap nie en binne die snel veranderende omgewing voel hulle dikwels nie opgewasse vir hulle taak en roeping nie. Ouers ervaar probleme met ouerskap en vind dit soms moeilik om hulle kind te verstaan en te aanvaar. Kinders ervaar 'n kompleksiteit van probleme wat onder andere 'n gebrek aan begrip en empatie aan die kant van die ouer insluit.

Hierdie probleme lei tot 'n aanvraag na 'n geestesgesondheidsdiens aan kinders, ouers en gesinne. Dit verg 'n doeltreffende, koste-effektiewe intervensie van die sielkundige professie, sodat probleme vroegtydig geïdentifiseer en opgelos kan word. Voorkoming is beter as nasorg. Kinderprobleme vergestalt dikwels later in die volwassene, soms met tragiese gevolge.

## 9.2 SOEKE NA 'N OPLOSSING

Die literatuur het talle voorbeelde van deeglik nagevorste ouerleidingprogramme, waarvan baie al met wisselende welslae in Suid-Afrika toegepas is. Tradisionele psigoterapeutiese modelle voldoen egter dikwels nie meer aan huidige behoeftes nie. Die klem moet geplaas word op voorkomende behandeling op 'n vroeër ouderdom en die benutting van betekenisvolle ander persone as ondersteunende sisteme in die kind se lewe. Hulpverlening aan ouers vereis dat die ouer-kindverhouding beklemtoon word, beide ouer en kind in die terapie betrek word; en die psigoterapeutiese intervensie van korte duur moet wees. Die snel veranderde omstandighede in die land vereis 'n ekonomiese-verdedigbare program, wat met die minimum intervensie van die beperkte getal beskikbare terapeute, op alle bevolkingsgroepe toegepas kan word.

Die behandelingsprogram filialterapie wat in 1960 deur Bernard en Louis Guerny ontwikkel is en verder deur, onder andere, Garry Landreth aangepas is, het aan al dié kriteria voldoen.

Filialterapie is in verskeie lande, veral Amerika, nagevors en die resultate toon dat dit beduidende veranderinge in die ouer, kind en ouer-kindverhouding teweegbring. Sover vasgestel kon word, is daar slegs twee ongepubliseerde studies in Suid-Afrika gedoen. Die toepassingswaarde en doeltreffendheid van filialterapie binne die Suid-Afrikaanse milieu verg dus indringende navorsing.

### 9.3 NAVORSING

Die navorsing handel oor die doeltreffendheid van die ouer as terapeutiese agent in die kind se lewe deur filialterapie, binne die Suid-Afrikaanse konteks.

Die primêre doelwit van hierdie studie was om die doeltreffendheid van filialterapie te bepaal ten opsigte van:

- 'n meer bevredigend beleving van ouerskap;
- die vermindering van:
  - \* probleemsituasies wat met ouerskap verband hou, en
  - \* die hoeveelheid probleme wat kinders ervaar;
- die vermindering van ouerskapstres; en
- die bevordering van ouerlike aanvaarding van die kind.

Die sekondêre doelwit was om op grond van die resultate aanbevelings te maak oor die doeltreffendheid van filialterapie as ouer-kindbehandelingsmodaliteit, veral in die lig van die veranderinge wat dit moontlik in die ouer kan teweegbring.

Die tersiêre doelwit is die verskaffing van 'n volledige oorsig oor filialterapie.

Filialterapie is verder vergelyk met 'n meer tradisionele ouerleidingprogram, naamlik die DOL. Sover uit die literatuur vasgestel kon word, is dit die eerste keer dat filialterapie met 'n ander ouerleidingprogram vergelyk is. Daar is ook van 'n kontrolegroep gebruik gemaak.

## **9.4 GEVOLGTREKKING**

Geoordeel aan die veranderinge wat deurloping van die filialterapieprogram in die eksperimentele filialterapie ouergroep bewerkstellig het, kan afgelei word dat die gebruik van filialterapie in 'n Suid-Afrikaanse konteks 'n doeltreffende ouer-kindbehandelings-modaliteit is. Dit blyk verder uit die resultate van hierdie ondersoek dat filialterapie doeltreffender is as die DOL. Hierdie bevinding behoort deur verdere navorsing geverifieer te word deur filialterapie ook met ander ouerleidingprogramme te vergelyk, voordat 'n veralgemening gemaak word.

## **9.5 VERGELYKING VAN RESULTATE**

Die navorsingsresultate van dié studie word kortliks bespreek en vergelyk met navorsingsresultate (waar beskikbaar) wat van dieselfde meetinstrumente gebruik gemaak het. Die studies waarna verwys word, het slegs uit filialterapie ouergroepe en kontrole-ouergroepe bestaan, terwyl die onderhawige studie filialterapie met 'n tradisionele ouerleidingprogram (DOL) én 'n kontrole-ouergroep vergelyk.

### **9.5.1 DIE DOELTREFFENDHEID VAN FILIALTERAPIE TEN OPSIGTE VAN 'N MEER BEVREDIGENDE BELEWING VAN OUERSKAP**

Slegs die eksperimentele filialterapie ouergroep ervaar dat hulle houding teenoor ouerskap en opvoedingsgedrag beduidend verbeter het. Deurloping van filialterapie het tot gevolg dat ouers ouerskap meer bevredigend beleef.

Slegs die eksperimentele filialterapie ouergroep ervaar dat toepaslike begrip oor wat hulle kind se behoeftes en bekwaamheid is, met ander woorde dit waartoe die kind ouderdomtoepaslik in staat is, beduidend verbeter het. Die deurloping van filialterapie het tot gevolg dat ouers se

verwagting van hulle kinders toepaslik is. Die eksperimentele filialterapie ouergroep ervaar dat empatiese bewustheid van die kind se behoeftes, gevoelens en geestestoestand na voltooiing van filialterapie, beduidend verbeter.

Slegs die eksperimentele filialterapie ouergroep ervaar 'n baie beter empatiese bewustheid van die kind se behoeftes, gevoelens, geestestoestand en bekwaamhede, as voor filialterapie. Die verworwe insigte lei tot meer realistiese verwagtings oor die kind se optrede. Filialterapie het meegebring dat ouers hulle kinders beter verstaan en hulle verwagtings toepaslik is.

Filialterapie lei dus tot 'n meer bevredigende belewing van ouerskap.

Daar kon geen ander studie opgespoor word wat van die AAPI-2 gebruik gemaak het nie. Dit word onder andere daaraan toegeskryf dat die meetinstrument eers in 1999 verskyn het. Die meetinstrument het besondere waardevolle inligting na vore gebring.

#### **9.5.2 DIE DOELTREFFENDHEID VAN FILIALTERAPIE TEN OPSIGTE VAN DIE VERMINDERING VAN PROBLEEMSITUASIES WAT MET OUERSKAP VERBAND HOU EN DIE HOEVEELHEID PROBLEME WAT KINDERS ERVAAR**

Die eksperimentele filialterapie ouergroep rapporteer 'n beduidende afname in probleemsituasies wat met ouerskap verband hou op die FPC na voltooiing van filialterapie. Dié resultate ondersteun die navorsingsbevindinge van Bratton (1993b), Bratton en Landreth (1995), Harris (1995), Harris en Landreth (1997), Landreth en Lobaugh (1998), Lobaugh (1991), Sensue (1981), Sywulak (1977) en Yuen (1997).

Slegs die filialterapie ouergroep het ervaar dat probleemsituasies wat met ouerskap verband hou, beduidend verminder het na voltooiing van filialterapie.

Die eksperimentele filialterapie ouergroep ervaar dat die gemiddelde hoeveelheid probleme wat hulle kinders ervaar, verminder na voltooiing van filialterapie terwyl die gemiddelde hoeveelheid probleme by die ander twee groepe vermeerder het.

Filialterapie is dus doeltreffend in die vermindering van probleemsituasies wat met ouerskap verband hou en die vermindering van probleme wat kinders ervaar.

### **9.5.3 DIE DOELTREFFENDHEID VAN FILIALTERAPIE TEN OPSIGTE VAN DIE VERMINDERING VAN OUERSKAPSTRES**

Die eksperimentele filialterapie ouergroep rapporteer 'n beduidende vermindering van ouerskapstres op die PSI na voltooiing van filialterapie. Dié resultate ondersteun die navorsingsbevindinge van Bratton en Landreth (1995), Chau en Landreth (1997), Landreth en Lobaugh (1998), Tew (1997), Tew *et al.* (2002) en Yuen (1997).

Die eksperimentele filialterapie ouergroep ervaar dat die vlak van stres wat in die ouer-kindverhouding teenwoordig is, stres wat met ouerskapsvaardighede en -styl verband hou, asook stres wat met die kind se gedrag, gemoed en persoonlikheid verband hou, beduidend verminder na voltooiing van filialterapie. Die navorsing toon dat filialterapie doeltreffend is om ouerskapstres te verminder, terwyl ouers meer bevoeg voel vir hulle ouerskapstaak.

Die volgende Kind-domein subskale het na voltooiing van filialterapie beduidend verander in vergelyking met die voortoetstellings: *Afleibaarheid/hiperaktiwiteit van kind; Aanpasbaarheid van kind; Kind versterk ouer; Kind is veeleisend; Gemoed van kind; Aanvaarbaarheid van kind vir die ouer.* Geen subskale het by die DOL ouergroep en kontrole-ouergroep beduidend in 'n gewenste rigting verander nie, in vergelyking met die voortoetstellings.

Die volgende Ouer-domein subskale het na voltooiing van filialterapie beduidend verander in vergelyking met die voortoetstellings: *Ouer se gevoel van bevoegdheid; Ouer se gevoel van sosiale afsondering/isolasie; Ouergehegtheid; Beperkings as gevolg van ouerlike rol; Ouerlike depressiwiteit*. Geen subskale het by die DOL ouergroep en kontrole-ouergroep beduidend in 'n gewenste rigting verander nie, in vergelyking met die voortoetstellings.

#### **9.5.4 DIE DOELTREFFENDHEID VAN FILIALTERAPIE TEN OPSIGTE VAN DIE BEVORDERING VAN OUERLIKE AANVAARDING VAN DIE KIND**

Die eksperimentele filialterapie ouergroep rapporteer 'n beduidende toename in ouerlike aanvaarding van die kind op die PPAS na voltooiing van filialterapie. Dié resultate ondersteun die navorsingsbevindinge van Beckloff (1998), Bratton (1993), Bratton en Landreth (1995), Chau en Landreth (1997), Guerney en Gavigan (1981), Harris (1995), Harris en Landreth (1997), Kale (1997), Landreth en Lobaugh (1998), Lobaugh (1991), Sensue (1981), Sywulak (1977), Tew (1997), Tew *et al.* (2002) en Yuen (1997).

Slegs die eksperimentele filialterapie ouergroep ervaar dat ouerlike aanvaarding wat na vore kom uit hulle gedrag en gevoelens teenoor, met of oor die kind beduidend verbeter na voltooiing van filialterapie. Filialterapie bevorder ouerlike aanvaarding van die kind.

Beide eksperimentele ouergroepe ervaar dat bereidwilligheid om die kind toe te laat om aan emosies uiting te gee terwyl toegeneentheid behou word, beduidend verbeter na voltooiing van filialterapie en DOL.

Slegs die eksperimentele filialterapie ouergroep ervaar dat waardering vir en vind van vreugde in die uniekheid van hulle kind beduidend verhoog na voltooiing van filialterapie.



Slegs die eksperimentele filialterapie ouergroep ervaar dat begrip vir die kind se behoefte om te differensieer en tot 'n selfstandige individu te ontwikkel, beduidend verhoog na voltooiing van filialterapie.

Beide eksperimentele ouergroepe en die kontrole-ouergroep ervaar dat die betoon van liefde aan kind sonder om voorwaardes en standaarde op gedrag as voorvereiste vir liefde te plaas, nie beduidend verhoog na voltooiing van filialterapie, DOL en agt weke van geen intervensie nie.

Daar kan dus gekonstateer word dat filialterapie doeltreffend is om ouerlike aanvaarding van die kind te bevorder.

Die navorsingsresultate toon onteenseglik dat filialterapie doeltreffend is vir 'n bevredigende beleving van ouerskap; die hantering van probleemsituasies wat met ouerskap verband hou, vergemaklik; en dat dit probleme wat kinders ervaar en ouerskapstres verminder. Ouers aanvaar ook meer geredelik hulle kind.

Die waarde van die spesiale speelsessies in die bevordering van die ouer-kindverhouding kan nie genoeg beklemtoon word nie. Ouer en kind beweeg tydens dié sessies nader na mekaar en openbaar wedersyds 'n groter openheid en toegeneentheid. In die rol as terapeutiese agent lei die ouer die kind tot groter selfstandige denke en optrede en kry as waarnemer die geleentheid om die psige van die kind te peil en te verstaan.

## **9.6 UNIEKE RESULTATE**

Die resultate wat met die navorsing verkry is, was bo verwagting bevredigend, veral in die lig van die klein steekproefgrootte.

Daar is van nie-parametriese tegnieke gebruik gemaak wat beduidende verskille nie so maklik as parametriese tegnieke uitwys nie. Ten spyte hiervan, is beduidende verskille gevind.

Die navorsing is verder daarin uniek dat twee eksperimentele groepe saam met 'n kontrolegroep in plaas van die meer algemeen gebruiklike een gebruik is.

Daar is 16 nulhipoteses ten opsigte van die verskil tussen die voor- en natoetstellings gestel.

- Ten opsigte van die filialterapie ouergroep word 12 hipoteses verwerp, waarvan 1 se verandering in 'n ongewenste rigting was.
- Ten opsigte van die DOL ouergroep word 2 hipoteses verwerp.
- Ten opsigte van die kontrole-ouergroep word 3 hipoteses verwerp, waarvan almal se verandering in 'n ongewenste rigting was.

## 9.7 LEEMTES VAN DIE ONDERSOEK

Ten spyte van bevredigende resultate is daar ook enkele leemtes in die ondersoek, wat uitgewys moet word.

### **Die aard van die navorsingsmetode**

Filialterapie is deur die navorser aangebied. Sy het gepoog om die interne geldigheid van die ondersoek te verhoog deur van nog 'n sielkundige gebruik te maak om die proses te monitor en te verseker dat die navorser by die filialterapiemodel hou en ouers nie doelbewus beïnvloed nie.

Die DOL ouergroep is gelei deur 'n ervare DOL-instruktrise wat die kursus met entoesiasme aangebied het.

### **Steekproefgrootte**

Die studie voldoen nie aan die aannames vir die gebruik van parametriesse tegnieke nie, aangesien die steekproef te klein is. Daar is gevolglik van nie-parametriesse toetse gebruik gemaak wat minder kragtig is as parametriesse tegnieke. Beduidendheid, waar dit wel bestaan, word nie so maklik deur nie-parametriesse tegnieke uitgewys nie.

### **Meetinstrumente**

Die gebruik van Amerikaanse gestandaardiseerde meetinstrumente in 'n Suid-Afrikaanse milieu. Die ideaal sou wees om gestandaardiseerde Suid-Afrikaanse meetinstrumente in die taal van die respondent wat plaaslike omstandighede, gebruike en houdings in ag neem, te gebruik.

## **9.8 BYDRAE TOT SELKUNDE IN SUID-AFRIKA**

Die navorsing het bewys dat filialterapie 'n koste-effektiewe en ekonomies-verdedigbare behandelingsmodaliteit is wat met sukses verder in Suid-Afrika uitgebou kan word. Dit is 'n doeltreffende geestesgesondheidsdiens wat aan ouers en kinders gelewer kan word, ten spyte van beperkte beskikbare professionele bronne.

Die waarde van 'n gesonder ouer-kindverhouding en om beide ouer en kind saam in terapie te betrek, is beklemtoon. Die studie toon ook dat die ouer met sukses as terapeutiese agent betrek kan word.

Die resultate wat verkry is, bevestig wat in ander lande gedokumenteer is en baan die weg vir verdere intensiewe plaaslike navorsing.

Die waarde van die studie lê veral in die volgende:

- Sover bekend, is dit die eerste keer dat filialterapie teen 'n meer konvensionele ouerleidingprogram, in dié geval die DOL, gemeet is.
- Die eerste volledige stap-vir-stap handleiding vir die aanbieding van filialterapie is in Afrikaans opgestel. Die handleiding lewer 'n waardevolle bydra tot die suksesvolle aanbieding van filialterapie deur die helpende professie (hoofstuk 4).
- Navorsingsresultate oor filialterapie is volledig in Afrikaans saamgevat. Dit bied aan die toekomstige filialterapie navorser 'n maklike verwysingsraamwerk (hoofstuk 3).
- Die middelkinderjare is volledig in Afrikaans saamgevat. Dit kan vir die aanbieder van filialterapie van waarde wees. Die hoofstuk kan met enkele aanpassings, om dit vir ouers meer toeganklik te maak, aan die ouer beskikbaar gestel word. Ouers sal hulle kinders beter verstaan indien hulle op hoogte is van die ontwikkelingsfase.

## 9.9 LEEMTES IN DIE FILIALTERAPIE-KURSUS

Leemtes in die 10-weke filialterapie-kursus wat verder navorsing en of besinning vereis:

- 'n Verbintenis van 10 weke is weens, onder andere, kostes en tyd nie altyd vir ouers haalbaar nie. Die doeltreffendheid van 'n verkorte filialterapie-kursus wat oor 5 weke strek moet ondersoek word.
- Die opstel van 'n handleiding waarby die huidige uitdeelstukke vir vooraf bestudering deur ouers

geïnkorporeer word, kan daartoe bydra dat die tydperk verkort word. Die sessies word dan aan bespreking en hantering van knelpunte gewy, in plaas van verskaffing van inligting wat ouers reeds tuis bestudeer het.

- Ouers moet ten volle bewus wees van die ontwikkelingsfase waarin die kind verkeer. Beter insig, kennis en begrip van die ontwikkeling van die kind met wie die spesiale speelsessie plaasvind, sal bydra tot 'n suksesvoller terapeutiese agent. Ontwikkelingsielkunde moet deel uitmaak van filialterapie. Hoofstuk 6, wat handel oor die middelkinderjare, moet vir die ouer as leser aangepas en vooraf beskikbaar gestel word vir bestudering. Dergelike handleidings moet vir die ander ouderdomsgroepe opgestel word.
- Filialterapie moet vir Suid-Afrikaanse omstandighede aangepas word. Kulturele, taal, etniese, geloofs-, sosio-ekonomiese, stedelik/landelike en opvoedkundige verskille moet deeglik in ag geneem word. Filialterapie is binne 'n Amerikaanse konteks ontwikkel en maak nie voorsiening vir die wye verskeidenheid van die Suid-Afrikaanse samelewing nie.
- Die doeltreffendheid van filialterapie, soos blyk uit hierdie navorsing, noodsaak dat terapie-materiaal in al die amptelike tale beskikbaar gestel word.
- Die gebruikmaking van die *ek-boodskap* in kommunikasie en *Metode III* in konflikhantering, soos gebruik in die DOL, kan met vrug in filialterapie geïnkorporeer word.

## 9.10 AANBEVELINGS

Die navorsing het getoon dat filialterapie 'n koste-effektiewe, voorkomende psigoterapeutiese intervensie is, wat met sukses in die Suid-Afrikaanse konteks aangewend kan word.

Die volgende aanbevelings word gemaak:

- Die literatuurstudie in hoofstuk 3, die filialterapie-handleiding in hoofstuk 4 en die navorsingsbevindinge in hoofstuk 8, behoort aan die helpende profesie beskikbaar gestel word.
- Meer terapeute moet in die aanbieding van filialterapie opgelei word.
- In Suid-Afrika moet verdere navorsing op die volgende terreine onderneem word:
  - \* Die doeltreffendheid van filialterapie in 'n Suid-Afrikaanse konteks, deur 'n herhaling van die studie wat 'n opvolgstudie na 3 maande insluit ten einde die langtermyn invloed te bepaal.
  - \* Die kind se belewenis van filialterapie wat 'n voor- en natoets insluit om die verandering wat in die kind plaasvind, te bepaal.
  - \* Die gebruik van 'n kombinasie van meetinstrumente en evaluering om die doeltreffendheid van filialterapie te bepaal deur die korrelasie van die resultate van:
    - **Ouers** Voltooing van meetinstrumente voor- en na filialterapie

- **Kinders** Voltooing van toepaslike meetinstrumente voor- en na filialterapie
- **Terapeute** Evaluering van video-opnames van die eerste en laaste spesiale speelsessies
- **Onderwysers** Voltooing van meetinstrumente en evaluering ten opsigte van die kind voor- en na filialterapie

\* Die aanpassing van Amerikaanse meetinstrumente en/of ontwikkeling van nuwe meetinstrumente om die doeltreffendheid van filialterapie te evalueer. Suid-Afrikaanse kulturele, taal, etniese, geloofs-, sosio-ekonomiese, stedelik/landelike en opvoedkundige verskille moet hier in ag geneem word.

\* Groter gebruik van die AAPI-2 in derglike navorsing. Die meetinstrument behoort ook in die lig van die vorige aanbeveling aandag te geniet.

\* Vergelykende studies met alternatiewe behandelingsmodaliteite, byvoorbeeld speltherapie toegepas deur 'n terapeut en filialterapie deur 'n ouer.

\* Vergelykende studie van die resultate van filialterapie binne verskillende gesinsstrukture: twee-ouer, enkelouer, hersaamgestelde en uitgebreide gesinne.

\* Vergelykende studie om die doeltreffendheid van vader, moeder, stiefouer, grootouer, onderwyser as terapeutiese agent in die spesiale speelsessie te bepaal.

\* Die invloed van filialterapie op gesinslede wat nie deel is van die terapie en die spesiale speelsessies nie.

\* Die toepassingswaarde en doeltreffendheid van filialterapie binne die Suid-Afrikaanse kulturele, taal-, etniese, geloofs-, sosio-ekonomiese, stedelike/landelike en opvoedkundige diversiteit. Die kompleksiteit van die Suid-Afrikaanse gemeenskap vereis dus dat genoemde verskille in ag geneem sal word by die samestelling en aanbieding van filialterapie.

### 9.11 SLOTGEDAGTE

Filialterapie is 'n relatief nuwe en onbekende terapie in Suid-Afrika. In die lig van die navorsingsresultate hou dit groot belofte in vir die toekoms. Indien aandag gegee word aan die leemtes en aanbevelings, kan filialterapie 'n kragtige hulpmiddel in die hand van die terapeut word en kan kindgesentreerde probleme op 'n vroeër leeftyd hanteer word.

Filialterapie is so 'n kragtige, koste-effektiewe hulpmiddel in die bevordering van 'n gesonde ouer-kindverhouding dat die deurloping van dié terapie op 'n wye terrein aangemoedig behoort te word. Dit is 'n terapie om probleme mee te hanteer, maar dit kan veral voorkomend aangewend word.

Kinders van vandag is die volwassenes en ouers van môre, daarom het hulle die reg om in 'n veilige omgewing gekoester te word.

**Ouerskap bly steeds die grootste enkele voorreg van die amateur.**

Alvin Toffler.



## BRONNELYS

ABIDIN, R.R. (1982). Parenting stress and the utilization of pediatric services. *Children's Health Care*, 2, 70-73.

ABIDIN, R.R. (1983). *Parenting Stress Index*. Charlottesville: Pediatric Psychology Press.

ABIDIN, R.R. (1995). *Parenting Stress Index (Third Edition): Professional Manual*. U.S.A.: Psychological Assessment Resources, Inc.

ACHENBACH, T.M., & EDLEBROCK, C.S. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Behavioral Profile*. Burlington, VT: University of Vermont.

ANDRONICO, M.P. (1983). Filial therapy: A group of parents of children with emotional problems. In A.L. ROSENBAUM (Ed.), *Handbook of short term therapy groups* (pp. 3-21). New York: McGraw-Hill.

ANDRONICO, M.P. (1996). Filial therapy: A group of parents of children with emotional problems. In A.L. ROSENBAUM (Ed.), *Handbook of short term therapy groups* (pp. 3-21). Northvale: Jason Aronson.

ANDRONICO, M.P., & BLAKE, I. (1971). The application of filial therapy to young children with stuttering problems. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 36, 377-381.

ANDRONICO, M.P., FIDLER, J., GUERNEY, B.G., & GUERNEY, L. (1967). The combination of didactic and dynamic elements in filial therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 17, 10-17.

ANDRONICO, M.P., & GUERNEY, B. (1967). The potential application of filial therapy to the school situation. *Journal of School Psychology*, 6(1), 2-7.

ANTHONY, E.J. (1967). Adolescent psychiatry. In A.M. Freedman & H.I. Kaplan (Eds), *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.

ANTHONY, E.J., & KOUPERNIK, C. (1973). *The child in his family: The impact of disease and death*. New York: Wiley & Sons.

ANTHONY, S. (1940). *The child's discovery of death: A study in child psychology*. New York: Kegan, Trench, Trubner & Co.

ANTHONY, S. (1971). *The discovery of death in childhood and after*. Middlesex: Penguin Books.

ARNOTT, A.M. (2000). *An educational psychological perspective on the use of filial therapy in mother-child relationship*. Unpublished master's thesis, University of South Africa, Pretoria.

ARON, A., & ARON, E.N. (1979). *Statistics for the behavioral and social sciences: A brief course*. New Jersey: Prentice-Hall.

ATHANASIOU, M.S., & GUNNING, M.P. (1999). Filial therapy: Effects on two children's behavior and mothers' stress. *Psychological Reports*, 84(2), 587-590.

AUTHIER, J., GUSTAFSON, K., GUERNEY, B.G., & KASDORF, J.A. (1975). The psychological practitioner as a teacher: A theoretical historical and practical review. *Counselling Psychologist*, 5, 31-50.

AXLINE, V. (1947). *Play therapy: The inner dynamics of childhood*. Boston: Houghton Mifflin.

AXLINE, V. (1969). *Play therapy* (revised edition). New York: Ballantine Books.

BACH, A. (1968). *Pupil discovery training. The application of filial therapy to the teacher student relationship*. Sayreville, NJ: Sayreville Public Schools.

BARUCH, D. (1949). *New ways to discipline*. New York: McGraw-Hill.

BAVIN-HOFFMAN, R. (1994). *Filial therapy: A qualitative study of the parental perceptions of the process*. Unpublished doctoral dissertation, Texas Women's University, Denton, Texas.

BAVIN-HOFFMAN, R., JENNINGS, G., & LANDRETH, G. (1996). Filial therapy: Parental perception of the process. *International Journal of Play Therapy*, 5(1), 45-58.

BAVOLEK, S.J., & KEENE, R.G. (1999). *Adult-Adolescent Parenting Inventory (AAPI-2)*. Park City: Family Development Resources, Inc.

BECKLOFF, D.R. (1998). Filial therapy with children with spectrum pervasive development disorders. *Dissertation Abstracts International. B, The Sciences and Engineering*, 58(11-B), 6224.

BEE, H.L., & MITCHELL, S.K. (1980). *The developing person*. San Francisco: Harper & Row.

BEGAB, M.S. (1968). Childhood learning disabilities and family stress: Cause and consequence. *Learning Disorders*, 3, 551-568.

BERGER, K.S., & THOMPSON, R.S. (1996). *The developing person through childhood*. New York: Worth Publishers.

BERK, L.E. (1994). *Infants and children: Prenatal through middle childhood*. Boston: Allyn & Bacon.

BIGNER, J.J. (1979). *Parent-child relationship: An introduction to parenting*. New York: Macmillan.

BOLL, L. (1972). Effects of filial therapy on maternal perceptions of their mentally retarded children's social behavior (Doctoral dissertation, The University of Oklahoma). *Dissertation Abstracts International*, 33, 6661A.

BONNARD, A. (1950). The mother as therapist in a case of obsessional neurosis. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 5, 391-408.

BOWLING, D. (1989). A comparative study of parents and graduate students trained to conduct play therapy with mentally retarded children (Doctoral dissertation, Ohio State). *Dissertation Abstracts International*, 50, 4908B.

BRANDT, P.A., & LEUE, J.A.E. (1973). *Schulwörterbuch*. Pretoria: J.L. van Schaik Beperk.

BRATTON, S.C. (1993a). *Children's play behavior with parent rating form*. Unpublished manuscript, University of North Texas, Denton, Texas.

BRATTON, S.C. (1993b). *Filial therapy with single parents*. Unpublished doctoral dissertation, University of North Texas, Denton, Texas.

BRATTON, S.C. (1998). Training parents to facilitate their child's adjustment to divorce using the filial/family play therapy approach. In J.M. BRIESMEISTER, & C. E. SCHAEFER (Eds), *Handbook of parenting training: Parents as co-therapists for children's behavior problems* (pp. 549-572). New York: John Wiley & Sons.

BRATTON, S.C., & DEE, R. (1998). Filial/family play therapy: An intervention for custodial grandparents and their grandchildren. *Educational Gerontology, 24*(49), 391-402.

BRATTON, S., & LANDRETH, G. (1995). Filial therapy with single parents: Effects on parental acceptance, empathy, and stress. *International Journal of Play Therapy, 4*(1), 61-80.

BREWER, J. (1958). *The Wichita Guidance Clinic Parent Check List*. Unpublished manuscript, Wichita Child Guidance Center, Kansas.

BROWN, S.L. (1994). Animals at play. *National Geographic, 186*(6), 2-35.

BRYANT, B.K. (1992). Conflict resolution strategies in relation to children's peer relations. *Journal of Applied Developmental Psychology, 13*, 35-50.

BURCHINAL, L., HAWKES, G., & GARNER, B. (1957). The relationship between parental acceptance and adjustment of children. *Child Development, 28*, 67-77.

BURNS, D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, November.

CAMPBELL, C.A. (1993). Play, the fabric of elementary school counselling programs – Special issue: Counselling and children's play. *Elementary School Guidance and Counselling*, 28(1), 10-16.

CAPLAN, F., & CAPLAN, T. (1974). *The power of play*. New York: Anchor Books.

CHANDLER, L.A. (1985). *Children under stress*. New York: Thomas Books.

CHAU, I., & LANDRETH, G. (1997). Filial play therapy with Chinese parents: Effects on parental empathic interactions, parental acceptance of child and parental stress. *International Journal of Play Therapy*, 6(2), 75-92.

CHILDERS, P., & WIMMER, M. (1971). The concept of death in early childhood. *Child Development*, 42, 1299-1301.

CLARKE-STEWART, A. (1985). *Child development*. New York: library Congress.

COOPERSMITH, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: W.H. Freeman and Company.

COTTON, C.R., & RANGE, L.M. (1990). Children's death concepts: Relationships to cognitive functioning, age, experience with death, fear of death, and hopelessness. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 123-127.

CRAIG, G.J. (1992). *Human development*. New Jersey: Prentice-Hall.

DAVIES, B. (1982). *Life in the classroom and playground*. London: Routledge and Kegan Paul.

DEMO, D.H. (1992). Parent-child relations: Assessing recent changes. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 104-117.

DORFMAN, E. (1951). Play therapy. In C.R. ROGERS (Ed.), *Client-centered therapy* (pp. 235-277). Boston: Houghton Mifflin.

DULCAN, M.K. (1984). Brief psychotherapy with children and their families. The state of the art. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23(5), 544-552.

DUMAS, J.E., GIBSON, J.A., & ALBIN, J.B. (1989). Behavioral correlates of maternal depressive symptomatology in conduct disorder children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 516-521.

EARLY, J. (1994). Play therapy as a family restructuring technique: A case illustration. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 16(2), 119-130.

EASSON, W.M. (1970). *The dying child: The management of the child or adolescent who is dying*. Springfield: Thomas.

EMDE, R.N. (1989). The infant's relationship experience: Developmental and affective aspects. In A.J. Sameroff & R.N. Emde (Eds.), *Relationship Disturbances in Early Childhood: A Developmental Approach*, (33-51). New York: Basic Books.

ERIKSON, E.H. (1963). *Childhood and society*. New York: Norton.

FELDMAN, C.F. (1992). The new theory of theory of mind. *Human Development*, 35, 107-117.

FELNER, R.D., & ABNER, M.S. (1983). Primary prevention for children: A framework for the assessment of need. *Prevention in Human Services*, 2, 109-121.

FIDLER, J., GUERNEY, B., ANDRONICO, M., & GUERNEY, L. (1969). *Psychotherapeutic agents: New roles for non-professionals, parents and teachers*. New York: Holt, Rhinehart & Winston.

FIELD, A. (2000). *Discovering statistics using SPSS for Windows*. London: Sage Publications Ltd.

FLAVELL, J.M., MILLER, P.H., & MILLER, S.A. (1993). *Cognitive development (3rd ed.)*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

FOREHAND, R., STURGIS, E.T., MCMAHON, R.J., AGUAR, D., GREEN, K., WELLS, K.C., & BREINER, J. (1979). Parent behavioural training to modify child noncompliance. *Behaviour Modification*, 3(1), 3-25.

FREIBERG, K.L. (1987). *Human development: A life-span approach*. Boston: Jones and Bartlett Publishers.

FREUD, S. (1959). Analysis of phobia in a five-year-old boy. *Collected papers: Case histories*. New York: Basic Books.

FREUD, S. (1963). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (vols I-xxiii)*. London: Hogarth Press.

FREUD, S. (1966). Pre-psycho-analytic publications and unpublished drafts (1886-1899). In J. Strachey (Ed.), *Complete Psychological Works*, Vol. 1, London: Hogarth Press.

FROEBEL, F. (1903). *The education of man*. New York: D. Appleton.

FUCHS, N. (1957). Play therapy at home. *Merrill-Palmer Quarterly*, 3, 89-95.



GARDNER, H. (1982). *Developmental psychology*. Boston: Little, Brown and Company.

GARTLEY, W., & BERNASCONI, M. (1965). The concept of death in children. *Journal of Genetic psychology*, 110, 71-81.

GARWOOD, M.M. (2000). Parental perceptions of filial therapy in the treatment of children with selective mutism. *Dissertation Abstracts International. A, Humanities and Social Sciences*, 60(A), 2384.

GILMORE, J. (1971). The effectiveness of parental counselling with other modalities in the treatment of children with learning disabilities. *Journal of Education*, 154, 74-82.

GINOTT, H.G. (1961). *Group psychotherapy with children*. New York: McMillan-Hill Book Company.

GINSBERG, B.G. (1976). Parents as therapeutic agents: The usefulness of filial therapy in a community mental health centre. *American Journal of Community Psychology*, 4(1), 47-57.

GINSBERG, B.G. (1997). *Relationship enhancement family therapy*. New York: John Wiley & Sons.

GINSBERG, B.G. (1990). *Play and filial therapy with the abused*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Boston, MA.

GINSBERG, B.G. (2002). The power of filial relationship enhancement therapy as an intervention in child abuse and neglect. *International Journal of Play Therapy*, 11(1), 65-78.

GLASS, N.M. (1986). *Parents as therapeutic agents: A study of the effects of filial therapy*. Unpublished doctoral dissertation, North Texas State University, Denton, Texas.

GLAZER, H.R., & KOTTMAN, T. (1994). Filial therapy: Rebuilding the relationship between parents and children of divorce. *The Journal of Humanistic Education and Development*, 33(1), 4-12.

GLAZER-WALDMAN, H. (1991). *Filial therapy: CPR training for families with chronically ill children*. Unpublished master's thesis, North Texas State University, Denton, Texas.

GLOVER, G.J. (1996). *Filial therapy with Native Americans on the Flathead Reservation*. Unpublished doctoral dissertation, North Texas State University, Denton, Texas.

GOLDMAN, H. (1969). *Religious thinking from childhood to adolescence*. London: Routledge & Kegan Paul.

GORDON, T. (1975). *Parent effectiveness training*. New York: Peter Wyden.

GORDON, T. (1980). *Parent effectiveness training in action*. New York: Bantam Books.

GROSHEIDE, F.W., & VAN ITTERZON, G.P. (1958). *Christelijke encyclopedie*. Kampen: J.H. Kok N.V.

GUERNEY, B. (1964). Filial therapy: Description and rationale. *Journal of Consulting Psychology*, 28(4), 303-310.

GUERNEY, B. (1969). *Psychotherapeutic agents: New roles for nonprofessionals, parents and teachers*. New York: Holt, Rinehart, and Winston.

GUERNEY, B. (1977). *Relationship enhancement: Skill training programs for therapy, problem prevention, and enrichment*. San Francisco: Josey-Bass.

GUERNEY, B. (1982). *Filial therapy: Description and rationale. Play therapy, dynamics of the process of counselling with children*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

GUERNEY, B., & FLUMEN, A.B. (1970). Teachers as psychotherapeutic agents for withdrawn children. *Journal of School Psychology, 8*, 107-113.

GUERNEY, B., GUERNEY, L., & ANDRONICO, M. (1966). Filial therapy. *Yale Scientific Magazine, 40*, 6-14.

GUERNEY, B., & STOVER, I. (1971). *Filial therapy: Final report on MH 18254-01*. University Park: Pennsylvania State University.

GUERNEY, L. (1976). *Filial therapy program. Treating relationships*. Lake Mills, Iowa: Graphic Publishing Co, Inc.

GUERNEY, L., & GAVIGAN, M. (1981). Parental acceptance and foster parents. *Journal of Clinical Child Psychology, 5*, 27-32.

GUERNEY, L., & GUERNEY, B. (1989). Child relationship enhancement: Family therapy and parent education. Special issue: Person-centred approaches with families. *Person Centred Review, 4*, 344-357.

HAMACHEK, D.E. (1990). *Psychology in teaching and growth*. Boston: Allyn Bacon.

HARRIS, F.R., WOLF, M.M., & BAER, D.M. (1964). Effects of adult social reinforcement on child behavior. *Young Child, 20*, 8-17.

HARRIS, Z.L. (1995). *Filial therapy with incarcerated mothers*. Unpublished doctoral dissertation, North Texas State University, Denton, Texas.

HARRIS, Z.L., & LANDRETH, G. (1997). Filial therapy with incarcerated mothers: a five week model. *International Journal of Play Therapy*, 6(2), 53-73.

HARTER, S. (1983). Developmental perspectives on the self-system. In P.H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology: Vol.4. Socialization, personality and social development*. New York: Wiley.

HARTUP, W.W. (1989). Social relationships and their developmental significance. *American Psychologists*, 44, 120-126.

HAUENSTEIN, E., MARVIN, R., SNYDER, A., & CLARKE, W. (1989). *Stress in parents of children with diabetes mellitus*. Unpublished manuscript, University of Virginia School of Medicine, Charlottesville.

HAUENSTEIN, E., SCARR, S., & ABIDIN, R. (1986). *Measurement of parental stress across cultures: Validation of the Parenting Stress Index with American and Bermudian parents*. Unpublished manuscript, University of Virginia, Charlottesville.

HAVIGHURST, R.J. (1972). *Developmental tasks and education*. New York: D. McKay.

HAVIGHURST, R.J. (1980). More thoughts on developmental tasks. *Personal and Guidance Journal*, 58, 330-335.

HAWKINS, R., PETERSON, R., SCHWEID, E., & BIJOU, S. (1966). Behaviour therapy in the home: Amelioration of problem parent-child relations with the parent therapeutic role. *Journal of Experimental Child Psychology*, 4, 99-107.

HORNER, P. (1974). *Dimensions of child behavior as described by parents: A monotonicity analysis*. Unpublished master's thesis, Pennsylvania State University, College Park.

HURLOCK, E.D. (1959). *Developmental psychology*. New York: McGraw-Hill.

JACOBS, L. (1949). Methods used in the education of mothers: A contribution to the handling and treatment of developmental difficulties in children under five years of age. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 3-4, 408-422.

JOHNSON, L. (1995). Filial therapy: A bridge between individual child therapy and family therapy. *Journal of Family Psychotherapy*, 6(3), 55-70.

JOHNSON, L.; BRUHN, R.; WINEK, J.; KREPPS, J., & WILEY, K. (1999). The use of child-centered play therapy and filial therapy with head start families: A brief report. *Journal of Marital and Family Therapy*, 25(2), 169-176.

JONES, P.R. (1992). Play therapy training in a residential school for children with emotional and behavioural problems. *The British Journal of Projective Psychology*, 37, 8-25.

JOSEPH, J. (1979). *Joseph pre-school and primary self-concept screening instructional manual*. Chicago, IL: Stoelting.

KAIL, R. (1990). *The development of memory in children (3rd ed.)*. New York: Freeman.

KALE, A.L. (1997). *Filial therapy with parents of children experiencing learning difficulties*. Unpublished doctoral dissertation, North Texas State University, Denton, Texas.

KALE, A.L. (1998). Filial therapy with parents of children experiencing learning difficulties. *Dissertation Abstracts International. A, Humanities and Social Sciences*, 58(7-A), 2546.

KANE, B. (1979). Children's concepts of death. *Journal of Genetic Psychology*, 134, 141-153.

KEZUR, B. (1980). Mother-child communication patterns based on therapeutic principles (Doctoral dissertation, The Humanistic Psychology Institute). *Dissertation Abstracts International*, 41, 4671B.

KOHLBERG, L. (1985). *The psychology of moral development*. San Francisco: Harper & Row.

KOOCHER, G.P. (1974). Talking with children about death. *American Journal of Orthopsychiatry*, 44, 404-411.

KRAFT, A. (1973). *Are you listening to your child? How to bridge the communication gap through creative play sessions*. New York: Walker.

KRAFT, A., & LANDRETH, G. (1998). *Parents as therapeutic partners: Listening to your child's play*. New Jersey: Jason Aronson.

KRANZ, P.L. (1972). Teachers as play therapists: An experiment in learning. *Childhood Education*, 49, 73-74.

LACHENICHT, L.G. (1983). *The acquisition of polite language: A study in genetic epistemology*. Unpublished doctoral dissertation, University of Witwatersrand, Johannesburg.

LAHTI, S. (1992). *An ethnographic study of the filial therapy process*. Unpublished doctoral dissertation, North Texas State University, Denton, Texas.

LANDRETH, G. (1991). *Play therapy: The art of the relationship*. Muncie: Accelerated Development Press.

LANDRETH, G., & LOBAUGH, A. (1998). Filial therapy with incarcerated fathers. *Journal of Counselling and Development*, 76(2), 157-165.

LANGA, S.N. (1999). The role and function of emotions in primary school children's meaningful learning. Unpublished master's thesis, University of South-Africa, Pretoria.

LEBOVITZ, C. (1982). *Filial therapy: Outcome and Process*. Unpublished doctoral dissertation, Texas Tech University, Lubbock, Texas.

LEVANT, R.F. (1983). Client-centered skills training programs for the family: A review of literature. *The Counselling Psychologist*, 11(3), 29-46.

LEVENTHAL, T., & STOLLACK, G. (1965). *Problem Checklist*. Children's Psychiatric Center in Eastontown, New Jersey.

LOBAUGH, A. (1991). *Filial therapy with incarcerated parents*. Unpublished doctoral dissertation, North Texas State University, Denton, Texas.

LOUW, D.A., SCHOEMAN, W.J., VAN EDE, D.M., & WAIT, J. (1990). Die middelkinderjare. In D.A. Louw (red.), *Menslike ontwikkeling* (pp. 325-388). Pretoria: Haum-Tersiêr.

LOUW, D.A., VAN EDE, D.M., & FERNS, I. (1998). Die middelkinderjare. In D.A. Louw, D.M. Van Ede & A.E. Louw (reds.), *Menslike ontwikkeling* (3de uitg.) (pp. 325-383). Kaapstad: Kagiso-Tersiêr

MACCOBY, E.E. (1980). *Social development. Psychological growth and the parent-child relationship.* New York: Harcourt Brace Jovanovich.

MARCHANT, J.R.V., & CHARLES, J.F. (1957). *Cassell's Latin dictionary.* London: Cassell and Company, Limited.

MATTHEWS, L.G. (1989). *Parenting stress, role conflict and husband supportiveness in dual career families with preschool-aged children.* Unpublished doctoral dissertation, University of Virginia, Charlottesville.

MELEAR, J.D. (1973). Children's conceptions of death. *Journal of Genetic Psychology*, 122, 359-360.

MOORE, R. (1964). *The Des Moines Child Guidance Center Maladjustment Index: Parent Rating Scale.* Iowa: Des Moines Child Guidance Center.

MOOS, R.H. (1974). *Family Environment Scale.* Palo Alto: Consulting Psychologist Press, Inc.

MORGAN, M. (1991). *Young people and death.* Philadelphia: Charles Press.

MORRIS, R., & KRATOCHWILL, T. (1983). *Treating children's fears and phobias: A behavioural approach.* New York: Pergamon.

MOUSTAKAS, C.E. (1959). *Psychotherapy with children: The living relationship.* New York: Harper and Row.

MOUSTAKAS, C.E. (1973). *Children in play therapy.* New York: Aronson.



MULLER, D.G., & LEONETTI, R. (1972). *Primary Self-Concept Inventory test manual*. Austin: Texas Urban Research Group, Inc.

MUSSEN, P.H., CONGER, J.J., & KAGAN, J. (1969). *Child development and personality*. New York: Harper & Row.

MWAMWENDA, T.S., & MWAMWENDA, B.B (1991). Africans' cognitive development and schooling. *International Journal of Educational Development*, 11(2), 129-134.

NEUMANN, C.G. (1983). Obesity in childhood. In: M.D. Levine, W.B. Carey, A.C. Crocker, & R.T. Gross (Eds.), *Developmental-behavioral pediatrics*. Philadelphia: W.B. Saunders.

NEWMAN, B.M., & NEWMAN, P.R. (1987). *Development through life: A psychosocial approach*. Chicago: Dorsey Press.

NEWMAN, B.M., & NEWMAN, P.R. (1995). *Development through life: A psychosocial approach*. California: Brooks/Cole.

NICKERSON, E. (1973). Recent trends and innovations in play therapy. *International Journal of Child Psychotherapy*, 2(1), 53-70.

NICKERSON, E. (1980). *A novel family invention: Training parents as play therapists*. Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association, Canada.

ODENDAL, F.F., & GOUWS, R.H. (red). (2000). *Verklarende handwoordeboek van die Afrikaanse taal*. Johannesburg: Perskor Uitgewers.

OHLSON, E. (1974). The meaningfulness of play for children and parents: An effective counselling strategy. *Journal of Family Counselling*, 2(1), 53-54.

ORBACH, C.E. (1995). The multiple meanings of the loss of a child. *American Journal of Psychiatry*, 13, 906-915.

OSTERWEIL, Z. (1986). Time-limited play therapy: Rationale and technique. *School Psychology International*, 7, 224-230.

OTRWEIN, M.C. (1997). *Mastering the magic of play: A training manual for parents in filial therapy*. Silver Springs: Ideals.

OXMAN, L. (1972). The effectiveness of filial therapy: A controlled study. *Dissertation Abstracts International*, 42, 56B.

PACKER, P. (1990). *The initial process of filial therapy: A case study of a four-year-old child and her parents*. Unpublished doctoral dissertation, Pennsylvania State University, State College, PA.

PAPALIA, D.E. & OLDS, S.W. (1995). *Human development* (6th ed.). New York: McGraw-Hill.

PAPP, P., SILVERSTEIN, O., & CARTER, B. (1974). Preventive work with "well families", new methods and techniques. In A. B. TULIPAN, C.L. ATTNEAVE & E. KINGSTONE, (Eds.). *Beyond clinic walls*. University of Alabama: University of Alabama Press.

PAYTON, I. (1980). Filial therapy as a potential primary preventative process with children between the ages of four and ten. *Dissertation Abstracts International*, 41, 2942A.

PEDERSEN, E., FAUCHER, T.A., & EATON, W.W. (1978). A new perspective on the effects of first-grade teachers on children's subsequent adult status. *Harvard Educational Review*, 36, 66-83.

PETT, A. (2002). *Adapting a Western model of filial therapy to a locally specific form through a participatory process with kinship carers*. Unpublished master's thesis, University of Natal, Natal.

PETT, M.A. (1997). *Nonparametric statistics for health care research. Statistics for small samples and unusual distributions*. London: Sage Publications.

PIAGET, J. (1932). *The moral judgement of the child*. London: Kegan Paul.

PIAGET, J. (1958). *The growth of logical thinking. From childhood to adolescence*. London: Routledge and Kegan Paul.

PIAGET, J. (1973). *The child's conception of the world*. London: Paladin Books.

PIAGET, J. (1977). *The origin of intelligence in the child*. London: Penguin.

PINO, C., SIMONS, N., & SLAWINOWSKI, M. (1984). *The Children's Version of the Family Environmental Scale Manual*. New York: Slosson Educational Publications, Inc.

PLUG, C., MEYER, W.F., LOUW, D.A., & GOUWS, L.A. (1986). *Psigologiewoordeboek*. Johannesburg: McGraw-Hill Boekmaatskappy.

PORTER, B. (1954). Measurement of parental acceptance of children. *Journal of Home Economics*, 46, 176-182.

PURKEY, W.W. (1970). *Self-concept and school achievement*. New Jersey: Prentice-Hall.

RAUDENBUSCH, S.W. (1984). Magnitude of teacher expectancy effects on pupils' IQ as a function of credibility of expectancy induction: A synthesis from 18 experiments. *Journal of Experimental Psychology*, 76, 85-97.

REYNOLDS, C.R., & KAMPHAUS, R.W. (1992). *Behavior Assessment System for Children*. Circle Pines: American Guidance Service.

RINN, R.C., & MARKLE, A. (1977). Parent effectiveness training: A review. *Psychological Reports*, 41, 95-109.

ROGERS, C.R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.

SAFIER, G.A. (1964). A study in relationships between life and death concepts in children. *Journal of Genetic Psychology*, 105, 283-294.

SANDSTRÖM, C.I. (1970). *The psychology of childhood and adolescence*. Middlesex: Penguin Books.

SCHOONEES, P.C. (red). (1956). *Woordeboek van die Afrikaanse taal*. Pretoria: Die Staatsdrukker.

SEIFERT, K.L., & HOFFNUNG, R.J. (1987). *Child and adolescent development*. Boston: Houghton Mifflin.

SENSUE, M. (1981). Filial therapy follow-up study: Effects on parental acceptance and child adjustment (Doctoral dissertation, Pennsylvania State University). *Dissertation Abstract International*, 42(1), 1048A.

SHEN, Y.J. (2002). Short-term group play therapy with Chinese earthquake victims: Effects on anxiety, depression, and adjustment. *International Journal of Play Therapy*, 11(1), 43-63.

SIGEL, I.E., & HOOPER, F.H. (1968). *Logical thinking in children. Research based on Piaget's theory.* New York: Holt, Rinehart and Winston.

SINGER, J.L. (1994). The scientific foundations of play therapy. In J. HELLENDORRN, R. VAN DER KOOIJ, & B. SUTTON-SMITH (Eds.), *Play and intervention* (pp. 27-38). New York: State University of New York Press.

SMITH, P.K., COWIE, H., & BLADES, M. (1998). *Understanding children's development.* Oxford: Blackwell Publisher.

SROUFE, L.A. (1989). Relationships and relationship disturbances. In A.J. SAMROF & R.N. EMDE (Eds.), *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach* (pp 97-124). New York: Basic Books.

STANDER, G. (1977). *Kliniese neigingstruktuuranalise van die leergestremde kind.* Ongepubliseerde D.Ed.-proefskrif, Universiteit van Kaapstad, Kaapstad.

STEINER, G.L. (1966). Children's concepts of life and death: A developmental study. *Dissertation Abstracts International*, 26, 1164.

STINNETT, N., & DEFRAIN, J. (1985). *Secrets of strong families.* New York: Berkley Books.

STOLLAK, G. (1975). Sensitivity to children: Helping undergraduates acquire child care giving and mental health skills. *Teaching of Psychology*, 2(1), 8-11.

STOVER, L., & GUERNEY, B. (1967). The efficacy of training procedures for mothers in filial therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, & Practice*, 4(3), 110-115.

STOVER, L., GUERNEY, B., & O'CONNELL, M. (1971). Measurement of acceptance, allowing self-direction, involvement, and empathy in adult-child interaction. *Journal of Psychology*, 77, 261-269.

STRAUSS, C.C., SMITH, K., FRAME, C., & FOREHAND, R. (1985 ). Personal and interpersonal characteristics associated with childhood obesity. *Journal of Pediatric Psychology*, 10, 337-343.

SULLIVAN, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. London: Tavistock.

SYKES, J.B. (ed.)(1982). *The concise Oxford dictionary*. Oxford: Oxford University Press.

SYWULAK, A. (1977). *The effect of filial therapy on parental acceptance and child adjustment*. Unpublished doctoral dissertation, Pennsylvania State University, College Park.

TEW, K.L. (1997). *The efficacy of filial therapy with families with chronically ill children*. Unpublished doctoral dissertation, North Texas State University, Denton, Texas.

TEW, K.L., Landreth, G.L., Joiner, K.D., & Solt, M.D. (2002). Filial therapy with parents of chronically ill children. *International Journal of Play Therapy*, 11(1), 79-94.

TIDLER, J., GUERNEY, B., ANDRONICO, M., & GUERNEY, L. (1969). Filial therapy as a logical extension of current trends in psychotherapy. *Psychotherapeutic agents: New roles for nonprofessionals, parents, and teachers*. New York: Holt, Rinehart, and Winston.

TURNER, J.S., & HELMS, D.B. (1987). *Lifespan development*. London: Holt, Rinehart and Winston.

TURNER, J.S., & HELMS, D.B. (1995). *Lifespan development* (5th ed.). New York: Harcourt Brace.

UELAND, B. (1974). Tell me more. *The Lady's Home Journal*, 51, 53.

VANFLEET, R. (1994). *Filial Therapy: Strengthening parent-child relationships through play*. Florida: Professional Resource Press.

VANFLEET, R. (2000). *A parent's handbook of filial play therapy*. Boiling Springs: Play Therapy Press.

VAN DEN AARDWEG, E.M., & VAN DEN AARDWEG, E.D. (1993). *Dictionary of empirical education*. Pretoria: E. & E. Enterprises.

VAN RENSBURG, J.J.J. (1973). 'n Kritiese vergelykende studie van Jean Piaget se teorieë in verband met die ontwikkeling van die intellek van die kind en die opvoedkundige implikasies daarvan. Ongepubliseerde D.Ed.-proefskrif, Universiteit van die Oranje-Vrystaat, Bloemfontein.

WALL, L. (1979). Parents as play therapists: A comparison of three interventions into children's play (Doctoral dissertation, University of Northern Colorado). *Dissertation Abstracts International*, 40, 5597B.

WATSON, R.I. (1965). *Psychology of the child*. New York: Wiley.

WEBSTER-STRATTON, C. (1989). The relationship of marital support, conflict, and divorce to parent perceptions, behaviors, and childhood conduct problems. *Journal of Marriage and the Family*, 51, 417-430.

WEINER, I.B., & ELKIND, D. (1972). *Readings in child development*. New York: John Wiley & Sons.

WHITE, J., FLYNT, M, & DRAPER, K. (1997). Kinder Therapy: Teachers as therapeutic agents. *International Journal of Play Therapy*, 6, 33-49.

WHITE, J., FLYNT, M, & JONES, N.P. (1999). Kinder Therapy: An Adlerian approach for training teachers to be therapeutic agents through play. *Journal of Individual Psychology*, 55(3), 365-382.

WOLFE, W.S., CAMPBELL, C.C., FONGILLO, E.A., HAAS, J.D., & MELNICK, T.A. (1994). Overweight schoolchildren in New York State: Prevalence and characteristics. *American Journal of Public Health*, 84, 807-813.

WYLIE, R.C. (1970). *The self-concept*. Lincoln: University of Nebraska Press.

YALOM, I.D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.

YUEN, T.C. (1997). *Filial therapy with Immigrant Chinese Parents in Canada*. Unpublished doctoral dissertation, North Texas State University, Denton, Texas.

ZAKRESKI, J. (1983). *Prematurity and the single parent: Effects of cumulative stress on child development*. Unpublished doctoral dissertation, University of Virginia, Institute of Clinical Psychology, Virginia.



UITDEELSTUKKE 1 tot 10 AAN OUERS

Uitdeelstuk 1	291
Uitdeelstuk 2	298
Uitdeelstuk 3	302
Uitdeelstuk 4	306
Uitdeelstuk 5	309
Uitdeelstuk 6	311
Uitdeelstuk 7	313
Uitdeelstuk 8	317
Uitdeelstuk 9	320
Uitdeelstuk 10	325

## UITDEELSTUK 1

### 1.1 PRAKTIESE REËL VIR DIE WEEK

*You can't give away what you do not possess.*

### 1.2 ARTIKEL

Lees die onderstaande artikel.

#### TELL ME MORE

*Listening is a magnetic and strange thing, a creative force... The friends that listen to us are the ones we move toward, and we want to sit in their radius as though it did us good, like ultra-violet rays... When we are listened to, it creates us, makes us unfold and expand. Ideas actually begin to grow within us and come to life... It makes people happy and free when they are listened to... When we listen to people there is an alternating current, and this recharges us so that we never get tired of each other. We are constantly being recreated.*

*Now there are brilliant people who cannot listen much. They have no ingoing wires on their apparatus. They are entertaining but exhausting too. I think it is because these lecturers, these brilliant performers, by not giving us a chance to talk, do not let us express our thoughts and expand; and it is this expressing and expanding that makes the little creative fountain inside us begin to spring and ease up new thoughts and unexpected laughter and wisdom.*

*I discovered all this about three years ago, and truly it made a revolutionary change in my life. Before that, when I went to a party, I would think anxiously: "Now try hard, be lively. Say bright things. Talk, don't let down." And when tired, I would have to drink lots of coffee to keep this up. But now before going to a party, I just tell myself to listen with affection to anyone who talks to me, to be in their shoes when they talk; to try to know them without my mind pressing against theirs, or arguing, or changing the subject. Now my attitude is: "Tell me more. This person is showing me his soul. It is a little dry and meagre and full of grinding talk now, but presently he will begin to think, not just automatically to talk. He will show his true self. Then he will be wonderfully alive..." (Ueland, 1974).*

### 1.3 GEDIG

Lees die onderstaande gedig.

#### *IF I HAD MY CHILD TO RAISE OVER AGAIN*

*If I had my child to raise all over again,  
I'd finger paint more and point the finger less.  
I'd do less correcting and more connecting.  
I'd take my eyes off my watch, and watch with my eyes.  
I would care to know less and know to care more.  
I'd take more hikes and fly more kites.  
I'd stop playing serious, and seriously play.  
I'd run through more fields and gaze at more stars.  
I'd do more hugging and less tugging.  
I would be firm less often, and affirm much more.  
I'd build self-esteem first, and the house later.  
I'd teach less about the love of power,  
And more about the power of love.*





*Dianne Loomans*

## 1.4 GEVOELSWOORDE

BLY	ONGELUKKIG	KWAAD	BANG
Gelukkig	Hartseer	Boos	Bangerig
Lekker	Sleg	Woedend	Doodbang
Vrolik	Huilerig	Briesend	Skrikkerig
Opgeruimd	Jammer	Befoeterd	Versigtig
Uitbundig	Seergemaak	Beduiweld	Huiwerig
Opgewek	Teleurgesteld	Die duiwel in	Onseker
Tevrede	Ontevrede	Omgekrap	Hulpeloos
Ingenome	Omgekrap	Ontsteld	Benoud
Opgewonde	Ontnugter	Ontstoke	Bevrees
Oorstelp	Terneergedruk	Ontevrede	Angstig
In die wolke	Weemoedig	Humeurig	Beangs
In ekstase	Moedeloos	Nors	Ontsenu
Oorweldig	Droewig	Aggressief	Senuweeagtig
Dankbaar	Bedroef	Vererg	Paniekbevange
Ontspanne	Depressief	Geirriteerd	Vreesbevange
	Ellendig		Skrikwekkend
	Misrabel		
	Gekrenk		
	Verwerp		
	Hulpeloos		

## 1.5 REFLEKTIEWE LUISTER

Benoem die onderstaande vier basiese emosies:

1. _____ 	2. _____ 
3. _____ 	4. _____ 

Beskryf wat gebeur het en u as ouer se daaropvolgende refleksie van gevoelens.

1. Kind: \_\_\_\_\_

Ouer: \_\_\_\_\_

2. Kind: \_\_\_\_\_

Ouer: \_\_\_\_\_

3. Kind: \_\_\_\_\_

Ouer: \_\_\_\_\_

4. Kind: \_\_\_\_\_

Ouer: \_\_\_\_\_

## 1.6 SPEEL IS BELANGRIK

*"Filial therapy is the training of parents to be therapeutic agents with their children, using basic play therapy skills."* Landreth

*"Children's play is not mere sport. It is full of meaning and import."*  
Froebel

*"To grow up to be healthy, very young children do not need to know how to read, but they need to know how to play."* Rogers.

*"Man is perfectly human only when he plays."* Schiller

*"Birds fly, fish swim, and children play."* Landreth

*"Toys are used like words by children and play is their language."*  
Landreth

*"...feelings and attitudes which may be too threatening for the child to express directly can be safely projected through self-chosen toys."*  
Landreth

*"...for children to 'play out' their experiences and feelings is the most natural, dynamic, and self-healing process in which children can engage."* Landreth

*"The best way of getting to know children is by observing them play."*  
Kierkegaard

*"Play is basic to all normal, healthy children. It provides pleasure and learning and a minimum of risks and penalties for mistakes."* Caplan

*"Through play reality loses its seriousness."* Schiller

*"Play is a child's life and the means by which he comes to understand the world he lives in." Isaacs*

## 1.7 LYS VAN BASIESE SPEELGOED VIR FILIALTERAPIE

Die onderstaande lys van speelgoed is nodig vir filialterapie.

ITEM	BESIT	LEEN	KOOP
Speeldeeg			
Vetkryte			
Gom			
Kleefband			
Blankopapier			
Stomppuntskêr			
Masker (oor oë)			
Tou			
Plastiekmes			
Diere (huis en wilde)			
Soldate (10)			
Pyltjiegeweer			
Bababottel			
Pop			
Popkombersie			
Pophuis (boks)			
'n Gesin poppies			
Handpop			
Karretjie			
Dokterstel			
Telefoon			

## 1.5 TUISOPDRAGTE

\*Lees die artikel *Tell me more* (par.1.2).

\*Lees die gedig *If I had my child to raise over again* (par.1.3).

\*Reflektiewe luister moet aan die hand van par. 1.5 ge oefen word.

\*Stel vas watter van die speelgoed (par. 1.7) wat nodig is, reeds besit, geleen of aangekoop moet word.

\*Raak bewus van 'n fisieke eienskap van u kind waarvan u nie voorheen bewus was nie.

\*Voltooi die vier meetinstrumente.



## UITDEELSTUK 2

### 2.1 PRAKTIESE REËL VIR DIE WEEK

*When a child is drowning, don't try to teach him/her to swim.*

### 2.2 BASIESE BEGINSELS VIR DIE SPESIALE SPEELSESSIES

Die basiese beginsels vir die spesiale speelsessies is:

- Die kind word die vryheid gegun om self te besluit hoe hy/sy hierdie tyd wil benut.
- Die kind neem die leiding en u volg.
- Die ouer maak geen voorstelle en vra geen vrae nie.
- Die ouer se hoof doel is om met kind in voeling te kom en te poog om die kind se gedrag, denke en gevoelens te verstaan.
- Die ouer kommunikeer aan die kind dat die kind verstaan word. Die ouer verbaliseer die kind se gedrag, denke en gevoelens.
- Wanneer die stel van beperkings nodig is, geskied dit op 'n duidelike en ferm manier. Dit word beperk tot die tydsduur van die speelsessie, die breek van speelgoed en fisieke beserings aan die kind en/of ouer.

### 2.3 DIE DOEL VAN DIE SPESIALE SPEELSESSIES

Die spesiale speelsessies het ten doel:

- om die kind se persepsie van wat u as ouer se gevoelens, houding en gedrag teenoor hom/haar is, te verander;

- om die kind die geleentheid te bied om deur medium van spel, sy/haar gedagtes, gevoelens en behoeftes aan u te kommunikeer; en
- om die kind te help om meer positiewe gevoelens ten opsigte van selfrespek, selfwaarde en selfvertroue te ontwikkel.

## **2.4 'N BELANGRIKE PUNT OM IN AG TE NEEM**

Die spesiale speelsessies en die tegnieke wat deur u aangeleer word en tydens die speelsessie toegepas word, is waardeloos indien dit meganies toegepas word. Die ouer moet empaties wees en opreg poog om met liefde en deernis die kind te verstaan.

## **2.5 DIE PLEK WAAR DIE SPESIALE SPEELSESSIES PLAASVIND**

Die plek waar die spesiale speelsessie plaasvind, moet aan die volgende vereistes voldoen:

- Die kind se slaapkamer moet nie oorweeg word nie, aangesien daar ander speelgoed is wat die aandag mag aflei.
- Die vertrek moet hom leen tot vrye spel sonder die vrees dat voorwerpe beskadig kan word.
- Onderbrekings moet sover moontlik uitgeskakel word.

## **2.6 DIE PROSES TYDENS DIE SPESIALE SPEELSESSIES**

Die proses voor en tydens die spesiale speelsessies verloop as volg:

- Die kind besoek die toilet voor aanvang van die speelsessie, om te verhoed dat kosbare tyd tydens die sessie gemors word.
- Die ouer verduidelik aan die kind dat hulle 30 minute van spesiale speelyd saam het en gedurende dié tyd kan die kind op verskillende maniere met die speelgoed speel.

- Die kind neem die leiding gedurende die spesiale speelyd en bepaal wat gaan gebeur. Indien die kind vra dat die ouer saamspeel, speel die ouer saam, maar die kind sê presies wat die ouer moer doen. Die kind bly dus in beheer.
- Die ouer is heelyd besig om die kind se gedrag en gevoelens verbaal weer te gee (reflektiewe luister).
- Die ouer benoem nie die speelgoed nie, maar gebruik die kind se benaming.
- Die ouer herinner die kind wanneer dat daar nog vyf minute se speelyd oor is. Die kind word op hierdie wyse voorberei dat die speelsessie amper verby is. Die tydlimiet moet nooit oorskry word nie.

## 2.7 REFLEKTIEWE KOMMUNIKASIE

Kies 'n reflektiewe respons in die volgende voorbeelde.

1. Jan: (met 'n rooi gesig en trane in sy oë) "Ons het verloor. Die ander span het verneuk!"  
 Ouer: a. "Groot seuns huil nie."  
 b. "Dit maak seer om te verloor. Jy wou so graag gewen het."  
 c. "Waarom sê jy hulle het verneuk?"
2. Marie: (Kry 'n C-gemiddeld vir wiskunde.) "Ek het so hard geleer, maar dit het net mooi niks gehelp nie!"  
 Ouer: a. "Jy sal volgende keer beter vaar."  
 b. "As jy harder gewerk het, sou jy beter gevaar het."  
 c. "Dit is baie frustrerend en 'n teleurstelling as mens slegter doen as wat jy wou, veral as mens so hard probeer het."  
 d. "Jy kan nie verwag om so goed soos jou suster te vaar nie."

3. Jan: (Trek die pop se rok uit.) "Wow, kyk haar boude!"

Ouer: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Chris: (Wys opgewonde 'n prentjie wat hy by die skool geverf het). "Kyk ma, kyk wat het ek gemaak!"

Ouer: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 2.8 TUISOPDRAGTE

- Speelgoed (par. 1.4) vir die spesiale speelsessies moet aangeskaf word.
- Reflektiewe kommunikasie (par. 2.7) moet geoefen word.
- Daar moet oor die dag, tyd en plek waar die spesiale speelsessies gaan plaasvind, besluit word. Maak 'n afspraak met die betrokke kind.
- Ouer en kind maak saam 'n "moenie steur nie" teken.

## UITDEELSTUK 3

### 3.1 PRAKTIESE REËL VIR DIE WEEK

*Be a thermostat, not a thermometer.*

### 3.2 BASIESE REËLS WAT TYDENS FILIALTERAPIE GELD

Die basiese reëls wat deur u as ouer gedurende die spesiale speelsessie gevolg word is:

#### **Moenies**

Die ouer:

- Kritiseer nie die kind se gedrag nie.
- Prys nie die kind nie.
- Vra nie leidende vrae nie.
- Laat nie toe dat die sessie onderbreek word nie.
- Verskaf nie inligting en leer nie iets vir die kind nie.
- Preek nie.
- Inisieer nie nuwe gedrag nie.
- Is nie stil en passief nie.

#### **Moets**

Die ouer:

- Tref die nodige voorbereiding vir die spesiale speelsessie.
- Gun die kind die geleentheid om te lei.
- Monitor die kind se gedrag.
- Reflekteer die kind se gevoelens.
- Moedig elke poging aan en verleen erkenning vir die kind se vermoëns.
- Neem aan die spel deel op uitnodiging van die kind en dan slegs as volger.

- Verbaal aktief deur die kind se gedrag, emosies, vrae en opmerkings te reflekteer.
- Stel, indien nodig, beperkings.

Die boodskap wat u poog om aan u kind oor te dra is:

- Ek is hier.
- Ek hoor en sien jou.
- Ek gee om.

### **3.3 SINSNEDES WAT TYDENS DIE SPESIALE SPEELSESSIE VAN WAARDE KAN WEES**

Die onderstaande sinsnedes kan tydens die spesiale speelsessie van waarde wees:

Begin die spesiale speelsessie as volg:

- "Hierdie is jou spesiale tyd. Jy kan op verskillende maniere met die speelgoed speel."

Berei die kind voor wanneer die spesiale speelsessie amper verby is:

- "Ons het nog vyf minute spesiale speelyd oor."

Eindig die spesiale speelsessie as volg:

- (Na afloop van die vyf minute.) "Ons tyd vir vandag is om. Ons gaan volgende week weer speel. Ek sal die speelgoed wegpak."

Ander sinsnedes wat van waarde kan wees:

- Kind: "Doen dit of teken hier."
- Ouer: "Wys vir my hoe ek dit moet doen."  
"Wys vir my wat ek moet doen."

- Kind: "Wat is dit hierdie?"  
 Ouer: "Jy wonder wat dit kan wees?"  
 "Jy kan besluit wat dit is."  
 "Ek wonder wat dit kan wees?"
- Kind: "Is hierdie vir jou mooi?"  
 Ouer: "Dit klink vir my asof dit vir jou mooi is."  
 Kind: "Maar wat dink jy?"  
 Ouer: "Dit is nie belangrik wat ek dink nie, maar wat jy dink."
- Kind: "Raai wat ek maak?"  
 Ouer: "Jy wil hê ek moet raai wat jy maak."  
 Kind: "Ja, raai nou!"  
 Ouer: "Ek wonder wat dit is wat jy maak."

### **3.4 PUNTE WAT OUERS NA ELKE SPESIALE SPEELSESSIE MOET NOTULEER**

Die volgende punte moet na afloop van elke spesiale speelsessie deur u genotuleer word:

- Watter speelgoed is deur u kind gebruik?
- Wat was die hoof aktiwiteite wat voorgekom het?
- Watter tipe voorgeospel of denkbeeldige rol het u kind vertolk?
- Watter gevoelens het u kind uitgedruk?
- Wat was die hooftema(s) wat voorgekom het?
- Watter moontlike hipotese van wat die kind deur spel probeer kommunikeer het, kan gestel word?
- Kan die kind se spel in verband met die res van sy/haar lewe gebring word?
- Watter gedeelte van die spel het goed afgeloop?
- Watter gedeelte van die spel was moeiliker of 'n groter uitdaging?
- Watter vrae en/of bekommernisse bestaan daar by u?

### 3.5 TUISOPDRAGTE

- Die spesiale speelsessies neem hierdie week 'n aanvang.
- Daar word met 'n ouer gereël om die komende week sy/haar kind in te bring om die spesiale speelsessie te demonstreer of die ouer kan 'n video-opname van 'n sessie tuis maak en aan die groep vertoon.



## UITDEELSTUK 4

### 4.1 PRAKTIESE REËL VIR DIE WEEK

*Good things come in small packages.*

### 4.2 DIE VYF C'S VAN DISSIPLINERING

Die vyf c's van dissiplinerings, oftewel die vyf beginsels vir effektiewe dissiplinerings is *clarity, consistency, communication, caring en create*.

#### **Clarity (duidelikheid)**

Wanneer reëls, regte en beperkings gemaak word, moet dit duidelik en so spesifiek moontlik, geskied.

#### **Consistency (konsekwentheid)**

Reëls en dissipline word konsekwent toegepas. Besondere omstandighede kan egter buigsaamheid vereis.

#### **Communication (kommunikasie)**

Reëls, regte, beperkings en die redes daarvoor, moet aan die kind gekommunikeer word.

#### **Caring (omgee)**

Die ouer betoon deurlopend toegeneentheid en liefde, sonder om oorbeskermend op te tree.

#### **Create (skep)**

Die geleentheid word geskep vir die kind om verantwoordelikheid vir gedrag en optrede te aanvaar.

### 4.3 DIE STEL VAN BEPERKINGS

Die stel van beperkings is 'n manier van dissiplinerings. Die stel van beperkings tydens die spesiale speelsessie word beperk tot die

tydlimiet, die breek van speelgoed en die besering van die kind self en/of die ouer.

Die stel van beperkings geskied volgens die volgende drie stappe, naamlik:

### **Stap 1**

Die kind se gevoelens, wense en behoeftes word erken en aan die kind gekommunikeer.

Byvoorbeeld:

"Ek weet jy sou graag TV wou kyk."

"Ek kan sien jy is ontsteld."

### **Stap 2**

Die beperking word aan die kind gekommunikeer.

Byvoorbeeld:

"...maar TV-kyktyd is verby vir vanaand."

"...maar jy mag my nie slaan nie."

### **Stap 3**

'n Aanvaarbare alternatief word aan die kind verskaf.

Byvoorbeeld:

"Jy kan die TV afskakel of ek sal dit vir jou doen."

"Jy kan die slaansak slaan of vir my sê hoe jy voel."

Die stel van die beperking sal byvoorbeeld so lui:

"Ek kan sien dat jy ontsteld is (erken gevoel), maar jy mag my nie slaan nie (stel van beperking). Jy kan die slaansak slaan (alternatief)."

## **4.4 DIE STEL VAN KEUSES**

Die stel van keuses is 'n manier van dissiplinerig. Die tegniek maak van die woord **kies** gebruik. Die stel van keuses geskied byvoorbeeld soos volg:

Indien die kind na u toe kom en noem dat hy/sy die hele bak koekies wil hê, kan u dit soos volg hanteer:

Ouer: **Jy** kan **kies**: een koekie of geen koekie.

Kind: Ek gaan almal opeet.

Ouer: Jan, **jy** kan **kies**: een koekie of geen koekie. (Keuse word herhaal.)

Kind: Ek wil almal hê (huil).

Ouer: Jan, **jy** het **gekies** om geen koekie te kry nie.

Kind: Goed, ek sal een vat.

Ouer: **Jy** het klaar **gekies** om geen koekie te kry nie.

Kind: (hartseer.)

Ouer: Ek kan sien jy is **hartseer**. Jy sou graag 'n koekie wou hê, maar jy het **gekies** om vandag geen koekie te kry nie.

#### 4.5 TUISOPDRAGTE

- Gaan voort met die weeklikse spesiale speelsessie.
- Raak bewus van een intense gevoel in uself wat tydens die spesiale speelsessie teenwoordig is.

## UITDEELSTUK 5

### 5.1 PRAKTIESE REËL VIR DIE WEEK

*The most important thing may not be what you do, but what you do after what you did.*

### 5.2 DIE STEL VAN BEPERKINGS WERK NIE

U stel die beperking deur gebruik te maak van die drie stappe. Indien dit nie werk nie, hanteer die situasie soos volg:

#### **Kyk uit vir moontlike oorsake**

Moegheid, siektes, honger, stres, verwaarlosing, ensovoorts, kan moontlike oorsake wees vir ongehoorsaamheid. Voorsien in die kind se fisiese behoeftes en hanteer moontlike krisisse.

#### **Bly in beheer en respekteer uself en die kind**

Alle kinders rebelleer van tyd tot tyd en hulle moet die geleentheid gegun word om te rebelleer.

#### **Die gevolge vir ongehoorsaamheid moet redelik wees**

Die kind moet die geleentheid gegun word om self te kies om gehoorsaam of ongehoorsaam te wees. Die gevolge van ongehoorsaamheid moet redelik wees en toegepas word.

#### **Geweldadige gedrag word onder geen omstandighede toegelaat nie**

Die kind kan indien dit nodig is, fisiek vasgehou word. Dit is van belang dat die ouer nie self ook aggressief raak nie.

### **Indien die kind weier om te kies, kies die ouer vir hom**

Die weiering om te kies is opsigself 'n keuse. Die ouer verduidelik aan die kind dat indien hy/sy weier om 'n keuse uit te oefen, daar 'n keuse namens hom/haar uitgeoefen sal word.

### **Pas die gevolge toe**

*"Don't draw your gun unless you intend to shoot."* Ouers moet deurvoer dit wat hulle sê hulle gaan doen.

### **Tekens van depressie moet deur die ouer waargeneem word**

'n Kind wat die meeste van die tyd kwaad of rebels optree, kry emosioneel swaar, daarom moet professionele hulp ingewin word.

## **5.3 TUISOPDRAGTE**

- Gaan voort met die weeklikse spesiale speelsessie.
- Oefen die stel van beperkings tydens ander tye, sodat daar die komende week terugvoer gegee kan word.
- Oefen die stel van keuses tydens ander tye, sodat daar die komende week terugvoer gegee kan word.

## UITDEELSTUK 6

### 6.1 PRAKTIESE REËL VIR DIE WEEK

*Grant in fantasy what you can't grant in reality.*

### 6.2 ARTIKEL

Lees die onderstaande artikel.

#### *BUTTERFLY*

*A family in my neighbourhood once brought in two cocoons that were just about to hatch. They watched as the first one began to open and the butterfly inside squeezed very slowly and painfully through a tiny hole that it chewed in one end of the cocoon. After lying exhausted for about ten minutes following its agonising emergence, the butterfly finally flew out the open window on its beautiful wings.*

*The family decided to help the second butterfly so that it would not have to go through such an excruciating ordeal. So, as it began to emerge, they carefully sliced open the cocoon with a razorblade, doing the equivalent of a Caesarean section. The second butterfly never did sprout wings, and in about ten minutes, instead of flying away, it quietly died.*

*The family asked a biologist friend to explain what had happened. The scientist said that the difficult struggle to emerge from the small hole actually pushed liquids from deep inside the butterfly's body cavity into the tiny capillaries in the wings, where they harden to complete the healthy and beautiful adult butterfly.*

**(WITHOUT THE STRUGGLE, THERE ARE NO WINGS.)**

### 6.3 TUISOPDRAGTE

- Gaan voort met die weeklikse spesiale speelsessie.
- Raak bewus van patrone wat tydens spel na vore kom.
- Skryf vir die volgende drie weke vir u kind notas rakende sy/haar positiewe eienskappe.
- Lees die artikel *Butterfly* (par. 6.2) tuis.

## UITDEELSTUK 7

### 7.1 PRAKTIESE REËL VIR DIE WEEK

*Praise the effort, not the product.*

### 7.2 AANPRYSING EN AANMOEDIGING

Aanprysing en aanmoediging fokus beide op positiewe gedrag, maar die effek wat dit het, verskil. Die twee begrippe kan soos volg verduidelik word:

#### 7.2.1 Aanprysing

Aanprysing fokus op eksterne evaluering (eksterne lokus van kontrole), in plaas van selfbeheer. Wanneer 'n kind geprys word, word afhanklike gedrag gekweek. Aanprysing motiveer 'n kind deur van eksterne belonings gebruik te maak; dit versterk afhanklike gedrag; en dra daartoe by dat 'n kind glo dat sy/haar waarde van ander persone afhang. Dit is 'n waarde-oordeel en fokus op eksterne evaluering en eksterne beloning. Die boodskap wat oorgedra word is:

- Wanneer jy dit doen wat ek as ouer dink goed is, sal ek jou beloon (deur erkenning, aanvaarding of materialistiese dinge).

Aanprys geskied soos volgende:

- "Jy het 'n A-gemiddeld gekry. Dit is fantasties."  
Die boodskap wat oorgedra word is dat as die kind nie 'n A-gemiddeld kry nie, is hy/sy nie goed genoeg nie.
- "Dit is pragtig geteken. Ek is trots op jou."



Die boodskap wat oorgedra word, is dat as hy/sy volgende keer nie mooi teken nie, sal die ouers nie trots wees nie.

### 7.2.2 Aanmoediging

Aanmoediging fokus op interne evaluering (interne lokus van kontrole) en op wat die kind se bydrae tot 'n situasie is. Die ouer wat 'n kind aanmoedig, leer die kind om tekortkominge te aanvaar en met selfversekerdheid op te tree. Aanmoediging dra daartoe by dat die kind in sy/haar eie vermoë glo.

Aanmoediging het ten doel om:

- Die kind te aanvaar net soos hy/sy is.
- Positiewe aspekte van gedrag uit te wys.
- Vertroue in eie vermoë, sodat die kind in homself/haarself kan glo.
- Erkenning verleen vir eie pogings.
- Waardering te betoon.

Aanmoediging dui op die volgende en geskied soos volg:

- Aanmoediging wat op aanvaarding dui:  
"Ek hou van die wyse waarop jy die probleem hanteer het."  
"Ek is bly dat jy tevrede is."  
"Dit lyk of jy dit geniet."  
"Hoe voel jy daaroor?"
- Aanmoediging wat op vertroue dui:  
"Ek vertrou jou oordeel."  
"Jy sal weet hoe om dit te hanteer."  
"Dit is 'n moeilike situasie, maar ek is seker jy sal weet hoe om dit te hanteer."

"Dit sal goed gaan."

- Aanmoediging wat op waardering dui:

"Dankie, dit het gehelp."

"Dit was bedagsaam van jou."

- Aanmoediging wat op erkenning dui:

"Dit lyk vir my jy het regtig hard daaraan gewerk."

"Jou punte het met 5% verbeter."

### 7.3 ARTIKEL

Lees die onderstaande artikel.

#### *THE PERFECTIONIST'S SCRIPT FOR SELF-DEFEAT*

*I believe that perfectionism may be in part learned from a child's interactions with perfectionistic parents. This is the way I see the process working: a child is regularly rewarded with love and approval for outstanding performance. When the parents react to one child's mistakes and failures with anxiety and disappointment, the child is likely to interpret that as punishment or rejection. The perfectionistic parent often feels frustrated and threatened when a child is having difficulties in school work or in relationships with peers. Because the parent is unrealistically self-critical, he or she personalizes the child's difficulties by thinking, "This shows what a bad mother (or father) I am." Because the parent's self-esteem is contingent on the child's success, the parent puts great pressure on the child to avoid failure. Consequently, when the troubled child turns to the parent for reassurance or guidance, the parent reacts with irritation, not love, and the child is flooded with shame.*

*The child begins to anticipate that mistakes will lead to loss of acceptance. Because the child bases a sense of self-esteem on the parent's approval, the child begins to fear mistakes and to avoid failure. This leads to emotional constriction and fear of any experience or adventure in which the outcome is not guaranteed. The child becomes anxious and upset about making mistakes, which further reinforce the perfectionistic parent's belief that failure is dangerous and undesirable. Essentially, the parent and child are locked into a kind of folie-a-deux (Burns, 1980).*

#### **7.4 TUISOPDRAGTE**

- Gaan voort met die weeklikse spesiale speelsessie.
- Raak bewus van die mate van fisieke kontak wat daar tussen ouer en kind bestaan.
- Skryf kwelvrae neer, sodat dit die komende week bespreek kan word.
- Lees die artikel *The Perfectionist's Script for Self-Defeat* (par. 7.3).

## UITDEELSTUK 8

### 8.1 PRAKTIESE REËL VIR DIE WEEK

*If you draw your gun, shoot.*

### 8.2 KOMMUNIKASIEVAARDIGHEDE

Die volgende is belangrike punte wat tydens ouer-kindkommunikasie geld:

- Kommunikasie begin deur te luister. Die ouer moet aan die kind toon dat hy/sy die kind se gevoelens en die betekenis daarvan verstaan.
- Doeltreffende luister gaan gepaard met oogkontak en 'n liggaamshouding wat daarop dui dat die ouer luister.
- Neulery, kritisering, dreigemente, lesings en bespotting moet vermy word.
- Behandel die kind op dieselfde wyse as wat 'n beste vriend behandel sou word.
- Wedersydse respek beteken die aanvaarding en respektering van die kind se gevoelens.
- Maak gebruik van reflektiewe kommunikasie. Die kind se gevoelens en die betekenis daarvan moet op so 'n wyse aan die kind weergegee word dat die kind voel hy/sy word verstaan. Reflektiewe kommunikasie moet dien as 'n spieël, sodat die kind homself/haarself beter kan verstaan.
- Gee 'n oop respons wat die kind se gevoelens akkuraat weergee.
- Vermy 'n geslote respons wat die kind se gevoelens ignoreer. Hierdie tipe respons dra die boodskap oor dat u nie gehoor het wat die kind gesê het nie.

- Bied aan die kind die geleentheid om self te leer en oplossings te vind.

Vermyn die volgende kommunikasie-versperrings (Gordon, 1975):

- Opdragte, aanwysings en bevele  
"Moenie so met my praat nie!"
- Waarskuwings en dreigemente  
"As jy dit doen, sal jy baie spyt kry!"
- Vermaning en preke  
"Jy moet jou meerdere respekteer."
- Advies  
"Maak eerder maats met iemand anders."
- Lesings en logiese redenasies  
"Jy kan tog verstaan dat ek nie alles kan doen nie."
- Veroordeling, kritiek en verwyte  
"Jy gedra jou kinderagtig."
- Lof en instemming  
"Ek dink jy is reg."
- Beskaming en vernedering  
"Jy is 'n bedorwe brokkie."
- Interpretasie, diagnose en analise  
"Jy dink maar net so omdat jou skoolwerk nie goed is nie."
- Simpatie, troos en ondersteuning  
"Jy sal môre beter voel."
- Ondersoek en ondervraging  
"Waarom hou jy nie van skool nie?"
- Onttrekking, afleiding en toegeeflikheid  
"Kom ons praat oor iets anders."

### 8.3 TIEN PUNTE TEN OPSIGTE VAN 'N VERHOUDING MET 'N KIND

Die volgende tien punte is belangrik wanneer 'n volwassene 'n verhouding met 'n kind wil koester:

- 'n Kind is nie 'n **miniatuur volwassene** nie.
- 'n Kind is ook 'n **mens** wat emosionele pyn en geluk ervaar.
- 'n Kind is **uniek** en verdien **respek**. Gee erkenning vir die uniekheid van die kind en respekteer hom/haar vir wie hy/sy is.
- 'n Kind beskik oor die vermoë om **struikelblokke** en **omstandighede** in sy/haar lewe te oorbrug.
- 'n Kind beskik oor die vermoë om te **groei** en **volwasse** te word.
- 'n Kind beskik oor die vermoë om **rigting** aan sy/haar lewe te gee en hanteer die lewe op 'n kreatiewe wyse.
- 'n Kind gebruik **speel as taal**. Dit is 'n natuurlike, gemaklike wyse van kommunikasie.
- 'n Kind het die reg om **stil** te bly. Die wens om soms stil te wees, moet gerespekteer word.
- 'n Kind groei teen 'n **vasgestelde tempo**: die ontwikkeling kan nie versnel word nie.
- 'n Kind bepaal die **terapeutiese belewenis**. Moet dus nie probeer om te bepaal wanneer en hoe 'n kind moet speel nie.

### 8.4 TUISOPDRAGTE

- Gaan voort met die spesiale speelsessie.
- Skryf kwelvrae neer, sodat dit bespreek kan word.

## UITDEELSTUK 9

### 9.1 PRAKTIESE REËL VIR DIE WEEK

*Don't answer questions that haven't been asked.*

### 9.2 AGGRESSIE

***"Anger is not mastery, it is a mask for your feelings of fear of your helplessness in the situation where you are expressing anger, or bottling it up."***

Aggressie is 'n emosie wat dikwels by kinders en ouers teenwoordig is. Ralph Kantor (Landreth, 1991) beskryf aggressie as 'n proses waartydens die kind (en ouer) magteloos voel. Die gevoel van magteloosheid ontwikkel volgens die volgende fases:

- Prikkel en onvermoë om dit te verminder = frustrasie (bewustheid)
- Frustrasie en onvermoë om dit te verminder = kwaad (aksie wat gefokus is)
- Kwaad en onvermoë om dit te verminder = woede (begin met 'n aksie wat buite beheer is)
- Woede en onvermoë om dit te verminder = woedend (die voltooiing van aksie wat buite beheer is)
- Woedend en onvermoë om dit te verminder = uitputting

Na die fases voel beide ouer en kind uitgeput, oorweldig en magteloos. Die gevoel van magteloosheid verhoog die aggressie. Die aggressiewe gevoel kan verminder word deur die gevoel van magteloosheid te verminder. Hierdie sirkel kan verbreek word deur te besef dat die enigste mag wat tot nut is, die mag oor jouself is. Die

beheer oor 'n kind se aggressie begin deurdat die ouer beheer kan uitoefen oor sy/haar eie aggressie.

Wanneer 'n kind aggressief en buite beheer is, kan dit as volg deur die ouer hanteer word:

- Verlaag die stemtoon en praat sag.
- Noem die kind op sy/haar naam en herhaal die naam.
- Maak van stiltes gebruik terwyl die aggressie besig is om 'n hoogtepunt te bereik.
- Verlaat die vertrek sodat die kind die geleentheid gegun word om beheer oor homself/haarself te kry.
- Verskuif die fokus na iets anders.
- Gee aan die kind toestemming om kwaad te wees.
- Interpreteer die aggressie vir die kind. Bepaal en bespreek die oorsaak van aggressie.
- U moet leer om 'n krisis te antisipeer en dit dan indien moontlik te probeer voorkom.

Wanneer aggressie verstaan word en bogenoemde wenke toegepas word, word daar wegbeweeg van persoonsbeheer en word daar na persoonsontwikkeling beweeg.

### 9.3 ARTIKEL

Lees die onderstaande artikel.

#### *EXPLAINING DEATH TO CHILDREN*

*November 22, 1963 - the kind of crisp fall day new England is famous for. I spent the day with my little sister enjoying her chatter about her upcoming birthday and Thanksgiving just a few days away. She was outlining her plans for a birthday party when our background music was interrupted. John Kennedy has been shot - and killed. Stunned by the*



*vulnerability of even so well-guarded a man as the President, grieved by his loss, I could hardly speak. My sister took it all in, wide-eyed, swallowing over and over, gripping her chair. Finally, her voice no more than a whisper, she asked, "Can I still have a birthday party?" "How can you think about that now?" I chided. Today I'd know better. Children can't take large doses of grief. They need familiar people and events to stay balanced.*

*When Robert Kennedy was assassinated five years later, Mister Rogers was there to help. The day after the shooting, on a special programme for children and their parents, he talked about how scary it is for someone's daddy to be shot, to die, to leave behind children who love him. He helped his viewers confront their own vulnerability but reassured them that it is very unusual to have a shooting in the family. Most children can feel secure that their daddies will be alive until they grow up. Parents were reassured that a wide range of behaviour is normal when children are grieving and were encouraged to talk with their children about it. "Any thing human is mentionable, and anything mentionable can be manageable."*

*Knowing what to say to our children is easier if we understand their concept of death. Most young children don't understand its permanence. In the magic world they inhabit, wishing does make it so. They can create or transform or destroy their interior world and the world outside. The phenomenon of television only reinforces this magic thinking. Week after week they see people killed on one programme, only to turn up alive on another - or even the same programme with a new name. Is it any wonder that when someone they know dies, they believe it is only temporary, that in time, that person will return?*

*Magic thinking in the young child is coupled with egocentricity. Everything that happens not only has a direct bearing on her, she believes, but is probably caused by her - and she may have the power*

to undo it all. Developmentally, this is a normal stage in mastering the world, but when there has been a death, egocentricity can be a fearsome source of presumed power and guilt. Children often blame themselves for the death of someone close. Believing that they are at the centre of all activity and trying to make sense of an overpowering and painful event, they make tenuous connections and draw their own conclusions. "If I wouldn't have sneezed in front of him, grandpa wouldn't have caught pneumonia and died." "Mom always said we'd be the death of her. Why didn't we behave?"

Even older children, in the face of grief, can be thrown back on thought processes appropriate to much younger children. I was 11 when my cousin and life-long playmate was accidentally shot by his best friend. Like many pre-adolescents of mixed gender, we'd been a little on the outs at the time. I'd even stuck out my tongue at his picture just the day before he died. I was well into my teens before I really believed that I had no responsibility for his death. Magic thinking and egocentricity explain, in part, why our children are sometimes puzzled by the way we behaved. How can we be so preoccupied with our grieving that we forget our children are sad too (even a temporary separation is painful), that we don't listen to what they say, that we are not interested as usual in their projects?

But much of the puzzlement is simple ignorance of the customs surrounding death. Why do we "lay-out" our dead, dress them in their best (or buy a new outfit), put them in a box and bury it in the ground? Why do we go to church when someone dies, and why do so many people try to keep children away from the proceedings? Why indeed? When my mother was dying, my 5-year old wanted to see her. The nurses in intensive care, already aghast that our doctor had permitted all children to see her together, tried to dissuade me. My mother might slip away at any moment. She didn't know us. What good would it do her? My explanation that Eli, who had asked for the visit, was the one who would benefit, fell on deaf ears. The hysteria mounted when Eli

*arrived - just a few minutes after his grandmother died. "You can't let him in now!" they chorused. The choice I told them, would be his. He chose to go in. For a few seconds he stood still, taking it all in. "The line monitor is flat", he told me gently, "that means she is dead." He sat down beside her, and for the last time, held her hand. A minute or two later, he was finished. Five-years-olds have short attention spans even for important moments. As he stood up to go he asked me, "Why didn't the nurses want me here? It's not scary. Ouma just looks like she's sleeping." I had no answer for him. (Hormann).*

#### **9.4 TUISOPDRAGTE**

- Gaan voort met die spesiale speelsessie.
- Gaan 'n ooreenkoms met uself aan oor die tydperk wat u bereid is om met die spesiale speelsessies voort te gaan.
- Lees die artikel *Explaining death to children* (par. 9.3) tuis.
- Vul die vier meetinstrumente in en handig dit tydens die volgende byeenkoms in.

## UITDEELSTUK 10

### 10.1 PRAKTIESE REËL VIR DIE WEEK

*If you can't say it in ten words or less, don't say it.*

### 10.2 BELANGRIKE FEITE OM IN GEDAGTE TE HOU

Die volgende is belangrike feite om in gedagte te hou:

- Die gebruik van reflektiewe response kan kwaad ontlont en aggressie verminder.
- Wat van belang is, is nie wat 'n kind weet nie, maar dit wat hy/sy glo.
- Wanneer u op die probleem en moontlike oplossings fokus, word die kind uit die oog verloor.
- Wanneer die kind 'n keuse uitoefen, moet u die nodige erkenning daarvoor gee.
- Fokus op vandag in plaas van op die toekoms.
- Dit is belangrik om aan die kind die boodskap oor te dra dat hy/sy bevoeg is. Indien u gereeld hierdie boodskap oordra, begin die kind dit glo en tree dienooreenkomstig op.
- Moenie alles gelyktydig probeer verander nie.
- Gedurende die spesiale speelsessie is u nie die bron van antwoorde nie. Reflekteer die vrae aan die kind terug, sodat die kind kan leer om self na antwoorde te soek.
- Gee aan u kind 'n sekere mate van vryheid. Saam met vryheid kom verantwoordelikheid.
- Wanneer u die kind sien, hoor en probeer verstaan, word die kind se selfbeeld gebou.
- Ondersteun die kind se bedoeling, al kan u nie die gedrag ondersteun nie.

- Wees buigbaar in plaas van rigied.
- 'n Huishouding sonder beperkings is 'n huishouding sonder sekuriteit.
- 'n Kind se spel spreek van sy/haar lewe, behoeftes en drome.
- Dit wat 'n kind versuim om te doen, is net so belangrik as dit wat hy/sy wel doen

### 10.3 TUISOPDRAGTE

- Gaan voort met die spesiale speelsessie vir die tydperk soos ooreengekom.
- Verbind u tot die nakoming van die opvolgsessie oor 'n maand.
- Skryf kwelvrae wat gedurende die volgende maand opduik neer, sodat dit tydens die opvolgsessie bespreek kan word.

#### TERUGVOERBLAD WAT OUERS TYDENS SPESIALE SPEELSESSIE KAN GEBRUIK

	KOMMENTAAR
<b>Nie-verbale kommunikasie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemaklik</li> <li>• Sit op die vloer</li> <li>• Stemtoon</li> </ul>	
<b>Fokus-vaardighede</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oë</li> <li>• Luister</li> </ul>	
<b>Volg die kind</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die kind is in beheer</li> <li>• Gebruik reflektiewe kommunikasie</li> <li>• Vermy gee van advies</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moenie vrae vra nie</li> <li>• Beantwoord nie vra nie</li> </ul>	
<b>Stel van beperkings</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tydlimiet</li> <li>• Breek van speelgoed</li> <li>• Besering</li> <li>• Die deurvoer van beperking</li> </ul>	
<b>Stel van keuses</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gebruik die frase: "<i>Jy kan kies.</i>"</li> <li>• Gebruik die frase: "<i>Jy het gekies.</i>"</li> <li>• Bly by die kind se keuse</li> </ul>	
<b>Reflektiewe kommunikasie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflekteer gedrag</li> <li>• Reflekteer gevoelens</li> <li>• Reflekteer wense en behoeftes</li> <li>• Reflekteer vrae wat kind vra</li> <li>• Reflekteer i.p.v. om aan te prys</li> <li>• Reflekteer i.p.v. om te kritiseer</li> </ul>	
<b>Ouer se emosies tydens die spesiale speelsessie</b>	
<b>Wat was maklik gewees?</b>	
<b>Wat was moeilik gewees?</b>	
<b>Vra wat ouer graag wil bespreek</b>	