

HOOFSTUK 4

BEGELEIDING VAN DIE DEPRESSIEWE ADOLESSENT

4.1 INLEIDING

By die behandeling van depressie behoort die psigopatologiese simptome altyd teen die agtergrond van die ontwikkelingsproses (Arieti & Bemporad, 1980: 344), asook die milieu waarin die individu funksioneer, gesien te word (Harrington, 1995: 7). Van Niekerk (1990: 276) is dan ook van mening dat die ouerhuis aangespreek behoort te word in gevalle waar die primêre opvoedingsmilieu die voedingsbron van die depressie is.

Die uiteindelijke doel met enige vorm van hulpverlening is om die individu te begelei tot die hoogste vlak van funksionering waartoe hy in staat is en om geestelike pyn en angs te verlig (Cytryn & Mcknew, 1985: 401). Aktualisering hiervan word egter deur 'n verskeidenheid faktore soos die intensiteit van die ongesteldheid, lewensomstandighede, motivering van die individu en sy gesin, beskikbaarheid van hulpverlening, asook finansiële oorwegings beïnvloed (McKnew, Cytryn & Yahraes, 1983: 112). Voorts is skrywers van mening dat hulpverlening aan die adolessent met sy unieke aard en probleme nie 'n maklike taak is nie (Prout & Brown, 1983: 20; Barker, 1983: 214). Die begeleiding van die depressiewe adolessent vereis dus 'n eiesoortige benadering wat by elke individu pas.

De Wet en Venter (1987: 6) onderskei die volgende vlakke van begeleiding van die depressiewe persoon:

- Konsultasie. Gesprekvoering met begrip en empatie is dikwels genoeg vir die individu wat aan matige depressie ly (Harrington, 1995: 7). Almal wat dus op informele wyse by die persoon betrokke is, kan op dié wyse hulpverlening verskaf (Fletcher, 1993: 231).
- Psigoterapie. Alhoewel slegs 'n professionele persoon soos 'n kliniese psigoloog of psigiater psigoterapie mag toepas (Gouws *et al.*, 1979: 250), word die gesin dikwels hierby betrek (De Wet & Venter, 1987: 6). Die verskillende benaderings tot psigoterapie word later in dié hoofstuk breedvoeriger bespreek.
- Medikasie. Wanneer medikasie toegedien word, is dit belangrik dat alle betrokkenes ingelig sal wees aangesien die nuwe-effekte van anti-depressante oor die algemeen nadelig vir die werkseffektiwiteit van die persoon is (Van Niekerk, 1990: 280).
- Krisishantering. In gevalle waar ernstige depressie en/of selfmoord ter sprake is, is dit soms nodig dat 'n persoon gehospitaliseer en met binnearse infusie en aanvanklik binnearse medikasie behandel word. In sommige gevalle kan ook gebruik gemaak word van telefoonkonsultasiedienste soos "noodlyn"/ "lifeline" of "telefriend" (Berk, 1991: 447).
- Elektrokonvulsiewe terapie. Ofskoon die gebruik van elektrokonvulsiewe behandeling baie afgeneem het, kan dit steeds in die geval van ernstig depressiewe persone "lewensreddend" wees (Gagiano & Louw, 1990: 18).

Dit is hoofsaaklik die taak van die opvoeder - primêr, sowel as sekondêr - om die depressie by die adolessent te identifiseer en te bepaal op watter tipe begeleiding die jeugdige aangewese is.

Alhoewel 'n verskeidenheid terapie-vorme op depressiewe adolessente toegepas word, is weinig empiries geëvalueer om die effektiwiteit daarvan te bepaal (Mufson, Moeau, Weissman, Wickramaratne, Martin & Samoilov, 1994: 695).

Vervolgens word 'n beknopte oorsig van die verskillende terapeutiese benaderings verskaf. Elkeen van hierdie benaderings beklemtoon een of ander aspek van gemoedsversteurings ten koste van ander aspekte. Professionele persone is dit egter eens dat depressie uit die interaksie van 'n komplekse groep faktore oor die hele biopsigososiale spektrum spruit (Louw & Van Jaarsveld, 1989: 176). Die verskillende teorieë behoort dus aanvullend tot mekaar gesien te word. Aspekte wat sinvol deur ouers en onderwysers - met die nodige professionele ondersteuning - aangewend kan word, sal later in die hoofstuk aangetoon, opvoedkundig verantwoord en aan die praktyk getoets word.

4.2 PSIGO-ANALITIESE BENADERING

4.2.1 Teorie

Die psigo-analitiese benadering is daarop gerig om die persoon insig in sy onbewuste motiewe en konflikte te gee en om gepaardgaande emosies uit te leef deur middel van katarsis (Gouws *et al.*, 1982: 245). In die proses word die persoon volgens Louw & Van Jaarsveld (1989: 186):

- i) bewus gemaak van spanningsvolle periodes gedurende sy kinderjare waartydens 'n verlies aan 'n liefdesobjek ervaar is,
- ii) aangemoedig om sy evaluering van homself te verken en om die omstandighede wat tot sy gevoel van lae selfwaarde gelei het in herinnering te roep en

- iii) bewus gemaak van sy woede-ervarings en aangemoedig om eerder uiting te gee aan vyandigheidsgevoelens as om hulle na binne te rig (Louw & Van Jaarsveld, 1989: 186).

Die uiteindelijke doel van die psigo-analis is om die persoon se simptome van die gemoedsversteuring op te hef of hom te lei om daarby aan te pas (Belkin, 1975: 191). Om dit te doen handhaaf die psigo-analis 'n passiewe gesindheid van objektiewe neutraliteit in sy verhouding met die persoon (Belkin, 1975: 171).

4.2.2 Praktyk

Hierdie vorm van terapie, toegepas in groepsverband, individueel of in gesinsverband, is oor die algemeen daarop gerig om die persoon insig in sy persoonlike probleme te laat verkry (Mc Knew *et al.*, 1983: 112). Om dit te bewerkstellig word van 'n verskeidenheid strategieë gebruik gemaak aangesien dit moet aanpas by die unieke psigologiese eienskappe van die depressiewe persoon. Silber (1988: 465) beveel in dié verband aan dat die persoon aangemoedig moet word om sy ondervindinge, gevoelens en gedagtes te kommunikeer. Sodoende word hy meer vertrouwd met sy eie gevoelens, leer hy om dit te aanvaar en meer verdraagsaam daarteenoor te wees. Dit skep 'n klimaat waarin die persoon meer in beheer voel en minder angs belewe. Gevoelens waarvan voorheen weggeskram is, kan nou realisties beskou en makliker aanvaar en verwerk word aangesien energie wat voorheen gebruik is vir verdediging, nou gebruik word vir die verwerking van verdriet. In dié verband moet in gedagte gehou word dat die adolessent geneig is om weerstand te bied teen kommunikasie en te ontken dat hy 'n probleem het (Prout & Brown, 1983: 20).

Binne die psigo-analitiese benadering tot depressie bestaan verskillende terapieevorme waaronder vrye assosiasie, droomontleding en interpretasie van gedrag volgens die beginsels van die benadering. Aangesien 'n verlies aan

selfagting as die primêre kenmerk van depressie gesien word (Joffe, 1986: 22), behoort die herstel daarvan in enige terapievorm aandag te geniet.

‘n Algemene benadering in hipnoterapie is dan ook om die pasiënt se angs te verlig en suggesties te laat wat sy selfagting en probleemoplossingsvaardighede verbeter (Burrows & Dennerstein, 1988: 109). Ander tegnieke wat in die literatuur aangetref word, is refleksietegnieke, die gebruik van paradigmas waar die terapeut ‘n bisare fantasie optower om aan te toon hoe verspot die persoon se weergawe van ‘n bepaalde belewing was, asook interpretasie waarvolgens die depressiewe persoon gelei word om dit wat die terapeut interpreteer te aanvaar en daarmee saam te leef (Belkin, 1975: 190-191). Die psigodrama kan aldus Corey (1985: 193) aangewend word om die hede en die verlede te dramatiseer in ‘n poging om onderdrukte emosies te verwerk. Dit kan ook in die vorm van rollespel, alleenspraak, rol-omruiling, spieëltegniek, toekomsprojeksie en die opvoer van situasies geskied (Ohlsen, Horne & Lawe, 1988: 103).

In ‘n ondersoek na die effektiwiteit van psigo-analise by kinders en adolessente het Target en Fonagy (1994: 361), egter bevind dat kinders met fobies die meeste baat gevind het, terwyl adolessente met depressiewe versteurings die minste gebaat het.

Alhoewel genoemde tegnieke slegs deur professionele persone toegepas kan word en volgens bogenoemde skrywers minder effektief is, is daar tog baie aspekte daarvan wat sinvol deur opvoeders aangewend kan word op voorwaarde dat hulle die nodige leiding van toepaslik gekwalifiseerde persone ontvang.

4.3 GEDRAGSBENADERING

4.3.1 Teorie

Die gedragsbenadering spruit uit 'n vorm van psigoterapie wat “poog om ongewenste gedrag te elimineer of te wysig deur hoofsaaklik gebruik te maak van klassieke kondisionering en instrumentele leer” (Gouws *et al.*, 1989: 95). Skinner (1953) het die eerste poging aangewend om depressie en die beginsels van positiewe versterking (instrumentele kondisionering) met mekaar in verband te bring. Sy siening van depressie as verskynsel wat positief-versterkte gedrag verminder, vorm die basis van alle gedragsterapieë (Clarizio, 1985: 309). Ofskoon daar twyfel mag bestaan of dit die gedrag is wat spruit uit die depressie of andersom, is die verband voor die hand liggend.

Die terapeutiese implikasies van bogenoemde is duidelik: verhoogde positiewe versterking sal lei tot die afname van depressiewe gevoelens. Clarizio (1985: 309) is in dié verband van mening dat die identifisering van mense, plekke, dinge en aktiwiteite wat nie met depressie verband hou nie, van groot hulp kan wees tydens begeleiding van die depressiewe persoon. Genoemde faktore sal uit die aard van die saak verskil van persoon tot persoon.

Negatiewe versterking speel eweneens 'n rol by die bekamping van depressiewe gevoelens deurdat gedrag wat sodanige versterking uitlok, vermy word.

4.3.2 Praktyk

Volgens Louw en Van Jaarsveld (1989: 186) stel die gedragsbenadering die volgende doelwitte:

- Uitwissing van die ooraktiwiteit van die outonome senuweestelsel wanneer die persoon negatiewe gedagtes ervaar. Tegnieke soos ontspanningsoefeninge, sistematiese desensitasie en oorstimulering* (flooding) kan vir dié doel gebruik word.
- Verhoging van die individu se aktiwiteitsvlak. Die doel hiermee is om meer positiewe versterking te genereer. So kan 'n gegradeerde taakopdragprosedure byvoorbeeld voorgeskryf word waarvolgens van die persoon vereis word om geleidelik die aantal en moeilikheidsgraad van take te verhoog. Harrington (1995: 7), is van mening dat veral die adolessent met swakker vermoëns en wie moontlik leerprobleme ervaar, by aktiwiteitskedulering en opleiding in sosiale vaardighede baat vind.
- Om te verhoed dat sodanige depressiewe persoon homself as onbekwaam beskou en selfs meer depressief raak, behoort opleiding in sosiale vaardighede verskaf te word. Sodoende word positiewe versterking bevorder en negatiewe versterking binne sosiale situasies verminder. In dié verband merk Arieti & Bemporad (1980: 346) op dat terapie 'n ontwikkelingservaring behoort te wees en die verhouding tussen terapeut en kliënt werklikheidsgebonde moet wees.

In kort kom die doel van gedragsbenaderde begeleiding daarop neer dat die positiewe versterking wat die individu vanuit die omgewing verkry, verhoog word (Anton, 1976: 67). Aangesien die depressiewe persoon gedurig negatiewe

* “ ’n Gedragsterapeutiese tegniek wat gebruik word in die behandeling van fobieë en ander angstoestande. Egte of denkbeeldige emosionele stimuli word herhaaldelik in 'n intense vorm aangebied, totdat die ongewenste emosionele respons verdwyn”. (Gouws *et al.*, 1979:211).

konsekwensies in hul gedrag soek, is dit baie moeilik om hom by aktiwiteite te betrek wat vir hom aangenaam is. Om die individu se aktiwiteitskedule te vestig, stel Lewinsohn (1976: 74), voor dat die vlak, kwaliteit en sfeer van sy aktiwiteite en interaksies gewysig behoort te word sodat dit vir hom haalbaar is. In dié verband behoort aangename ervarings uit die verlede steeds as vertrekpunt geneem te word (Lewinsohn, 1976: 75).

4.4 KOGNITIEWE BENADERING

4.4.1 Teorie

Kognisie is 'n wye begrip wat na die inhoud van denke, sowel as die prosesse wat by denke betrokke is, verwys (Möller, 1985: 1). Dit sluit dus alle prosesse in waardeur 'n organisme kennis verkry van 'n objek of saak, of bewus word van sy omgewing, byvoorbeeld waarneming, herkenning, verbeelding, redenering, beoordeling, herinnering, leer en dink (Gouws *et al.*, 1982: 153). Hieruit blyk dit dat kognitiewe terapie “enige psigoterapeutiese benadering is wat 'n beroep doen op die pasiënt se rasonale denke in die herformulering en modifikasie van sy gedrag...” (Gouws *et al.*, 1982: 154). Beck (*In Clayton & Barrett, 1983: 269*) beskou kognitiewe terapie as 'n aktiewe, direkte, tydsbepaalde, gestruktureerde benadering wat gebruik word vir die behandeling van 'n verskeidenheid psigiatriese afwykings soos depressie, angs, fobies en pynverwante probleme.

Kognitiewe terapie berus op die aanname dat die depressiewe persoon homself, sy wêreld en sy toekoms negatief beskou. Sy gedrag en gevoel word dus bepaal deur die wyse waarop hy sy wêreld kognitief konstrueer. Die doel van kognitiewe psigoterapie is juis die verandering van gedagtes, idees, veronderstellings, selfkommunikasie, basiese filosofieë wat die mens oor homself, andere, gebeure en situasies handhaaf (Möller, 1985: 2). By die depressiewe persoon word dus gepoog om die negatiewe beskouing van homself, sy wêreld en sy toekoms te

wysig. Sodanige konstruksie is gebaseer op gesindhede of aannames wat spruit uit vorige ervarings.

Deal en Williams (1988: 488) het bevind dat dit veel eerder die adolessent se verwronge denkpatroon as ander stresfaktore in sy lewe is wat hom depressief maak. Sodanige irrasionele denke lei aldus Coleman, Butcher & Carson (1984: 130), tot die meeste vorme van psigologiese wanaanpassing. In dié verband identifiseer Louw en Van Jaarsveld (1989: 184) die volgende wyses waarop denkdistorisie plaasvind:

- Arbitrêre afleiding - hiervolgens is die depressiewe persoon geneig om gevolgtrekkings te maak sonder dat die nodige bewyse daarvoor bestaan. Sodanige persoon stel dan ook baie hoë verwagtings: hy moet byvoorbeeld in alle opsigte bevoeg en suksesvol wees (Coleman *et al.*, 1984: 131). 'n Voorbeeld hiervan is die vrou wat glo dat sy 'n swak moeder is omdat dit reën op die dag wat sy kies om haar kind se verjaarsdagpartytjie te reël.
- Selektiewe afleiding - die depressiewe persoon neig om 'n gevolgtrekking te maak op grond van slegs een van talle elemente in 'n situasie. 'n Voorbeeld hiervan is die dogter wat op 'n klein foutjie deur 'n onderwyser gewys word en dit interpreteer as sou hy heeltemal met haar as leerling en as persoon ontevrede wees - ongeag die feit dat die onderwyser 'n baie hoë dunk van haar het.
- Oorveralgemening - dit vind plaas wanneer 'n verregaande, algemene gevolgtrekking gemaak word op grond van 'n enkele gebeurtenis. Indien 'n enkele, geïsoleerde gebeurtenis die persoon se lewe negatief beïnvloed het, glo hy, sal sodanige gebeurtenis altyd 'n negatiewe effek op hom hê.

Dink maar aan die leerling wat slegs een klastoets druipe en dan tot die gevolgtrekking kom dat hy dom is en nooit enige sukses sal behaal nie.

- Vergroting en verkleining - die depressiewe persoon is geneig om die belangrikheid van die positiewe gebeure nie raak te sien nie, maar om die fokus te plaas op elke negatiewe gebeurtenis. Sodoende word growwe foute in die evaluering van situasies gemaak. In die verband het Fichman, Koestner & Zuroff (1993: 315-320), bevind dat daar 'n duidelike verband tussen self-kritiek en die vlakke van depressie onder tieners bestaan.

In aansluiting by bogenoemde maak Coleman *et al.*, (1984: 130) ook melding van 'n aantal irrasionele idees wat die depressiewe persoon huldig:

- 'n Persoon behoort by álmal geliefd te wees vir wat hy doen.
- Sekere gedrag is in so mate afkeurenswaardig dat dit uitermatige straf regverdig, (weereens is die depressiewe persoon geneig om oorkrities na homself te kyk).
- Menslike ellende word veroorsaak deur eksterne oorsake of persone of gebeure en nie deur die reaksie van die persoon daarop nie. Sodoende word die depressiewe persoon 'n slaaf van sy omstandighede en kan hy nog minder doen om sy gevoelens te verlig.
- Dit is beter om problematiese situasies te vemy as om dit te konfronteer.
- 'n Persoon behoort te alle tye en onder alle omstandighede selfbeheersd op te tree.
- Geluk kan verkry word deur passiwiteit en bewegingloosheid.

- Die mens het bykans geen kontrole oor sy emosies nie en kan dus nie sekere gevoelens vermy of bestry nie.

4.4.2 Praktyk

Alhoewel 'n verskeidenheid kognitief-terapeutiese uitgangspunte bestaan, is daar volgens Rosenhan & Seligman (soos aangehaal deur Louw & Van Jaarsveld, 1989: 187) sekere gemeenskaplike tegnieke, naamlik:

- Identifisering van outomatiese gedagtes - die terapeut poog om die negatiewe gedagtes wat depressiewe persone voortdurend/ outomaties van hulself koester, te identifiseer en aan sodanige persone uit te wys.
- Realiteitstoetsing - nadat die outomatiese gedagtes geïdentifiseer is, voer die terapeut dialoog met die pasiënt waartydens bewyse vir en teen die gedagtes deeglik in oënskou geneem word. Harrington (1995: 7), is van mening dat veral die adolessent met goeie vermoëns by sodanige terapie baat kan vind.
- Reatribusie - opleiding - om die neiging van die depressiewe persoon om homself te blameer vir gebeure waarvoor hy nie eintlik verantwoordelik is nie teen te werk, neem die terapeut en pasiënt weer die gebeure in oënskou om 'n objektiewe insig te verkry. Sodoende besef die depressiewe persoon dat daar ook ander faktore is wat 'n bydrae kon lewer.
- Soeke vir alternatiewe - hiervolgens word 'n aanval geloods op die pasiënt se kognisiesisteam waarvolgens alle probleme as onoplosbaar gesien word. Alternatiewe oplossings vir die probleme word ondersoek en 'n plan van aksie geloods.

- Verandering van depressogene aannames - sodra enige depressogene aannames (wyses van denkdistorisie), asook irrasionele idees (Coleman *et al.*, 1984: 134) deur die terapeut of depressiewe persoon geïdentifiseer word, word dit hewig aangeval, die geldigheid daarvan ondersoek, teenargumente opgestel, aanneemlik alternatiewe aannames voorgestel en die tragiese gevolge van vaskleef aan die ou aannames, blootgelê.

4.5 KOGNITIEWE-GEDRAGSBENADERING

4.5.1 Teorie

‘n Kognitiewe-gedragbenadering word aldus Harrington (1995: 7), oor die algemeen gebruik by die begeleiding van die depressiewe adolessent wanneer medikasie nie nodig blyk te wees nie. Vanweë die ooreenstemmende aspekte tussen kognitiewe- en gedragsterapieë het egter algaande ‘n benadering ontwikkel waarin daar van sowel kognitiewe as gedragsmatige prosedures gebruik gemaak word (Möller, 1985: 7). Beide terapieë is ontwerp om die depressiewe persoon se idiosinkratiese wanaangepaste gedrag te wysig. Beide is meer gestruktureerd en poog om veranderinge aktief mee te bring. Beide is grootliks gerig op waarneembare simptome, terwyl die herskepping van vroeë kinderervaringe ‘n ondergeskikte rol speel. Beide aanvaar dat aangeleerde wanaangepaste gedragpatrone afgeleer kan word en dat insig (in die psigodinamiese sin van die woord) in die aard van die probleem nie noodsaaklik is nie (Louw en Van Jaarsveld, 1989: 187).

Tans bestaan uiteenlopende standpunte rondom die outonomieit van kognitiewe-gedragsterapie: terwyl sommige skrywers kognitiewe terapie en kognitiewe-gedragsterapie as sinonieme beskou, is ander van mening dat die benaderings verskil ten opsigte van oorsprong, doelstellings, asook werkswyse en aldus nie

gelykgestel kan word nie (Möller, 1985: 9). Alhoewel daar dus verskille in die teorieë bestaan, het daar op 'n praktiese vlak integrasie tussen kognitiewe en gedragsterapie plaasgevind. Volgens Möller (1985: 7) is daar in dié opsig sprake van 'n "praktiese" of tegniese eklektisisme.

4.5.2 Praktyk

Bogenoemde word duidelik geïllustreer wanneer die tegnieke wat in navorsing oor kognitiewe-gedragsterapie gebruik is, onder die loep geneem word. Sodanige tegnieke sluit kognitiewe-, sowel as gedragsterapieë in. (Reynolds & Coats, 1986: 655; Asarnow & Carlson, 1988: 462).

Mahoney en Arnkoff (1958: 703) onderskei drie kategorieë van kognitiewe-gedragsterapieë, naamlik kognitiewe herstrukturering (wat Ellis se RET, Beck se kognitiewe terapie, asook Meidhenbaum se self-instruksie terapie (SIT) insluit), vaardigheidsterapieë en probleemoplossingsterapieë.

Kognitiewe herstrukturering is gemik op die wysiging van irrasionele of disfunksionele kognisies. Vaardigheidsterapieë verteenwoordig verskeie prosedures en metodes wat daarop gemik is om die individu bepaalde vaardighede en hanteringsmeganismes aan te leer sodat hy weer toereikend in angs- en spanningwekkende situasies reageer. Probleemoplossingsterapieë is daarop gerig om spesifieke vaardighede soos selfwaarneming, middeldoelkenke, evaluering van moontlike gevolge, die stel van alternatiewe moontlikhede, ensovoorts te ontwikkel waardeur algemene lewensprobleme beter hanteer kan word (Möller, 1985: 14).

4.6

HUMANISTIES-EKSISTENSIËLE BENADERING

4.6.1

Teorie

Terwyl die humanistiese benadering selfverwesenliking van die individu en die nastreef van hoër waardes beklemtoon, sien die eksistensialisme die lewe nie as gepredetermineerd deur die verlede nie, maar eerder as 'n aanhoudende wordingsproses: 'n dinamiese proses van selfskepping deur die uitoefening van keuses (Gouws *et al.*, 1979:69 & 124). Humanistiese teoretici beskou die diskrepansie tussen die persoon se ideale self en sy ware self as oorsaak vir depressie - hoe groter die diskrepansie, hoe ernstiger die depressie. Frankl (1955) beskou die spanning tussen dit wat die mens is, en dit wat hy behoort te wees, tussen die behoefte aan selfverwesenliking en die moontlikheid tot selfverwesenliking as die basis van depressie.

4.6.2

Praktyk

Humanistiese- en eksistensiële terapie is dus daarop gerig om die depressiewe persoon te lei tot 'n ryker en voller ervaring van sy persoonlike bestaan. Sodoende word hy gehelp om sy eie waardes te ontdek en daarvolgens te lewe. Selfs die neiging om depressief te wees, moet aanvaar en gerespekteer word (Gagiano & Louw, 1990: 15).

Logoterapie, een van die mees algemene humanisties-eksistensiële terapieë, konsentreer juis op die aktiverende of motiverende geestelike vlak van die individu om hom in staat te stel om die sin en betekenis van sy lewe te ontdek (Gouws *et al.*, 1979: 176). Klem word sodoende eerder op die persoon se houding teenoor

sy depressie geplaas. Ander tegnieke wat gebruik word is paradoksale intensie*¹ en derefleksie*².

4.7 BIOLOGIESE BENADERING

4.7.1 Teorie

Wanneer na die etiologie van depressie gekyk word, wys verskeie navorsers daarop dat biologiese faktore wel 'n rol speel (Carson, Butcher & Coleman, 1988: 46; Louw & Van Jaarsveld, 1989: 176), en dat sodanige terapeutiese benadering aldus vermeld behoort te word. Ofskoon die biologiese behandelingsmetodes, byvoorbeeld medikasie, effektief vir die behandeling van depressie aangewend kan word, moet ook in gedagte gehou word dat depressie soms as newe-effek by normale individue, juis ná die toediening van medikasie soos reserpien, ontstaan (Louw & Van Jaarsveld, 1989: 176). Die persoon wat die depressiewe individu begelei, moet dus wel deeglik bewus wees van die biologiese faktore wat 'n rol speel.

*¹ 'n Tegniek waarin die pasiënt aangemoedig word om sy neurotiese simptome te aanvaar en selfs te vererger. Sodoende leer die pasiënt om homself buite en bokant sy simptome te plaas en hom so daarvan los te maak. "Die aanname is onder meer dat wanneer hy sy simptome as iets apart beskou, selfs daarmee spot, en nie meer bewustelik daarteen veg nie, die simptome heeltemal kan verdwyn" (Gouws *et al.*, 1979: 222).

*² "By die tegniek van derefleksie word van die persoon vereis om bewustelik aandag te gee aan die positiewe kenmerke van 'n negatiewe situasie" (Gagiano & Louw, 1990: 15).

Praktyk

Daar bestaan redelike eenstemmigheid oor die gebruik en effektiwiteit van medikasie vir endogene depressie of depressie met 'n organiese oorsprong. Tog huldig die meeste navorsers die mening dat die biologiese terapieforme in kombinasie met psigoterapeutiese benaderings aangewend behoort te word (Louw & Van Jaarsveld, 1989: 186; Van Zyl, 1985: 42; Becker, 1974: 44). Mediese behandeling en pedoterapie moet mekaar komplementeer sodat die kind nie weer in sy vorige gedragswyse verval nie (Van Niekerk, 1990: 280). In dié verband het Harrington (1995: 7), bevind dat slegs 15% van die adolessente wat na die Royal Manchester Children's Hospital se depressiekliniek verwys is, endogene depressie ervaar het. Die oorgrote meerderheid van adolessente wat om hulp aangeklop het, was dus aangewese op psigoterapie en nie noodwendig medikasie nie.

Vir die nie-professionele begeleier, waarop hierdie studie toegespits is, is dit belangrik om ook oorsigtelik kennis te dra van elektrokonvulsiewe terapie (EKT). Tydens elektrokonvulsiewe terapie word 'n elektriese stroom deur die brein gestuur nadat die pasiënt onder narkose geplaas is (Gouws *et al.*, 1982: 72). Weinig of geen navorsing oor die toepassing van elektrokonvulsiewe terapie op kinders bestaan egter.

In die lig van die feit dat 'n duidelike verband tussen depressie en selfmoord bestaan behoort hospitalisasie altyd as alternatiewe behandelingswyse beskou te word. Dit is veral van belang in gevalle waar die kind se gesins- en ondersteuningsisteme onvoldoende en sy persoonlikheidsamestelling onstabiel is. In die meeste gevalle is hospitalisasie egter onnodig (Gagiano & Louw, 1990: 19).

Freden (1982: 115) is van mening dat die effektiwiteit van psigomedikasie en elektriese skokbehandeling as behandelingswyse van endogene depressie juis

daarin geleë is dat dit nie van die depressiewe persoon verwag word om te sê hoekom hy depressief is nie en dat die verligting van sy pyn op 'n aanvaarbare wyse geskied.

By die begeleiding van die depressiewe persoon moet in gedagte gehou word dat die nuwe-effekte van anti-depressante oor die algemeen nadelig is vir die werkseffektiwiteit van die persoon (Van Niekerk, 1990: 280). Voorts word medikasie soms oorbeklemtoon en die psigoterapie wat daarmee saam moet gaan, genegeer. Vanweë die noue verband tussen depressie en selfmoord behoort rekening gehou te word met die hoeveelheid medikasie waartoe die depressiewe adolessent toegang het. Dit moet dus nie in sodanige hoeveelhede voorgeskryf word sodat dit dodelik sal wees indien 'n oordosis geneem word nie (Davis, 1983: 47).

Ter afsluiting is dit belangrik om daarop te let dat die persoon wat aan ernstige endogene depressie ly, wel 'n toepaslike anti-depressant benodig (Enoch, 1986: 28). Diegene wat dus betrokke is by die begeleiding van sodanige persoon mag nie huiwer om hom na 'n mediese dokter te verwys nie. In dié verband wys Harrington (1995: 7), daarop dat wanneer óf kognitiewe- óf gedragsterapie nie suksesvol is nie, dit onwaarskynlik is of 'n ander vorm van psigoterapie suksesvol sal wees - in so geval is die depressiewe adolessent op medikasie aangewese.

4.8 PRAKTIESE TOEPASSING VAN VERSKILLENDE BENADERINGSWYSES BINNE GESINS- EN SKOOLVERBAND

4.8.1 Oriëntering

By die begeleiding van die depressiewe adolessent behoort 'n multi-dissiplinêre benadering op psigofarmakologiese, psigoterapeutiese en opvoedkundige vlak

gevolg te word (Botha & Barnard, 1986: 4). Die ouerhuis en skool behoort dus daadwerklik betrek te word. Aangesien omgewingsinvloede 'n belangrike rol by kinderdepressie speel, behoort toestande tuis en by die skool geskep te word wat bevorderlik is vir die kind se gemoedstoestand. In dié verband merk Bemporad (1988: 26) op dat baie adolessente wat om hulp aanklop slegs 'n geborge atmosfeer, wat hul selfagting ondersteun, benodig terwyl hulle op soek is na nuwe waardesisteme.

Uit bogenoemde word dit duidelik dat die skoolsielkundige/ onderwysadviseur in 'n toenemende mate betrokke sal moet raak by die begeleiding van die depressiewe adolessent. Sodanige betrokkenheid kan direk of indirek wees waartydens die sielkundige met ouers en onderwysers konsulteer (Clarizio, 1985: 320).

Net soos die professioneel-opgeleide psigoterapeut waarskynlik van 'n eklektiese benadering gebruik maak (Clarizio, 1985: 319), behoort die gesin en die skool gelei te word om prakties, bruikbare aspekte binne die verskeidenheid van benaderingswyses op 'n verantwoordelike wyse toe te pas. Vervolgens word aspekte, wat deur beide die ouerhuis en die skool toegepas kan word, onder die loep geneem.

4.8.2

Gemeenskaplike elemente ten opsigte van begeleiding

Alvorens die skool en ouerhuis by begeleiding betrokke kan raak, behoort minstens elementêre kennis ten opsigte van die etiologiese faktore verkry te word. (In hoofstuk 3 is reeds volledig hieraan aandag gegee). Vervolgens word dus kortliks na sodanige faktore verwys:

- Familiestudies toon aan dat genetiese faktore 'n rol in die sindroom van affektiewe versteuring by kinders speel (Cantwell, 1983: 262) en dat

depressie as oorgeërfde toestand wel by kinders voorkom (Thapar & McGuffin, 1994: 364).

- Fisiese faktore soos langdurige siekte en/of hospitalisasie (Buckberg, 1986: 10), gestremdhede wat wissel vanaf visuele gebreke tot verstandelike vertraging (Trad, 1987: 341), spraak-, taal- en leerprobleme (Cantwell & Baker, 1983: 51), asook 'n ontwikkelings tempo wat afwyk van die gewone (Highland, 1979: 580) kan aanleiding gee tot depressiewe gevoelens by die adolessent.
- Fisiologiese faktore soos die reaksie van die liggaam op onder meer ernstige hoofbeserings, emosionele skok, sekere siektes soos virusinfeksies, ernstige griepaanvalle, serebrale tumore, die gebruik van sekere geneesmiddels soos bloeddrukmedikasie en kalmeermiddels (Greyling, 1984: 62-70) en die nuwe-effekte van sekere verdowingsmiddels (Highland, 1979: 583) kan die individu meer geneig maak tot depressiewe gevoelens.
- Die meeste teorieë rondom die etiologie van depressie gaan van die standpunt uit dat 'n vroeë ervaring van verlies 'n skadu gooi oor die proses van volwassewording en kan lei tot episodes van depressie of minstens depressiewe simptomatologie (Botha & Barnard, 1986: 4; Anderson & Simontich, 1981: 385). Alhoewel dit vir die depressiewe persoon geen verskil maak nie, kan die ervaring van verlies werklik of gewaan wees (Weiner, 1975:109). Sodanige verliese kan op die volgende terreine ervaar word: verlies aan vriend(e), verlies aan troeteldier(e), verlies aan ouerliefde, verlies aan erkenning, verlies aan fisiese vermoë, verlies aan prestasie en verlies aan selfrespek (Barrett, 1983: 38).

- Die aanwesigheid van ouerlike psigopatologie kan daartoe lei dat die kind identifiseer met sodanige ouer(s) of dat die ouer(s) verminderde belangstelling in die kind toon vanweë die siektetoestand (Cytryn & McKnew, 1979: 329). Trad (1987: 176) wys daarop dat selfs postpartumdepressie, wat die baba reeds vanaf geboorte kan affekteer en die premenstruele sindroom, wat op gereelde sikliese basis voorkom, 'n groot bedreiging vir die kind se psigiese ontwikkeling kan inhou.
- Dit is nie noodwendig die negatiewe omgewingsfaktore wat lei tot depressiewe gevoelens nie, maar eerder die onkontroleerbaarheid daarvan (Trad, 1987: 176).
- Die opvoedingstyl van veral die ouers kan 'n bepalende rol speel by die voorkoms van depressie. So kan oorbeskermende ouers nalaat om die kind te leer om stresvolle situasies effektief te hanteer (Highland, 1979: 580). In teenstelling hiermee onttrek kinders wat te veel kritiek van ouers ervaar hulself mettertyd geheel en al en probeer niks self doen nie (Barrett, 1983: 47).
- Aangesien die gesin die agtergrond vorm waarteen die kind in al sy fasette ontwikkel en sy sterkste emosionele bande gesmee word, is disharmonie tussen ouers een van die grootste risikofaktore in die ontwikkeling van kinderpsigopatologie (Markman & Leonard, 1985: 59; Fletcher, 1993: 17).
- Verskeie navorsers het reeds die verband tussen depressiewe simptomatologie en stresvolle sosiale- en omgewingsfaktore aangetoon (Trad, 1987: 173; Reynolds & Coats, 1986: 653-660; Rich & Bonner,

1989: 426). Faktore wat stres veroorsaak, sal uiteraard van persoon tot persoon verskil.

- Die gebrek aan intieme, sosiale bande en swak interpersoonlike verhoudings lei tot min sosiale ondersteuning wat die persoon meer kwesbaar maak vir depressiewe gevoelens (Clarizio, 1985: 309; Lintner, 1991: 20).
- Psigiese faktore soos die ervaring van angs (Levinson, 1985: 185; Cantwel & Carlson, 1983: 170), 'n swak selfbeeld (Honig, 1986: 50), 'n onvermoë tot ideaalverwesenliking (Barrett, 1983: 28), 'n gebrek aan motivering (Layne & Berry, 1983: 523) en foutiewe kognitiewe skemas (Gouws, 1984: 29-33) lei in baie gevalle tot depressiewe gevoelens.

Die ouerhuis en die skool kan voorkomend optree deur met die nodige empatie ag te slaan op genoemde faktore en waar moontlik te beperk.

Voorts moet in gedagte gehou word dat die kind/adolesent nooit self vir hulp sal soek nie, maar dat dit altyd 'n volwassene binne sy milieu sal wees wat die probleme identifiseer (Prout & Brown, 1983: 381). In dié verband wys Garland en Zigler (1994: 590), daarop dat veral seuns dit as 'n swakheid beskou om op 'n positiewe wyse hulp te soek. Hulle sal veel eerder deur aggressiewe gedrag of 'n traak-my-nie-agtige houding hul behoefte aan hulp bekend maak. Die identifisering van sodanige adolessent kan as die eerste stap in die begeleidingsproses gesien word. Aangesien depressie energieke en spoedige reaksie vereis (Barker, 1983: 215), behoort sodanige identifisering vroegtydig te geskied.

Volgens Mc Knew (Jr.), Cytryn & Yahraes (1983: 117), behoort egter eers aan die volgende voorwaardes voldoen te word, alvorens effektiewe begeleiding kan plaasvind:

- Die stigting van 'n hegte, empatiese, vertrouensverhouding waarbinne sensitiwiteit vir die kind se behoeftes bestaan. Dit vorm die hoeksteen van enige bemoeienis.
- Die kind word in sy totaliteit aanvaar sonder veroordeling of kritiek.
- Die kind moet aangemoedig word om alle negatiewe gevoelens en gedagtes te lug.

Davis (1983: 45) stel die volgende riglyne voor vir die effektiewe begeleiding van die depressiewe adolessent:

- Buiten die primêre terapeut behoort alle ander volwassenes wat bereid is om te luister en te probeer verstaan, by begeleiding betrek te word (Jewett, 1982: X).
- Enige bemoeienis moet daarop gerig wees om op die adolessent se unieke probleme en stresfaktore te fokus.
- Klem behoort gelê te word op die stabilisering van die adolessent se emosionele toestand deur die hervestiging of versterking van verhoudings met ouers en andere.

- Die adolessent se verwagtinge van die bemoeienis behoort ondersoek te word. Alhoewel die adolessent moet weet dat geen kitsoplossings bestaan nie, moet die terapeut steeds positief bly.
- Die adolessent mag nooit verseker word dat alles in orde is en wel sal regkom nie. Dit verlaag slegs sy gevoel van eiewaarde en maak sy situasie meer hopeloos.
- Die adolessent behoort die boodskap te kry dat sy situasie belangrik is en aandag geniet.
- Die terapeut of volwassene wat die adolessent begelei moet daarop bedag wees dat die adolessent sal poog om die situasie te manipuleer.
- Die volwasse begeleier moet egter steeds so beskikbaar en aanpasbaar moontlik wees.
- Die adolessent moet sover moontlik aangemoedig word om sinvolle verhoudings buite die terapeutiese verhouding aan te knoop.
- Alhoewel kalmeermiddels en anti-depressante soms nodig is, mag dit nooit as plaasvervanger vir interpersoonlike bande beskou word nie.
- Groepterapie, waartydens die adolessent geleentheid kry om met ander van sy portuurgroep wat moontlik dieselfde gevoelens ervaar, in aanraking te kom, kan veral in hierdie ontwikkelings stadium van groot waarde wees.
- Met die oog op langdurige stabiliteit is gesinsterapie, waartydens gesinslede saam oor probleemgevoelens besin, noodsaaklik. Dit moet egter

in gedagte gehou word dat adolessente hul gevoelens en gedagtes op 'n nie-verbale wyse kommunikeer (Wilkes & Rush, 1988: 382). Volwassenes wat met sodanige adolessente bemoeienis maak, behoort hiervan bewus te wees en die nodige kundige hulp in te win om sodoende ook daardie boodskappe te interpreteer.

- Ten slotte behoort 'n ondersteunende netwerk, tuis sowel as by die skool, gevestig te word om langdurige sukses te verseker.

Tydens begeleiding kan die ouerhuis en die skool met groot vrug van onder meer die volgende tegnieke gebruik maak:-

- o Adolessente kan aangemoedig word om hul gevoelens, aktiwiteite en gedagtes self te monitor deur skriftelik verslag daarvan te hou en dit dan met iemand te bespreek wat kan help om dit objektief te evalueer (Asarnow & Carlson, 1988: 463). In aansluiting hierby maak Wilkes & Rush (1988: 381) melding van die sogenaamde drievoudige kolom-tegniek waarvolgens die adolessent in die eerste kolom verslag hou van gevoelens wat hy in 'n bepaalde situasie ervaar, in die tweede kolom die outomatiese gedagtes wat volg op die gevoelens neerskryf en in die derde kolom die rasionele reaksie op die outomatiese gedagtes weergee. Sodoende ervaar hy self hoe irrasioneel sy gedagtes is. Met die nodige leiding kan ouers en onderwysers sodanige verslag saam met die adolessent kontroleer en sinvolle insette lewer. Dié proses sal uiteraard op 'n deurlopende basis moet geskied.
- o Adolessente kan aangemoedig word om 'n aktiwiteitskediule by te hou om positiewe versterking vanuit die omgewing te verhoog (Asarnow & Carlson, 1988: 462).

- Adolescente behoort aangemoedig te word om te erken dat hulle hartseer of verwerp voel. Dit is belangrik dat hulle eerlik sal wees oor hul gevoelens as hulle dit suksesvol wil oorkom (Hafen & Peterson, 1982: 111). Die vertrouensverhouding tussen die adolessent en die volwasse begeleier is in dié verband van groot belang.
- Daar behoort voortdurend gesoek te word na wyses waarop die persoon sukses sal ervaar. Dit kan dien om die swak selfkonsep wat die depressiewe persoon alreeds het, te verbeter.
- Diegene wat betrokke is by die begeleiding van die depressiewe adolessent behoort behulpsaam te wees met die aanleer van interpersoonlike vaardighede (Barker, 1983: 215).
- Voorts kan die ouerhuis, sowel as die skool - met die nodige leiding - ruimskoots gebruik maak van die sogenaamde “Coping with Depression Course for Adolescents” (CWD-A). Hiervolgens word vaardighede aangeleer om probleme, wat met depressie verband hou, op te los. Sodanige vaardighede sluit onder andere ontspanningstegnieke, skedulering van aangename aktiwiteite, kontrole van irrasionele en negatiewe denke, asook verbetering van sosiale vaardighede in (Lewinsohn *et al.*, 1993: 142).
- In aansluiting by bogenoemde wys Nelsen en Lott (1991: 174), op die belangrikheid van lewensvaardighede. Ouers kan help met die aanleer van lewensvaardighede deur:-
 - ‘n vriendelike gesindheid te handhaaf,
 - hul tieners se belangstellings te ken,
 - inligting te verskaf en nie lesings te gee nie,

- eerder saam met hul tieners te werk as instruksies te gee,
- vertrou in hul tieners te hê, en
- ruimte te laat vir foute en die waarde van sodanige leerproses te erken.

Ten slotte is dit belangrik om daarop te let dat die primêre voorkoming van emosionele afwykings soos depressie alreeds tuis en by die skool begin (Reynolds, 1984: 178), en dat die onderwysadviseur ook ten opsigte hiervan die nodige begeleiding behoort te verskaf.

4.8.3 Begeleiding deur die ouerhuis

In aansluiting by die algemene riglyne wat alreeds vroeër in die hoofstuk uitgelig is, word vervolgens aandag gegee aan meer spesifieke riglyne met betrekking tot die rol van die ouerhuis in die begeleiding van die depressiewe adolessent.

Alvorens die ouerhuis daadwerklik by sodanige begeleiding betrek kan word, is dit nodig dat ouers voorligting sal ontvang ten opsigte van hul rol tydens die begeleidingsproses. Afhangende van die omstandighede kan dit tydens ouerbegeleidingsessies of selfs in groepsverband gedoen word. Hieruit kan bes moontlik ook ouerondersteuningsgroepe ontstaan wat die effektiwiteit van die ouers se rol kan verhoog. Aangesien gesinsnood aldus McKnew (Jr.) *et al.*, (1983: 78), by bykans elke depressiewe kind of adolessent voorkom, behoort tydens inligtingsessies aandag gegee te word aan die herstel van die disharmoniese opvoedingsdinamiek. Ouers moet in die proses daarop gewys word dat die totale gesinsdinamiek, (Krantz, 1990: 47 & McKnew (Jr.) *et al.*, 1983: 114), aangespreek behoort te word. Tydens sodanige sessies behoort skriftelike riglyne aan ouers verskaf te word waarna later verwys kan word.

Soos vroeër aangedui, dien 'n hegte, empatiese vertrouensverhouding waarbinne sensitiwiteit vir die adolessent se behoeftes bestaan, as voorwaarde vir effektiewe begeleiding. Die verhouding behoort trouens van so aard te wees dat ouers in staat sal wees om situasies binne die gesin te identifiseer wat moontlik tot depressiewe gevoelens kan lei (McKnew (Jr.) *et al.*, 1983: 78). Met sodanige insig kom die ouer tot eie gevolgtrekkings en is beter in staat om daadwerklik op te tree (Cytryn & McKnew, 1985: 401). Dikwels is die ondersteuning en waardering van die gesin genoeg om depressiewe gevoelens beduidend te bekamp (Metha, 1990: 135).

In die praktyk behoort ouers spesifiek op die volgende aspekte te let om depressiewe gevoelens by hul tieners te bekamp en te verlig:-

- Die skep van 'n geborge atmosfeer waarin ouers konsekwent optree en te alle tye beskikbaar is (Krantz, 1990: 45);
- Die potensiele nadeel van sekere opvoedingsmetodes (McKnew (Jr.) *et al.*, 1983: 121);
- Die noodsaaklikheid om te praat oor die ervaring van verlies (Cytryn & McKnew, 1985: 401);
- In gevalle waar die afwesigheid van vriende die oorsaak van die depressie is, behoort die ouer begelei te word om die nodige leiding te veskaf ten einde die kind se vriendekring uit te brei (Cytryn & McKnew, 1985: 401);
- Die onvoorwaardelike aanvaarding van die adolessent (Cytryn & McKnew, 1985: 402);

- Die aanmoediging van adolessente om aan aktiwiteite deel te neem waarin hulle weet hulle uitblink (Cytryn & McKnew, 1985: 402);
- Enige aktiwiteit wat die ouers en tieners nader aan mekaar kan bring, behoort aandag te geniet (McKnew (Jr.) *et al.*, 1983: 115);
- Depressiewe persone neig om uitermatige hoë standaarde aan hulself te stel. Ouers behoort juis om dié rede eise en standaarde wat aan kinders gestel word te temper. Laasgenoemde aannames word in navorsing (Cole & Rehm, 1986: 309-311) geverifieer.

Ten spyte van die groot aandeel wat ouers in die begeleidingsproses speel, is dit steeds die onderwysadviseur as primêre begeleier se verantwoordelikheid om deur middel van gereelde skakeling met die ouerhuis te weet wanneer 'n persoon vir professionele hulp verwys behoort te word en om sodanige verwysing onverwyld te doen.

Uit die voorgaande paragrawe blyk dit dat veral vroeë- en middeladolessente baat by gesinsgeoriënteerde begeleiding (Greydanus, 1986: 116).

4.8.4 Begeleiding deur die skool

Vanweë die unieke aard van die skool en die eise wat daar gestel word, is dit gewoonlik juis binne die skoolsituasie waar die kind met 'n emosionele probleem na vore kom. Die objektiewe, ingeligte en sensitiewe onderwyser is in die beste posisie om sodanige kind te identifiseer (Stout, 1987: 138), en sit die begeleidingsproses as sodanig aan die gang. Die onderwyser word in die proses die primêre bron van hulpverlening om depressie te verlig (Morris, 1982: 19).

Dit moet egter aanvaar word dat nie alle onderwysers geskik is om met 'n begeleidingsprogram behulpsaam te wees nie. In dié verband behoort onderwysadviseurs, in samewerking met Departementshoofde: Opvoedkundige Leiding, geskikte persone te identifiseer. Buiten persone se gesindheid, sal kwalifikasies in Sielkunde of Opvoedkundige Sielkunde oorwegende faktore wees by die keuse van geskikte personeel. Dit is egter belangrik dat die toepaslik gekwalifiseerde kundige, naamlik die onderwysadviseur, voortdurend beskikbaar sal wees om leiding aan die onderwyspersoneel te gee. Met die aanvang van 'n begeleidingsprogram behoort diegene wat behulpsaam gaan wees behoorlik ingelig te word met betrekking tot hul aandeel in die program. Die inhoud van hierdie hoofstuk kan as basis dien vir sodanige inligtingsessie. Dit mag ook nodig wees om, soos vir die ouers, skriftelike riglyne ten opsigte van bepaalde tegnieke neer te lê.

Alvorens bepaalde riglyne vir geselekteerde onderwysers neergelê word, is dit belangrik vir hulle om te weet waarheen hulle met elke kind op pad is. Volgens Garfinkel (In Frymier, 1988: 292) behoort die volgende doelwitte nagestreef te word by die begeleiding van die depressiewe adolessent:

- Die adolessent behoort begelei te word sodat hy uiteindelik in staat sal wees om homself te monitor en te bepaal wanneer hy depressiewe gevoelens begin ervaar. Sodoende kan hulpverlening vroegtydig begin.
- Die adolessent behoort begelei te word om beter by stresvolle situasies en depressiewe gevoelens aan te pas. Effektiewe probleemoplossingsvaardighede moet dus aangeleer word.
- Die adolessent behoort gewys te word op die noodsaaklikheid van kommunikasie. Uitdruklike, direkte en duidelike kommunikasie help

adolessente om te beseef dat hulle nie die enigste is met 'n bepaalde probleem nie.

- Die adolessent behoort begelei te word om 'n logiese probleemoplosser te word en sodoende tot 'n sinvolle oplossing te kom.

Tesame met die algemene riglyne soos vroeër in dié hoofstuk aangedui, word die volgende spesifieke riglyne voorgestel om genoemde doelwitte te bereik:-

- Nie alleen speel die onderwyser 'n belangrike rol by identifisering van leerlinge met 'n depressiewe neiging nie, maar kan ook waardevolle inligting rakende die gesinsituasie verskaf wat gebruik kan word by die beplanning van 'n begeleidingsprogram (Bauer, 1987: 83).
- Daar mag nooit van die onderwyser verwag word om die verantwoordelikheid van begeleiding van die depressiewe adolessent alleen te dra nie. Alle moontlike bronne en instansies moet deur hom aangewend word. Op dié wyse kan ander onderwysers, onderwysadviseurs, maatskaplike werkers, die voorligtingonderwyser, Departementshoof: Opvoedkundige Leiding, kundiges in die gemeenskap, asook ouers betrek word om 'n netwerk van hulpverlening te stig (Frymier, 1988: 292; Korup, 1985: 369; Bauer, 1987: 83).
- Aansluitend by bogenoemde behoort alle onderwysers opnuut bewus gemaak te word van hul rol in voogonderwys.
- Nadat formele of nie-formele begeleiding 'n aanvang geneem het, behoort voortdurende monitering plaas te vind deur alle onderwyspersoneel wat by

sodanige leerling betrokke is. Die blote toon van belangstelling in die adolessent se welsyn is soms voldoende (Frymier, 1988: 292).

- Navorsing deur Morris (1982: 18) toon aan dat hoe meer 'n onderwyser by die depressiewe adolessent betrokke raak, hoe makliker word depressiewe gevoelens verlig. Onderwysers is geneig om nie die nodige vrymoedigheid aan die dag te lê om sodanige leerlinge te begelei nie (Morris, 1982: 19).
- Onderwysers wat die leiding by die skool neem in die begeleidingsproses behoort aangemoedig te word om soveel moontlik van die onderwerp te wete te kom (Korup, 1985: 369). Die Opvoedkundige Hulpdiens of soortgelyke dienste kan in dié verband van groot hulp wees.
- Gebrekkige sosiale vaardighede onderhou in baie gevalle depressiewe gevoelens (Bauer, 1987: 83). Om dié rede behoort sosiale vaardighede aangeleer, inge oefen en aan werklike situasies getoets te word. Tydens groepterapie kan veral aandag aan dié aspek gegee word.
- Die onderwyser kan behulpsaam wees met die skedulering van die depressiewe adolessent se daaglikse program. Sodoende kan aktiwiteite gegradeer word sodat klem op die meer aangename aktiwiteite geplaas word (Bauer, 1987: 83).
- Depressiewe episodes behoort nie versterk te word deur simpatie, versekering of ondersteuning nie. Negatiewe stellings behoort veel eerder beantwoord te word met verwysings na positiewe optrede deur die depressiewe persoon (Bauer, 1987: 84).

- Depressiewe kinders en adolessente beskik oor baie positiewe karaktertrekke wat gemobiliseer kan word om tot uiting te kom sodra hulle voel dat hulle 'n vriend het wat omgee (Morris, 1982: 21). Onderwysers moet hierdie positiewe aspekte raaksien en aktiveer. Aktiwiteite behoort gevind te word waarin die kind sukses ervaar (Hafen & Peterson, 1982: 111).
- Onderwysers behoort bedag daarop te wees om nie te veel klem op akademiese probleme of die depressiewe gevoelens as sulks te plaas nie. Die kind behoort veel eerder by spelaktiwiteite betrek te word waartydens sosiale ondersteuning ervaar kan word (Morris, 1982: 20).
- Aangesien daar 'n noue verband tussen leerprobleme en depressiewe gevoelens bestaan, behoort die behandeling van depressie en die remediëring van leerprobleme geïntegreer te word (Morris, 1982: 21).
- Namate die depressiewe gevoelens begin afneem, behoort die adolessent algaande meer onafhanklik te raak sodat die verhouding met die onderwyser minder intens en meer normaal sal raak (Morris, 1982: 20).

4.9 **SELEKTERING VAN RELEVANTE TERAPIEVORME**

4.9.1 **Groepvoorligting**

4.9.1.1 **Oriëntering**

Na afloop van die literatuurstudie is tot die slotsom gekom dat onderwyspersoneel veral 'n positiewe bydrae kan lewer by groepwerk. Ofskoon hulle nie toepaslik gekwalifiseer is om terapie toe te pas nie, kan hulle tog met kundige leiding die

nodige begeleiding aan ontspoorde, ongelukkige leerlinge bied. Die begeleiding van sodanige leerlinge sal afhang van die intensiteit/graad van hul depressiewe gevoelens en kan volgens Ohlson, Horne en Lawe (1988: 12), op 'n kontinuum voorgestel word: aan die een kant goed aangepaste persone wat slegs hul lewenskwaliteit wil verbeter en aan die ander kant diegene wat nie meer in staat is om effektief te funksioneer nie en dus op psigoterapie in groepsverband aangewese is. Tussen dié twee pole vind ons diegene wat wel van dag tot dag kan voortgaan maar nie tot volle aktualisering van hul vermoëns kan kom nie. Sodanige individue is aangewys op groepvoorligting.

Volgens Gouws *et al.*, (1979: 109) is groepterapie 'n psigoterapeutiese tegniek waaraan twee of meer pasiënte en die groepterapeut deelneem om probleme op te los en gedragsveranderinge te weeg te bring. Die aanhoor van ander se probleme en die oplossing daarvan het dus 'n terapeutiese effek.

Voorts dien groepvoorligting as 'n geleentheid vir terapeute om doelwitte te bepaal, vaardighede te ontwikkel om sodanige doelwitte te bereik en om daardie vaardighede binne 'n geborge struktuur te oefen (Ohlson *et al.*, 1988: 1).

4.9.1.2 Doel van groepvoorligting

Die algemene doel vir enige terapeutiese groep is aldus Jacobs, Harvill en Mason (1988: 34), die daarstel van 'n terapeutiese omgewing waarin persoonlike probleme met ander gedeel en opgelos kan word. In hul voorwoord formuleer Ohlson *et al.*, (1988: vii) 'n meer spesifieke doelstelling naamlik om groeplede te leer om hul eie pyn te herken, om dit openlik met mekaar te bespreek, om doelwitte vir elke sessie te bepaal, om die selfvertroue en vaardighede te bekom om verlangde, aangepaste gedrag in stand te hou en om die nodige versterking by betekenisvolle ander persone te soek. Voorts word groeplede geleer om

verantwoordelikheid vir hulself te aanvaar, om ander te help en om ondersteuning te soek en te bied (Smit, 1980: 12-16).

In hul formulering van die totale voorligtingsproses lê Thompson en Kahn (1988: 85) veral klem op die volgende aspekte van die hulpbehoewende individu se funksionering:

- die individu se omstandighede, wat sy fisiese omgewing, sy opvoeding, werk en sosio-ekonomiese status insluit;
- sy persoonlikheid, wat sy fisiese en geestelike gesteldheid, sy agterstande en versteurings, sy bekwaamhede en potensiaal insluit;
- die netwerk van interpersoonlike verhoudings waarvan hy deel is.

Enige poging om voorligting te verskaf behoort dus rekening te hou met genoemde aspekte.

Vir die doel van hierdie studie wat onder meer gerig is op die bekamping van depressiewe gevoelens by adolessente sal 'n doelwit by elke groepsessie geformuleer word.

4.9.1.3 Beginsels van groepvoorligting

Baie beginsels van individuele psigoterapie word ook toegepas by groepterapie. Soos by individuele terapie word normale sosiale reëls opgeskort en word van elke groeplid verwag om gedagtes en gevoelens openbaar te maak in dié wete dat die groepleier hul sal beskerm van moontlike gevolge (Thompson & Khan, 1988: 55). Die rol van die terapeut word hoofsaaklik bepaal deur die teoretiese raamwerk

waarvolgens voorligting geskied. Die groepvoorligtingsproses is gerig op die verligting van bepaalde probleme en die verandering van spesifieke gedrag. Dit kan dus nodig wees om sekere gesindhede en houdings te verander, maar fundamentele verandering in die struktuur van die persoonlikheid is nie nodig nie.

Tydens groepvoorligting dien die groep as 'n sosiale mikrokosmos: faktore wat in die individu se sosiale omgewing teenwoordig is, word ook binne die groep aangetref. Geleentheid word binne die groep geskep vir die noukeurige ondersoek van sodanige faktore (Claiborn en Strong, 1982: 532). Voorts bevorder die groep sosiale leer, modulering, eksperimentering van gedrag en terugvoering. Groeplede kry die geleentheid om mekaar van hulp te wees en die beginsel van universaliteit, waardeur die individu tot die besef kom dat sy probleem nie uniek is nie, geld. Groepkohesie dra verder by tot die effektiwiteit van groepvoorligting.

4.9.1.4 Rol van die groepleier

Alvorens groepterapie of groepvoorligting 'n aanvang kan neem, is dit belangrik vir die groepleier om rasioneel struktuur daaraan te verleen sodat die individu tot die besef kom dat hyself in beheer van sy gedrag en so ook sy depressiewe gevoelens is (Brown & Lewinsohn, 1984: 775). Terapie moet dan ook daarop gerig wees om lewensvaardighede te leer wat daaglik gebruik kan word. Dit moet uiteraard verband hou met die besondere groep en sy omstandighede, asook die onafhanklike toepassing daarvan buite die groep. Voorts moet die individu tot die besef kom dat enige verbetering in sy toestand nie van die terapeut se vaardighede afhang nie, maar veel eerder van sy eie vaardighede wat toenemend verbeter.

In sy rol as inisierder van die groep dien die groepleier as aanvanklike katalisator en primêre saambindende krag. Groeplede vind aanklank by die groepleier en later by die doelwitte en struktuur deur hom bepaal (Vinogradov en Yalom, 1989: 30).

Ofskoon elke lid van die groep die vermoë het om die ander te beïnvloed is die groepleier die primêre agent wat invloed uitoefen (Claiborn en Strong, 1982: 533). Die groepleier/terapeut se funksie is aldus bogenoemde skrywers drieledig van aard, naamlik

- 'n prosedurele funksie, wat insluit die inisiëring van die groep, die beheer van die groepproses deur middel van reëls en beperkinge en beëindiging van die groep;
- 'n indirekte ingrypingsfunksie, wat verwys na gedrag wat die interaksie terapeuties kleur soos normbepaling, strukturering, fokus op die groepprosesse en take, vormgewing aan terugvoering en onthulling en verbetering van vaardighede.
- 'n direkte ingrypingsfunksie waardeur lede gehelp word om te verander deur middel van ondersteuning, terugvoering, interpretasies, leer en verbetering van vaardighede.

Gedurende die eerste sessie is dit die taak van die groepleier om sy rol vir die duur van die program duidelik te omskryf. Dit kan 'n onderwysende rol, 'n fasiliteringsrol, 'n terapeutiese rol of 'n kombinasie daarvan wees (Jacobs *et al.*, 1988: 59). Sodoende weet groeplede wat om te verwag.

Volgens Jacobs *et al.*, (1988: 19) behoort die groepleier oor die volgende eienskappe te beskik: openlikheid, buigsamheid, warmte, objektiwiteit, eerlikheid,

geduld, sensitiviteit, besorgdheid, vertroubaarheid en selfbewustheid. Voorts moet hy die vermoë hê om te kan lei, ervaring hê van groep- , asook individuele werk, oor goeie organisatoriese vaardighede beskik, kennis oor die bepaalde tema hê, begrip vir die basiese, menslike konflikte en dilemmas hê, asook die teorie van voorligting. Aansluitend hierby is Rackman (1975: 207) van mening dat dit die volwasse groepleier se basiese verantwoordelikheid is om aan die adolessent hoop vir die toekoms te gee. Hy moet rigting gee wanneer gevoelens geblokkeer, ontken, vermy of onderdruk word (Marais, 1994: 92-3).

4.9.1.5 Voorbereiding tot groepvoorligting

Lank voor die eerste ontmoeting is die groepleier reeds besig om 'n fisiese entiteit te skep waar voorheen niks bestaan het nie. In die aanloop tot die eerste sessie behoort die groepleier aan die volgende aspekte aandag te gee (Vinogradov & Yalom, 1989: 30-42):

- Bepaling van kliniese beperkinge: Hieronder onderskei genoemde skrywers tussen intrinsieke beperkinge wat nie verander kan word nie en waarby aangepas moet word en eksterne faktore wat deur die groepleier verander kan word om sodoende die beste moontlike struktuur daar te stel. Vir die doel van hierdie studie sal intrinsieke beperkinge bes moontlik die beperkte tyd wat vir Persoonsvoorligting beskikbaar is, wees. Bykomstige of eksterne faktore wat deur die groepleier verander kan word, mag dalk onderwysers se gesindheid jeens die voorligtingsprogram wees.
- Vestiging van 'n basiese struktuur vir die groep: Aspekte waaraan aandag gegee moet word by die vestiging van 'n struktuur vir die groep is onder andere die populasie waaruit die groeplede kom, ondersteuning van ander

personeellede, algemene tydsbeperkings, duur van die behandeling, asook die algemene oogmerk daarvan.

- Formulering van spesifieke doelwitte: By die formulering van doelwitte moet in gedagte gehou word dat dit toepaslik binne die kliniese situasie moet wees, haalbaar binne die beskikbare tyd moet wees en vir die spesifieke groeplede ontwerp moet wees.
- Bepaling van die opset en grootte van die groep: In dié verband moet gelet word op die fisiese fasiliteite wat beskikbaar is vir die beoogde groepwerk, asook die grootte van die groep. Genoemde skrywers is van mening dat dit belangrik is dat groeplede só geplaas word dat almal mekaar kan sien en dat groepe verkieslik nie groter as 10 moet wees nie. Vir die doel van hierdie ondersoek word die skoolsaal of 'n klaskamer gebruik wat aan al die vereistes voldoen wat gestel word vir sinvolle groepwerk.
- Vestiging van 'n tydskedule: Daar moet vooraf besluit word hoeveel sessies die program gaan duur en hoe gereeld dit sal geskied. Spesifieke tye moet vasgestel word sodat lede die nodige reëlings kan tref. Die duur van elke sessie word vooraf bepaal. Vir hierdie ondersoek word 10 sessies van 45 minute elk beplan. Dit sal op 'n weeklikse basis geskied om by die skoolprogram in te pas.
- Oop of geslote groep: Uitsluitel behoort vooraf verkry te word of dit 'n oop groep, waar nuwe lede op enige tydstip toegelaat word, of 'n geslote groep, waar geen nuwe lede toegelaat word nie, sal wees. Vir die doel van hierdie studie sal van 'n geslote groep gebruik gemaak word, terwyl by die toepassing van die program by skole 'n oop groep voorgestaan word.

- Gebruik van 'n medeterapeut/-groepleier: Die meeste groepterapeute verkies dit om saam met 'n medeterapeut te werk (Vinogradov en Yalom, (1989: 37). So het 'n span wat uit 'n manlike en 'n vroulike terapeut bestaan bepaalde voordele.

- Kombinerings met ander terapieë: Groepterapie word dikwels met ander terapieë gekombineer. Dit gebeur dat kliënte reeds by die een of ander vorm van terapie/voorligting betrokke is en dan vir groepterapie geïdentifiseer word. Alhoewel dit baie suksesvol kan wees, moet in gedagte gehou word dat die een terapieë die ander ook nadelig kan beïnvloed. Dit is ook moontlik dat die groepterapeut kliënte kan verwys vir intensiewe, individuele terapie. Binne die konteks van hierdie studie lê dit juis op die weg van die nie-toepaslik gekwalifiseerde groepleier om leerlinge met ernstige simptome tydig na die onderwys hulpsentrum te verwys. In dié verband wys Marais (1994: 68) op die noodsaaklikheid van opvolgaksies waartydens 'n kontrak met spesifieke groeplede aangeaan word en inligting na buite deurgegee mag word.

4.9.1.6 Voorbereiding van groeplede

Nadat lede geselekteer is vir insluiting in die groep is dit nodig dat hulle voorberei sal word sodat hulle hul rol in die program beter sal begryp en ook 'n positiewe gesindheid daarteenoor sal openbaar. Tydens hierdie fase word die basiese beginsels van groepvoorligting verduidelik, norme vir gedrag binne die groep neergelê, versekering van gereelde bywoning verkry, verantwoordelike verwagtinge geskep en vroeë probleme geïdentifiseer om die effek daarvan te verminder (Vinogradov en Yalom, 1989: 49). Groeplede moet dus deeglik bewus wees van wat van hulle verwag word, dat hulle selfmoniterend moet wees en verantwoordelikheid vir hul funksionering moet aanvaar. Volgens Marais (1994:

71) is dit belangrik om daarop te let dat dit wat die onderwyser/groepleier wil bereik, sal strook met dit wat groeplede wil hê of nodig het. Voorts moet ook rekening gehou word met die feit dat die beoogde inhoud en werkswyse die bestaande norme in die groep mag opponeer. Vrese soos dat lede hul eie individualiteit sal verloor, dat hulle gedwing sal word om oor sekere onderwerpe te praat, dat vertroulikheid nie verseker kan word nie en dat hulle geëtiketteer sal word moet ook tydens hierdie fase aangespreek word (Yalom, 1975: 288).

4.9.1.7 Groeptherapeutiese meganismes

Yalom (Vinogradov & Yalom, 1989: 11) het die volgende inventaris opgestel van meganismes wat in groepsterapie aanwesig is:

- Verskaffing van hoop. Die groeplid moet deurentyd die verwagting hê dat hy gehelp sal word. Dit is die taak van die groepleier om hierdie geloof in die groep, maar ook in homself te weerspieël.
- Universaliteit. Die wete dat hul probleme nie uniek is nie en dat ander sodanige probleme deel, is op sigself van groot terapeutiese waarde.
- Verkryging van inligting. Adollesente het behoefte aan die inwin van kennis oor hulself en interpersoonlike verhoudings. Sodanige oordrag vind op direkte en indirekte wyse plaas. Groeplede kry ook geleentheid om mekaar van raad te bedien.
- Altruïsme. Tydens groepsterapie kry groeplede die geleentheid om ander op 'n onselfsugtige wyse van hulp te wees. Sodoende is daar vir hulle meer sin in hul rol binne die groep.

- Ontwikkeling van sosialiseringstegnieke. Vanweë die aard van groepwerk kry groeplede geleentheid om sosiale vaardighede binne die groep te oefen en terugvoering te verkry.
- Nabootsing van gedrag. In die groepsituasie kry lede geleentheid om gedrag van ander na te boots. Op dié wyse kan die groepleier of 'n groeplid as positiewe rolmodel dien.
- Katarsis. Om 'n bepaalde situasie nugter en meer objektief te beskou is dit nodig dat die individu gevoelens soos hartseer, angs, eensaamheid en aggressie deur middel van katarsis ontlaai. Dit kan ook binne die groep geskied.
- Korrektiewe opsomming van die primêre opvoedingsituasie. Baie adolessente ervaar hul gesinsituasie as problematies. Sodanige ervaring kan werklik of gewaan wees. Geleentheid moet geskep word vir die individu om hierdie negatiewe beleving binne die geborgenheid van die groep deur te werk en te evalueer.
- Eksistensiële faktore. Ongeag die ondersteuning van ander is dit die individu se eie verantwoordelikheid om keuses uit te oefen en sodoende sy lot te verander. Hierdie aspek moet ook duidelik tydens groepwerk na vore kom.
- Groepkohesie. Groepkohesie is 'n voorvereiste vir effektiewe groepterapie. Dit verwys na die aangetrokkenheid wat lede onderling vir mekaar en tot die groep ervaar. Groepkohesie kan vergelyk word met die verhouding tussen terapeut en kliënt in individuele terapie.

- Interpersoonlike groei. Die groep bied geleentheid vir die individu om homself te leer ken, bewus te word van sy goeie hoedanighede, sy tekortkominge en die effek wat sy gedrag op ander het. Sodoende kom hy tot die besef dat hy sy gedrag kan wysig.

Bogenoemde meganismes kan met groot vrug gebruik word in groepvoorligting aan die depressiewe adolessent.

4.9.1.8 Tegnieke in groepvoorligting

In aansluiting by die tegnieke en aktiwiteite wat by elk van die benaderingswyses (paragrafe 4.2 tot 4.7) genoem is, word 'n aantal tegnieke soos deur Roets (1990) en Behr *et al.*, (1988), toegepas, en ook met groot vrug in hierdie studie gebruik is, weergegee:

- **Rondtes**
In gevalle waar groeplede huiwerig is om aan die bespreking deel te neem, kan rondtes gebruik word om sodanige lede te betrek. Rondtes kan op die volgende wyses geskied: Groeplede word versoek om byvoorbeeld hul primêre opvoedingsituasie, hul verhouding met onderwysers of vriende op 'n tienpuntskaal te evalueer of deur slegs 'n woord wat hulle daarmee assosieer, te sê; groeplede word versoek om hul gevoel oor die groep of enige relevante aspek in een woord of 'n frase te beskryf, of elke lid word aangemoedig om 'n wenk aan 'n ander lid te gee ten opsigte van 'n bepaalde probleem. Rondtes kan dus spontaan deur die groepleier aangewend word om te fokus op 'n bepaalde probleem.

- Twee-/drietalle
Tydens twee-/drietalle kry lede geleentheid om in groepies van twee of drie te gesels en probleme op te los. Die groepleier kan ook tussen groepies sirkuleer en insette lewer waar nodig (Jacobs *et al.*, 1988: 175).

- Skriftelike oefeninge
Skrifelike oefeninge kan veral vir depressiewe lede van groot waarde wees deurdat aktiwiteite deur middel van 'n aktiwiteitskediule gemonitor kan word, en gevoelens en response op situasies objektief beoordeel kan word.

- Gesinsuitbeelding
Tydens gesinsuitbeelding help die groepleier die individuele lid om sy gesin te rangskik soos hy dit ervaar. Sodoende word die lid gelei tot insig in sy belewing van die gesinsituasie. Sodatige gevoelens word dan bespreek en gedeel met die groep.

- Inbreek of uitbreek uit 'n sirkel
Groeplede word versoek om in 'n sirkel styf teen mekaar stelling in te neem. Een lid wat nie deel van die sirkel is nie probeer inbreek in die sirkel of hy staan binne en probeer uitbreek. Sodoende voel hy vasgevang of uitgesluit. Groeplede kom tot die besef dat 'n mens soms vasgevang of uitgesluit mag voel en dat hy self in staat is om sy situasie te verbeter.

- Vertroueskepping
Groeplede word versoek om in 'n sirkel te staan met een in die middel. Die lid in die middel se oë is toe en word dan heen en weer tussen groeplede gestoot op so 'n wyse dat hy sal val indien een groeplid in die sirkel hom nie sou ondersteun nie. Sodoende word vertroue in mekaar bevestig.

- **Telegram**
Almal in die groep, behalwe die een wat “aan” is, hou hande vas. Persoon A sê byvoorbeeld hy wil ‘n boodskap aan persoon E stuur. Die boodskap word dan deur middel van ‘n handdruk gestuur sodat die een wat “aan” is, dit nie sien nie. Sodra persoon E die boodskap ontvang sê hy dat hy dit ontvang het en sê ook aan wie hy die volgende boodskap wil stuur. Wanneer die persoon wat “aan” is iemand se hand sien beweeg, is daardie persoon weer “aan”. Die telegramspeletjie verhoog die groepsvertroue en help om groeplede op hul gemak te stel.
- **Wense**
Tydens die laaste sessie word groeplede aangemoedig om mekaar goeie wense toe te wens, soos byvoorbeeld “Ek hoop jy en jou vriend/-in se verhouding verbeter”.
- **Ontspanning**
Indien fasiliteite soos ‘n mat beskikbaar is, kan groeplede daarop lê en ontspan. Klem behoort ook op die noodsaaklikheid van ontspanning gelê te word, veral met die oog op selfbeloning.
- **Rollespel**
Interpersoonlike vaardighede kan met behulp van rollespel geoefen word en terugvoering kan dadelik verkry word. Dit is belangrik dat dit ook opgevolg word met ‘n groepbespreking.
- **Paneelbespreking**
Tydens die paneelbespreking word twee, drie of vier deskundiges, ouers of groeplede self, vroegtydig gevra om voor ‘n gehoor (die groep) aan ‘n bespreking deel te neem. ‘n Paneelleier word aangewys en hy sit die

bespreking met 'n aantal geselekteerde vrae aan die gang. Aan die einde van die bespreking som hy hul bevindinge op. Hierna kry die gehoor geleentheid om vrae aan die paneel te stel.

- Kernspanaktiwiteit

'n Kernspan van ongeveer 4 lede word aangewys en hulle voer 'n bespreking oor 'n relevante onderwerp. Hulle neem in die middel van die groep plaas. Een stoel word by die kernspan oopgelaat. Groeplede wat buite die kernspan is, luister aandagtig en kan, wanneer die behoefte ontstaan, op die leë stoel plaasneem en ook hul insette lewer. Nà 'n inset gelewer is, word die stoel weer ontruim.

- Visbaktegniek

By toepassing van die visbaktegniek word ook 'n sogenoemde "binnekring", soos by die kernspanaktiwiteit gevorm. Groeplede in die "buitekring" kan enige tyd 'n lid in die "binnekring" op die skouer tik en sy plek inneem. Dit is veral effektief wanneer lede te veel praat of van die onderwerp afdwaal.

- Dinkskrum

Tydens 'n dinkskrum word groeplede aangemoedig om byvoorbeeld soveel moontlik oplossings vir 'n bepaalde probleem te gee. Tydens 'n opvolgfase word die oplossings krities beskou en geëvalueer.

- Anonieme brief aan terapeut

Behr *et al.*, (1988: 25), maak melding van "'n Brief aan Jakkie" waartydens elke groeplid die geleentheid kry om 'n anonieme brief oor 'n ervaring, gevoel of probleem aan Jakkie te skryf. Die briefies word dan onder mekaar uitgedeel sodat niemand sy eie briefie kry nie. Elke groeplid

kry nou die geleentheid om Jakkie te “speel” en ‘n oplossing vir die skrywer te bied. Elkeen lees die briefie voor en gee dan ‘n oplossing daarvoor. Deur middel van groepbespreking word die beste oplossing gevind.

‘n Volledige uiteensetting van die groepbegeleidingsprogram wat in hierdie studie onderneem is volg in hoofstuk 5.

4.9.2 Ouerbegeleiding

4.9.2.1 Oriëntering

Ouerbegeleiding kan volgens Eloff (1982: 83) ‘n beduidende rol speel in voorkomende geestesgesondheid, sowel as in optimale benutting van mensepotensiaal. In die huidige onderwysstelsel is dit veral die taak en verantwoordelikheid van die Opvoedkundige Hulpdiens om ouers toe te rus met die nodige kennis om kinders geestesgesond te hou. Ouers is volgens Buys (1987: 2), geregtig op sodanige gespesialiseerde kennis. Arnold (1978: 6) beklemtoon ook die invloed van ouers op hul kinders se persoonlikheidsontwikkeling en interaksie. Hy is selfs van mening dat die effektiewe aanwending van ouers se vormende invloed selfs ‘n groter uitwerking op hul kinders kan hê as professionele terapeute. Dit is egter belangrik dat die begeleiding van sodanige ouers wel deur professionele terapeute gedoen sal word.

Die volgende faktore maak van die ouerhuis ‘n onontbeerlike element in die terapeutiese proses:

- Ouers beskik reeds oor ‘n gevestigde verhouding met hul kinders;

- Die kind se gedrag verander in 'n bekende omgewing en veralgemening behoort dus relatief maklik te geskied;
- Ouerlike kontrole tuis is sterker en meer doeltreffend as dié wat 'n terapeut kan uitoefen;
- Minder professionele tyd is nodig om ouers in groepe op te lei as om kinders individueel te hanteer;
- Ouers behoort self verantwoordelikheid vir die regstelling van gesinstrukture en verhoudinge te aanvaar.

4.9.2.2 Begripsomskrywing

Volgens Turner en May (1980: 218), is ouerbegeleiding

- die steun en hulp wat professionele hulpverleners aan ouers bied om hul persoonlike- en gesinslewe sinvol te lei,
- die uitbreiding van ouers se kennis, asook
- die ontwikkeling van vaardighede om ouerskap te verbeter.

Van Wyk (1983: 9) sien ouerbegeleiding as die verskaffing van inligting en die wisselwerking van gedagtes tussen 'n professionele persoon en ouers wat tot beter begrip en hantering van die kind kan lei. Voorts moet in gedagte gehou word dat ouerbegeleiding 'n langdurige proses is wat verander na gelang van die ontwikkelings stadium waarin die kind hom bevind (Pugh, 1984: 250).

Ouerbegeleiding kan volgens Arnold (1978: 4) op 'n kontinuum voorgestel word wat wissel van die verskaffing van basiese inligting oor opvoeding tot psigoterapie. Die vorm van ingryping sal dus afhang van die aard van die probleem, die omstandighede, die ouers se persoonlikheid, asook die bepaalde struikelblok wat effektiewe opvoeding belemmer. Vir die doel van hierdie studie sal die intensiteit van die kind se depressiewe gevoelens, asook die omstandighede tuis en by die skool die verloop van ouerbegeleiding bepaal.

4.9.2.3 Doel met ouerbegeleiding

Uit bogenoemde begripsverheldering is dit duidelik dat ouerbegeleiding die volgende ten doel het:

- om ouers te help om hul verhoudings met hul kinders te begryp en te verbeter;
- om ouers te help om die belang van die gesin as instelling, met betrekking tot die ontwikkelingsstadia van die kinders te begryp, en
- om koördinasie met betrekking tot die insette deur die skool te bewerkstellig om sodoende 'n gebalanseerde opvoeding te verseker.

Vir die doel van hierdie studie moet egter 'n meer spesifieke doelwit gestel word, naamlik die begeleiding van ouers om groter begrip vir depressiewe gevoelens by hul kinders te openbaar, om vaardighede en tegnieke aan te leer om die simptome daarvan te verlig, asook om hul opvoedingsstyl só te wysig dat depressiewe gevoelens in die toekoms bekamp kan word. In dié verband merk Harman en Brim (1980: 18) tereg op dat ouerbegeleiding, as multi-dimensionele aktiwiteit, ook fisiese, geestelike, emosionele en motoriese aspekte van ontwikkeling insluit.

Aanbiedingswyse

Uit die literatuur blyk dit dat 'n verskeidenheid ouerbegeleidingsprogramme, vanuit verskillende teoretiese benaderings, reeds die lig gesien het (Tavormina, 1980: 130-152; Arnold, 1987: 17 en Fine, 1980: 7-15). Sodanige programme is egter geneig om slegs sekere aspekte te beklemtoon en is dan ook gerig op die ouer-kindverhouding in die algemeen. Vir die doel van hierdie studie word van 'n eklektiese benadering gebruik gemaak om ouers sodoende toe te rus om kinders met 'n spesifieke probleem, naamlik depressie, te begelei. Daar word dus gepoog om vanuit 'n literatuurstudie faktore wat verband hou met depressie by kinders en adolessente tydens ouerbegeleiding aan te spreek. Vir die doel hiervan is dit nodig om die teikengroep van kinders en ouers duidelik te spesifiseer en te verreken by die ontwerp van sodanige ouerbegeleidingsprogram (Roux, 1986: 21).

Vanweë die unieke aard van ouerbegeleiding verskil die aanbiedingswyse van die onderskeie programme sodanig dat geen "bloudruk" vir 'n ouerbegeleidingsprogram bestaan nie (Robinson, 1985: 11; Eloff, 1982: 25). Ouerbegeleiding kan aldus Harman en Brim (1980: 161-184) binne groepsverband of deur middel van die massamedia geskied. Vir die doel van hierdie studie word ouerbegeleiding binne groepsverband aangebied en wel om die volgende redes:

- dit is tyd en kostebesparend;
- leerdoeltreffendheid word deur groepdinamiese prosesse verhoog;
- ouers kry geleentheid om ervarings met die groep te deel en sodoende persoonlik te groei en kinders se groei positief te beïnvloed (Eloff, 1982: 27);

- ouers kry geleentheid om 'n gemeenskaplike probleem as universeel, eerder as uniek te beskou (Lategan, 1979: 21).

'n Doeltreffende ouerbegeleidingsprogram behoort aan die volgende vereistes te voldoen:

- 'n Didaktiese situasie moet tot stand gebring word waarin ouers op die kognitiewe en kennisvlak toegerus word vir die opvoedingspraktyk;
- Gestruktureerde oefeninge in kommunikasievaardighede behoort deel van die program te wees;
- 'n Bevoegde groepleier wat persoonlik of met behulp van apparaat groepdinamiese prosesse kan hanteer en wat vaardighede kan modelleer, verhoog die doeltreffendheid van sodanige program;
- Huiswerkopdragte behoort 'n integrale deel van die program te vorm;
- Die moeilikheidsgraad van die programinhoud moet by die intellektuele vlak van die ouers aanpas. Faktore soos ouderdom, gesinsagtergrond, vlak van formele opvoeding, asook die vlak van motivering vir bywoning behoort by die aanbieding in gedagte gehou te word;
- Aktiewe deelname deur die ouers is belangrik en behoort met behulp van praktiese vaardigheidsoefeninge verkry te word;
- Na afloop van die program behoort die doeltreffendheid daarvan getoets te kan word (Eloff, 1982: 26; Gordon, 1990: 109).

Die inhoud van die program wat in hierdie studie gebruik word, word volledig in hoofstuk 5 uiteengesit.

4.10

Samevatting

In hoofstuk 4 is 'n oorsig van die verskillende benaderingswyses in die behandeling van depressie verskaf en die toepaslikheid daarvan binne die konteks van hierdie studie aangedui. Ten slotte is 'n seleksie van relevante begeleidingsvorme gemaak waarby ouers en onderwyspersoneel daadwerklik betrokke kan raak.