

HOOFTUK 2: ASPERGERSINDROOM

2.1. INLEIDING

In hierdie hoofstuk word 'n oorsig oor Aspergersindroom (AS) gegee en word AS binne die konteks van Rogeriaanse persoonsgesentreerde teorie (RPT) bespreek. Klem is veral geplaas op 'n geïntegreerde bespreking van AS en RPT aan die hand van die interaksionele-patroonanalise (IPA) (Ernst-Terblanche, 2011; Vorster, 2011) van die kind met AS. In hierdie hoofstuk word vanuit die literatuur gesien hoe tiperende gedrag van die kind met AS moontlik in elk van die 17 interpersoonlike IPA-veranderlikes kan voorkom. Vorster (2011) noem in ooreenstemming met die doel van hierdie studie dat die IPA 'n riglyn bied waarvolgens terapeutiese uitkomst vir die kind met AS bewerkstellig kan word in terapie. Vervolgens word die terminologie met betrekking tot AS verduidelik.

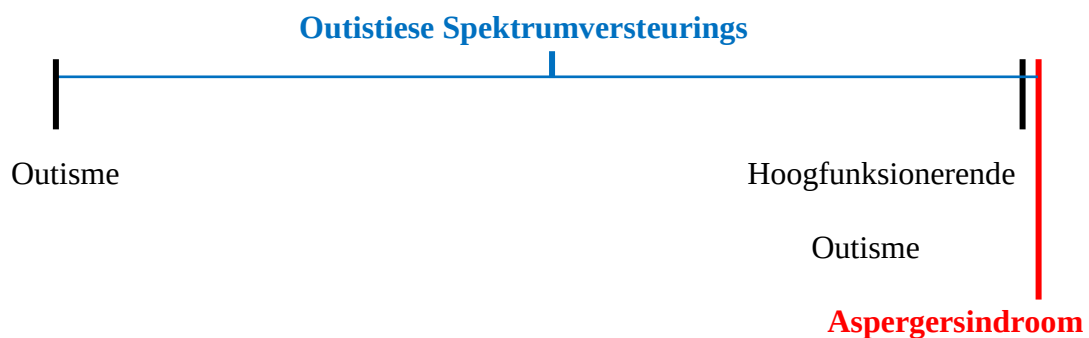
2.2. TERMINOLOGIE

AS is 'n lewenslange, komplekse neuro-ontwikkelingsversteuring wat gekategoriseer word as 'n Deurtastende Ontwikkelingsversteuring (DOV) (APA, 1997; Georgiou, 2006; Volkmar & Klin, 2000; Whitaker, 2006). In die literatuur word verskillende en selfs verwarrende terminologie gebruik wanneer hierdie sindroom bespreek word. Daar word byvoorbeeld verwys na AS as een van die versteurings op die spektrum van outisme, een van die deurtastende ontwikkelingsversteurings, hoogs funksionerende outisme of AS (Autism South Africa, 2002a; Beers, 2006; Mash & Wolfe, 2005; Michels, 2010; Nel, 2005; Pakenham et al., 2004; Parritz & Troy, 2011; Phares, 2008; Safran et al., 2003; Volkmar & Klin, 2000). Uiteindelik blyk dit dat daar steeds nie sekerheid bestaan oor waar AS inpas en hoe AS en outisme met mekaar verband hou nie (Mash & Wolfe, 2005).

In hierdie studie word spesifiek na AS verwys. Parritz en Troy (2011, p. 136) gee volgens die navorser die beste definisie van die verskil tussen outisme en AS wanneer hulle

noem outisme is: “...a constitutional inability to react differentially to social stimuli, expressed developmentally in a lack of interest in, and limited capacity to attach to, others whereas Asperger syndrome is traced to a specific cluster of neurological deficits affecting the ability to process nonverbal stimuli, expressed developmentally in terms of an inability to interact competently with others despite a keen interest in, and motivation to interact with, other people”.

Wanneer na Outistiese Spektrumversteuring (OSV) verwys word, sluit dit al die outistiese toestande, ook AS, in. Wanneer daar na Outisme (Ou) verwys word, behels dit outisme en nie AS nie. Figuur 2.1. hieronder vertoon die voorkoms van AS op die spektrum van outisme.



Figuur 2.1. Die voorkoms van AS op die spektrum van outisme

Attwood (2008) noem dat daar tans geen oortuigende studies bestaan wat betekenisvol bewys dat hoogfunksionerende outisme en AS twee losstaande, onderskeibare versteurings is nie en dat beide terme dikwels vir dieselfde versteuring gebruik word. In hierdie studie word AS egter anders as Ou beskou, veral omdat mense met AS 'n sterk behoefte het aan menslike kontak en interaksie. Hierdie behoefte ontbreek grootliks by mense met Ou.

Vervolgens word die voorkoms van AS bespreek.

2.3. VOORKOMS

Die literatuur is deurspek met teenstrydighede oor AS. Een hiervan was die voorkoms van AS wat gewissel het van 2,5 uit 10 000 persone tot 6 uit 'n 1000 persone (Mash & Wolfe, 2005; Mattila et al., 2007; Nel, 2005; Parritz & Troy, 2011; Van Vollenstee, 2006). Attwood (2008) dui op die voorkoms vir AS wat tans bestaan as 1 uit 250 kinders en noem dat ongeveer 50% van individue met AS nie gediagnoseer word nie, omdat die persoon met AS sy simptome verskuil, klinici nie die simptome opmerk nie of sekondêre diagnoses maak. Die voorkoms van AS neem die afgelope 30 jaar kommerwekkend toe en die redes hiervoor is nog onduidelik. AS ken geen kulturele-, etniese- of sosio-ekonomiese grense nie en kan 4 tot 12 keer meer voorkom by seuns as dogters (APA, 1997; Autism South Africa, 2002a; Moolman-Smook et al., 2008; Mubaiwa, 2008; Safran et al., 2003).

2.4. AANVANGSOUDERDOM

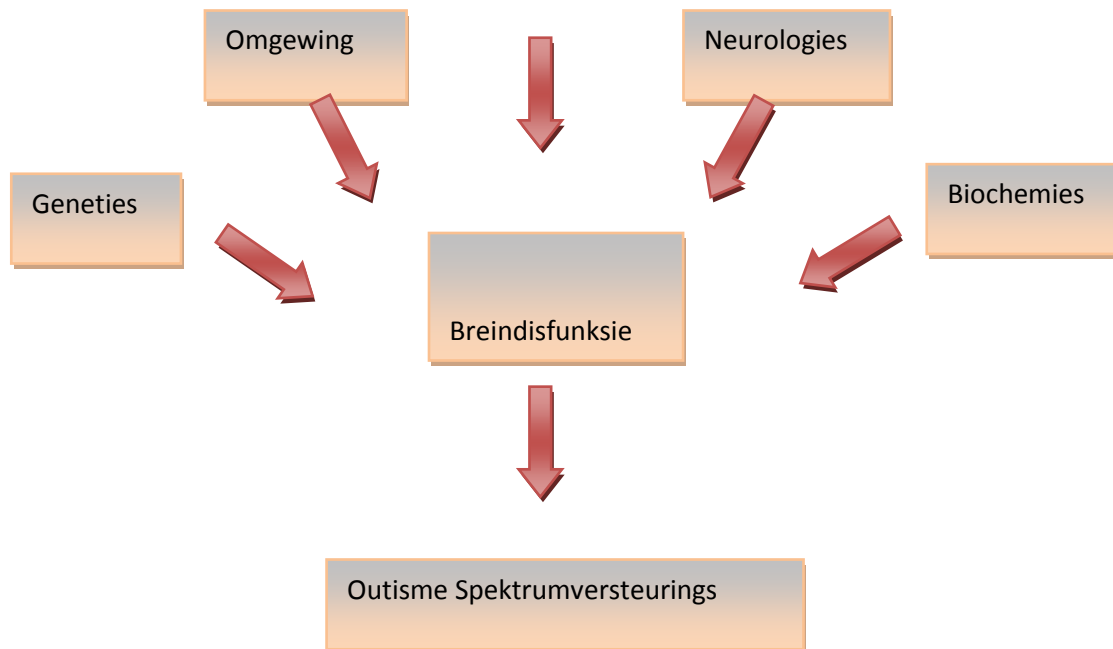
Volgens Tantam (2000) is die simptome van AS reeds van kleuterjare af teenwoordig en ontwikkel dit nie skielik in die adolessente of volwasse jare nie. Vroeë taal en kognitiewe ontwikkeling kan relatief normaal wees by 'n kind met AS en daarom word AS gewoonlik eers na driejarige ouderdom opgemerk en gediagnoseer. In baie gevalle word AS heelwat later gediagnoseer, met skooltoetreding of tydens vroeë adolessensie (Attwood, 2008; Barratt, 2006; Blakemore-Brown, 2002; Georgiou, 2006; Mattila et al., 2007; Mittedorf et al., 2001; Parritz & Troy, 2011; Phemister, 2005; Tsatsanis et al., 2004; Volkmar & Klin, 2000).

Oorsake van AS sal vervolgens ontleed word.

2.5. OORSAKE VAN AS

Die presiese oorsaak van AS is nog onbekend, maar blyk meervoudig van aard te wees. Gesinsdinamika en ouers se opvoedingspraktyke veroorsaak nie AS of outisme nie

(Gabriel, 2003; Mash & Wolfe, 2005; Mubaiwa, 2008; Parritz & Troy, 2011; Phares, 2008; Tantam, 2000). Figuur 2.2. hieronder gee oorsaaklike faktore van AS weer.



Figuur 2.2. Oorsaaklike faktore van AS

Navorsing toon aan dat AS wel 'n genetiese predisposisie het met 'n voorkoms van 36% tot 91% by monosigotiese tweeling teenoor 0% tot 5% by disigotiese tweeling. Een ouer blyk dikwels soortgelyke trekke as 'n kind met AS te toon en sibbe mag moontlik ook sosiale- en taalproblematiek wys (Baron-Cohen, 2004; Gabriel, 2003; Landa, 2000; Mattila et al., 2007; Mubaiwa, 2008; Parritz & Troy, 2011; Phares, 2008).

Omgewingsfaktore kan ouderdomme van die ouers, materne siekte in die eerste en tweede trimester van swangerskap, virale infeksies en ander invloede op die fetus wat die sentrale senuweestelsel kan affekteer insluit, asook die testosteroonvlakke van die fetus (Moolman-Smook et al., 2008).

Wat biologiese oorsake van AS betref, het Tantam (2000) 'n ongewoon hoë voorkoms van tiroïedversteurings opgemerk, asook dat 'n groot aantal kinders met AS chirurgiese prosedures van hulle genitalieë ondergaan het. Dit blyk verder dat verskeie visuele versteurings deur kinders met AS ondervind mag word, soos kongenitale nystagmus, verminderde visuele akkuraatheid of visuele skerpte; probleme met visueel-motoriese integrasie en -koördinasie, visueel-ruimtelike oriëntering, -persepsie en visuele geheue (Klin & Volkmar, 2000; Lemmer, 2009; Ozonoff & Griffeth, 2000; Rourke & Tsatsanis, 2000; Tsatsanis et al., 2004).

Neurologiese oorsake by AS kan breinbeserings, breinsiektes, abnormaliteite van die limbiese sisteem en/of serebellum, asook 'n groter anterior- en dikker posterior corpus callosum as wat by outisme die geval is, insluit. Meer navorsing is egter nodig in hierdie verband. In vergelyking met normale kinders, wys kinders met AS beduidend minder aktiwiteit in die amigdala (Baron-Cohen, 2004; Harvard Mental Health, 2005; Mash & Wolfe, 2005; Parritz & Troy, 2011; Phares, 2008; Volkmar & Klin, 2000).

Onlangse navorsing wys biochemiese oorsake uit. Shaw (2007) verwys in 'n digitale videoskyf (wat gemaak is tydens 'n simposium in Vancouver wat deur Autism Today aangebied is), na verskeie studies wat aandui dat 80% tot 90% van kinders op die spektrum van outisme se haar-, bloed- en urinetoetse beduidend hoër vlakke van kwik, lood, uraan, koper, kandidabakterie, clostridiabakterie of IgE antiliggampies bevat as dié van kontrole groepe. Hierdie kinders blyk ook 'n abnormale metabolisme te hê wat veroorsaak dat te min cholesterol geproduseer word. Oksalaatkristalle kan voorkom in sommige ledemate wat veroorsaak dat kinders op die spektrum van outisme 'n ongewone liggaamshouding inneem en selfs mag weier om te loop, omdat hierdie kristalle soos gebreekte glas in die voetsole voel en dus baie pynlik kan wees. Oksalaatkristalle affekteer ook die bloed-brein-skans en dus die verwerking van suiker na glukose in die brein wat neurologiese skade tot gevolg kan hê.

Shaw (2007) beskryf hierdie navorsing as 'n deurbraak op die gebied van outistiese spektrumversteurings aangesien die regstel van hierdie biochemiese uitvalle in baie van hierdie kinders merkwaardige verandering in hulle simptomatologie meebring, hoewel dit nie hierdie versteurings noodwendig genees nie.

Diagnostiese probleme met betrekking tot AS sal volgende uiteengesit word.

2.6. VERWARRING OOR DIE DIAGNOSTIESE KRITERIA VAN AS

AS is 'n relatief nuwe navorsingsveld met 'n AS-diagnose wat volgens Tsatsanis et al. (2004) en Volkmar en Klin (2000) eers gedurende 1994 in die American Psychological Association (APA) erken is: “*Overall there is still very limited information about children diagnosed with Asperger’s disorder*” (Phares, 2008, pp. 347, 350). Dit mag verklaar waarom daar tans steeds verwarring bestaan met betrekking tot die diagnostiese kriteria waaraan 'n kind met AS moet voldoen (Blakemore-Brown, 2002; Harvard Mental Health, 2005; Mash & Wolfe, 2005; Mattila et al., 2007; Moolman-Smook et al., 2008; Ozonoff & Griffith, 2000; Parritz & Troy, 2011; Szatmari et al., 2003; Wing, 2000).

Daarbenewens blyk dit dat AS 'n heterogene voorkoms het en verskillend voorkom by verskillende individue (Barratt, 2006; Mattila et al., 2007; Moolman-Smook et al., 2008). Wat meer is, wys Wing (2000) daarop dat die kliniese voorkoms van AS geneig is om te verander soos wat kinders ouer word en die mate waarin hierdie verandering plaasvind wissel grootliks tussen individue. Die debat wat van tyd tot tyd hervat word, naamlik of AS en outisme twee totaal aparte versteurings is en of hulle beide deel is van versteurings op die spektrum van outisme, kompliseer die saak. Parritz en Troy (2011, p. 123), sê hieroor: “*Children with autism spectrum disorders may all be thought of as wearing plaid clothes, yet each child’s pattern of plaid is unique. However as we come to understand the tremendous variability in these disorders, we are ultimately responsible for understanding and treating*

the child, not his or her diagnostic label". Die verwarring met betrekking tot diagnostiese kriteria strek so ver dat daar nie eens konsensus is of AS as 'n geestesiekte, leergestremdheid, gestremdheid, 'n andersheid, of selfs as 'n kultuur op sy eie gesien moet word nie (Georgiou, 2006; Whitaker, 2006). Volgens Harvard Mental Health (2005) beleef individue met AS hulself nie as gestrem nie, maar wel as "anders".

Vanuit die bogaande is dit verstaanbaar dat 'n multi-spanbenadering aangewese is om die diagnose van AS te help bevestig en veral omdat kinders met AS hulself redelik goed kan reguleer in een-tot-een situasies in die teenwoordigheid van 'n volwassene. Agtergrondgeskiedenis en gedragsgeskiedenis behoort van ouers, onderwysers en ander belanghebbendes ingewin te word en die indrukke van 'n sielkundige, arbeidsterapeut, spraakterapeut en pediater kan help om die diagnose te bevestig, al dan nie (Autism South Africa, 2002a; Gabriels, 2003; Mattila et al., 2007; Parritz & Troy, 2011; Van Vollenstee, 2006).

Ten spyte van die bogenoemde uiteenlopendheid is daar wel aspekte in die gedrag van 'n kind met AS wat opval en wat in ag geneem moet word wanneer 'n diagnose van AS oorweeg word. Dit word vervolgens uiteengesit.

2.6.1. Kwartet van beperkings as deel van diagnostiese kriteria

Daar is wel konsensus onder kliniese praktisyns dat kinders met AS probleme in sekere dominante areas ondervind. Aanvanklik is verwys na die triade van beperkings wat beteken dat gedragsversteurings in drie areas voorkom, naamlik: 1) sosialisering, 2) kommunikasie en 3) stereotipe, inperkende en herhalende fokus op sekere belangstellings en aktiwiteite. Onlangs is 'n vierde komponent van problematiek, naamlik sensoriese integrasieversteuring, bygevoeg en word daar nou na die kwartet van beperkings verwys. Kinders met AS en kinders met outisme toon dieselfde tipe kwalitatiewe versteurings in bogenoemde vier areas, alhoewel kinders met AS se versteurings van 'n minder ernstige graad

is (Adams et al., 2004; Baron-Cohen, 2004; Mattila et al., 2007; Moolman-Smook et al., 2008; Mubaiwa, 2008; Phemister, 2005; Safran et al., 2003; Szatmari et al., 2003). Die gedrag van die kind met AS wat verband hou met die kwartet van beperkings, word later bespreek soos dit voorkom op die interaksionele patroonanalise (IPA) van die kind met AS (Sien 2.9.).

2.6.2. Diagnostiese kriteria van AS

Sommige klinici verkies die diagnostiese kriteria van Gilberg (1991) en beskou die diagnostiese kriteria van die DSM-IV-TR as ontoereikend (Attwood, 2008; Van Vollenstee, 2006). Volgens Volkmar en Klin (2000) en Blakemore-Brown (2002), is die ICD-10 diagnostiese kriteria vir AS die volledigste. Van Vollenstee beveel egter aan dat al hierdie diagnostiese sisteme in gedagte gehou moet word om verwarring te voorkom en daarom word beide die kriteria van die ICD-10 (vertaal), asook dié van Gilberg (1991) (vertaal) soos verwoord deur Attwood (2008, p. 37), aangehaal:

ICD-10 diagnostiese kriteria (Blakemore-Brown, 2002, pp. 311-313; Volkmar & Klin, 2000, p. 43).

Kriterium A

- Geen klinies betekenisvolle agterstand in gesproke of reseptiewe taal of kognitiewe ontwikkeling nie.
- Die gebruik van enkelwoorde moet teenwoordig wees op 2-jarige ouderdom of vroeër. Kort sinnetjies om te kommunikeer moet teen 3-jarige ouderdom voorkom.
- Aanpassingsgedrag, selfhelpvaardighede en belangstelling in die omgewing moet teen 3-jarige ouderdom ooreenstem met dié van normale intellektuele ontwikkeling.
- Motoriese mylpale kan agter wees en motoriese lompheid mag voorkom, alhoewel dit nie 'n vereiste is vir die maak van 'n diagnose nie.

- Enkele spesiale vaardighede is teenwoordig wat dikwels verband hou met die kind se abnormale preokkupasies, hoewel dit nie 'n vereiste is vir die maak van 'n diagnose nie.

Kriterium B

Kwalitatiewe abnormaliteite in wedersydse sosiale interaksie kom in ten minste twee van die volgende areas voor:

- Direkte oogkontak, gesigsuitdrukking, liggaamshouding en handgebare word nie effektief gebruik om sosiale interaksie te reguleer nie.
- Ten spyte van genoeg geleentheid asook die regte verstandsonderdom, ontwikkel portuurgroepverhoudings nie. Daar word nie wedersydse belangstellings, aktiwiteite en emosies met die portuurgroep gedeel nie.
- Gebrek aan wedersydse sosio-emosionele response. Gebrekkige of onvanpaste response word op ander kinders se emosionele belewenisse gegee; of gebrek aan modulering van gepaste gedrag binne sosiale kontekste; of swak integrasie tussen sosiale-, emosionele- en kommunikatiewe gedrag.
- Gebrek aan 'n spontane behoefte om belangstellings, genot of behaalde doelwitte met ander kinders te deel. Die kind kom wys byvoorbeeld nie objekte waarin hy belangstel vir ander kinders nie, wys ook nie met handgebare daarna nie.

Kriterium C

Die individu toon 'n ongewoon intense belangstelling in 'n sekere area, of toon beperkte, herhalende en stereotipe gedragpatrone, of belangstellings of aktiwiteite in ten minste een van die volgende areas:

- 'n Allesoorheersende preokkupasie met stereotipe en beperkte patrone van belangstelling, wat abnormaal in fokus of inhoud is. Een of meer belangstellings wat abnormaal in intensiteit en omskrywende aard is, hoewel nie in inhoud of fokus nie.

- Klaarblyklike kompulsiewe hou by sekere spesifieke (maar nie noodwendig funksionele nie) roetines of rituele.
- Stereotipe en herhalende motoriese gewoontes wat die waai van hand ('flapping') en frommel van vingers inhou, of komplekse bewegings van die hele liggaam.
- Preokkupasie met dele van 'n objek of nie-funksionele dele van 'n speelding. Hulle kan gepreokkupeerd wees met die kleur, tekstuur, lawaai of vibrasie van 'n speelding.

Kriterium D

Die versteuring kan nie toegeskryf word aan enige ander vorm van deurtastende ontwikkelingsversteurings soos skisofrenie, skisotipiese versteuring, obsessief-kompulsiewe versteuring, reaktiewe en gedisinhibeerde bindingsversteuring van die kinderjare nie (Blakemore-Brown, 2002; Volkmar & Klin, 2000).

Gilberg (1991) se diagnostiese kriteria

Volgens Attwood (2008) is Gilberg se diagnostiese kriteria die naaste aan Hans Asperger se eie beskrywing van AS en word dit deur die meeste klinici gebruik:

1. *Sosiale aantasting (ekstreem egosentries - ten minste twee van die volgende):*
 - vind interaksie met die portuurgroep moeilik
 - onverskillige of afsydige kontak met die portuurgroep
 - vind dit moeilik om sosiale wenke korrek te interpreteer
 - Sosiaal en emosioneel onvanpaste gedrag.
2. *Beperkte belangstellings (ten minste een van die volgende):*
 - uitsluiting van ander aktiwiteite
 - herhaalde verkleefdheid ('adherence')
 - meer herhaling as betekenisgewing.
3. *Kompulsiewe behoefte aan die instel van roetine en belangstellings (ten minste een van die volgende):*

- rakende elke aspek van die individu se daaglikse lewe
- rakende ander mense.

4. *Spraak- en taaleienaardighede (ten minste drie van die volgende):*

- spraakontwikkelingsagterstande
- uitsonderlik perfekte, ekspressiewe taalgebruik
- formele, pedantiese taal
- eienaardige versleer ('prosody'), ongewone stemgebruik
- aantasting van begrip insluitend waninterpretasie van letterlike/geïmpliseerde betekenisse.

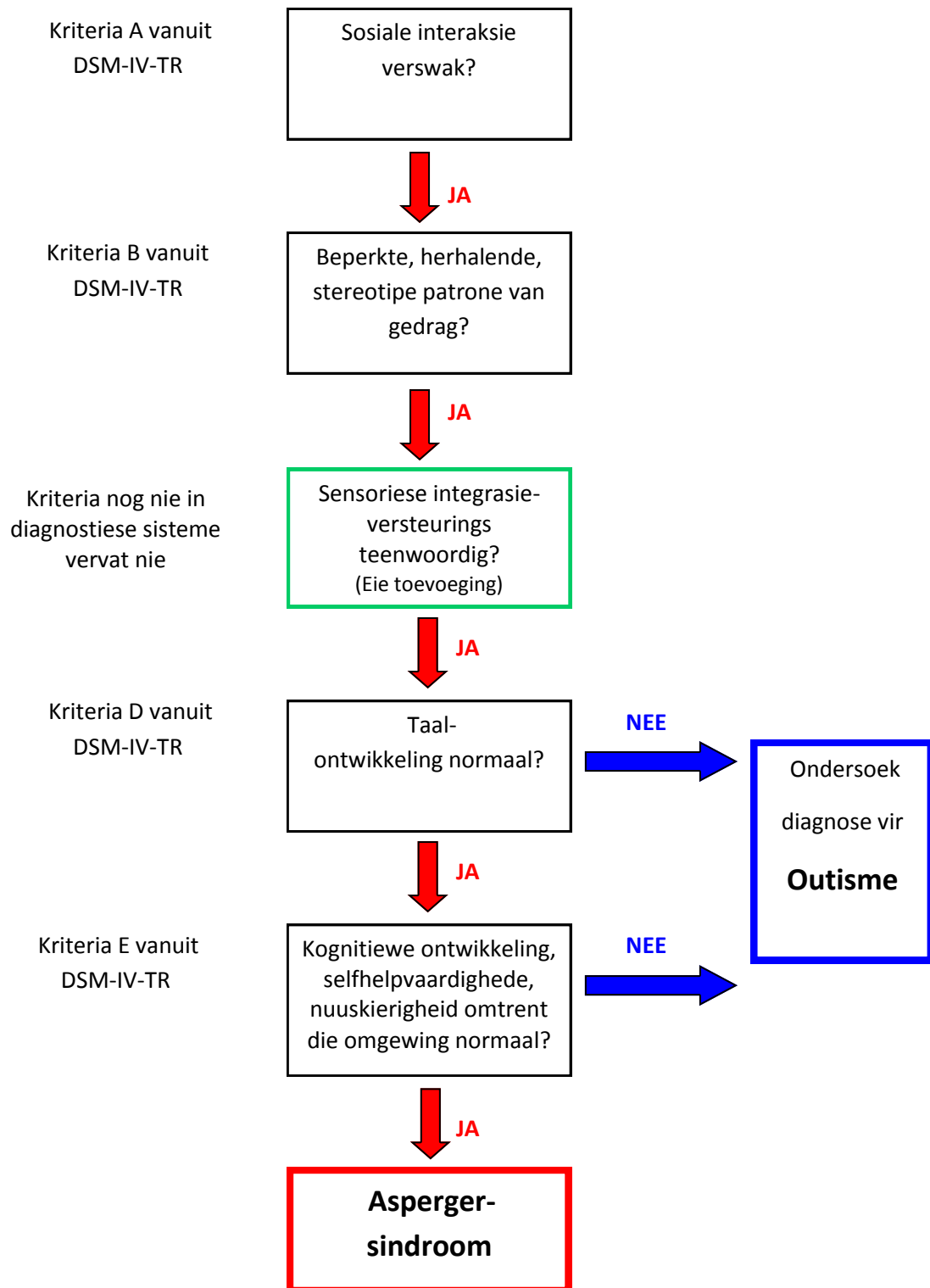
5. *Probleme met nie-verbale kommunikasie (ten minste een van die volgende):*

- beperkte gebruik van gebare
- lomp liggaamstaal
- beperkte gesigsuitdrukkings
- eienaardige, starende kyk.

6. *Motoriese lompheid:*

- vaar swak in neuro-ontwikkelingstoetse (Attwood, 2008).

Thijsse (2008) bied 'n skematiese voorstelling wat aandui na watter kriteria opgelet moet word wanneer 'n diagnose van AS teenoor outisme oorweeg word en kan gesien word in figuur 2.3 hieronder.



Figuur 2.3. Thijsse (2008) se aangepaste skematiese voorstelling van DSM-IV-TR diagnostiese kriteria wat AS en Outisme onderskei.

Nota: Die invoeging van sensoriese integrasieversteurings is die navorser se eie toevoeging,

gegrond op die kwartet van beperkings soos uitgewys in 'n werkswinkel wat deur Autism South Africa aangebied is (M. Greyling, persoonlike kommunikasie, April 23-24, 2008).

2.6.3. Misleidende en sekondêre diagnoses

Vanweë die heterogene voorkoms daarvan, word AS maklik misgekyk of verwar met ander diagnoses soos ontwikkelings- en gedragsprobleme, aggressiewe gedrag, jeugmisdad, aandagtekort-hiperaktiwiteitsversteuring, probleme met fyn motoriese vaardighede en akademiese onderprestasie, nie-verbale leerversteurings, angs, depressie, epilepsie, spraakagterstande, aanpassingsprobleme, Tourettesindroom, affektiewe versteurings, paranoïede psigose, skisofrenie, sosiale fobies en skisoïede persoonlikheidsversteuring (Andrews, 2006; Attwood, 2006; Berney, 2006; C. Lombaard, persoonlike kommunikasie, November 18, 2006; Mash & Wolfe, 2005; Mattila et al., 2007; Moolman-Smook et al., 2008; Nel, 2005; Parritz & Troy, 2011; Phares, 2008; Phemister, 2005; Rourke & Tsatsanis, 2000; Tantam, 2000; Tsatsanis et al., 2004; Volkmar & Klin, 2000; Wing, 2000).

Die prognose van AS sal vervolgens bespreek word.

2.7. PROGNOSIS

Kinders met AS het 'n beter prognose en reageer beter op behandeling as kinders met outisme, veral indien behandeling op 'n vroeë ouderdom begin (Blakemore-Brown, 2002; Kagan & Pozen, 2005; Mittedorf et al., 2001; Parritz & Troy, 2011). Die prognose word egter beïnvloed deur verskeie faktore soos die graad van simptome, taal- en intellektuele vermoë, die voorkoms van minder ko-morbiede versteurings, die vermoë om wederkerige aandag te gee, die vermoë om funksioneel te kan speel en gesonde gesinsomstandighede. Vroegtydige mediese-, biopsigologiese- en gedragsintervensies kan die prognose vir hierdie individue verbeter. Sommige kinders met AS kan later met voldoende ondersteuning as volwassenes onafhanklike en produktiewe lewens lei, terwyl ander lewenslank afhanklik sal

wees en baie meer ondersteuning sal benodig (Autism South Africa, 2002a; Berney, 2006; Mash & Wolfe, 2005; Moolman-Smook et al., 2008; Phares, 2008; Stobart, 2009; Szatmari et al., 2003; Tsatsanis et al., 2004; Volkmar & Klin, 2000).

Die literatuur gee sterk aanduiding dat meeste kinders met AS vanaf 2-jarige ouderdom blootgestel kan word aan nie-direktiewe terapie soos KGS (Landreth & Bratton, 2006; Mittleldorf et al., 2001; Norton & Norton, 2002; Tsatsanis et al., 2004), wat dit moontlik 'n sinvolle terapievorm vir kinders met AS kan maak en spontane funksionele spel kan aanmoedig. Die feit dat kinders met AS oor 'n beter prognose beskik en as volwassenes 'n redelik onafhanklike lewe kan lei en potensieel 'n bydrae tot die samelewing kan maak, is 'n verdere motivering om te probeer vasstel watter terapeutiese uitkomst moontlik bereik kan word met KGS en SKS en veral soos wat dit verband hou met die IPA vanuit die Rogeriaanse persoonsgesentreerde teorie (RPT).

Vervolgens sal AS vanuit RPT beskou word.

2.8. ROGERIAANSE PERSOONSGESENTREERDE TEORIE (RPT) EN AS

Vanuit praktykervaring en die literatuurstudie blyk dit dat RPT 'n sinvolle benadering is in die behandeling van 'n kind met AS. Die nie-direktiewe proses van KGS en SKS is geskoei op RPT-beginsels (Johnson, Bruhn, Winek, Kepps, & Wiley, 1999; Malchiodi, 2003), waarvan vervolgens 'n oorsig met betrekking tot die kind met AS gegee word en wat visueel voorgestel word in figuur 2.4 (sien 2.8.1).

2.8.1. RPT as humanistiese benadering

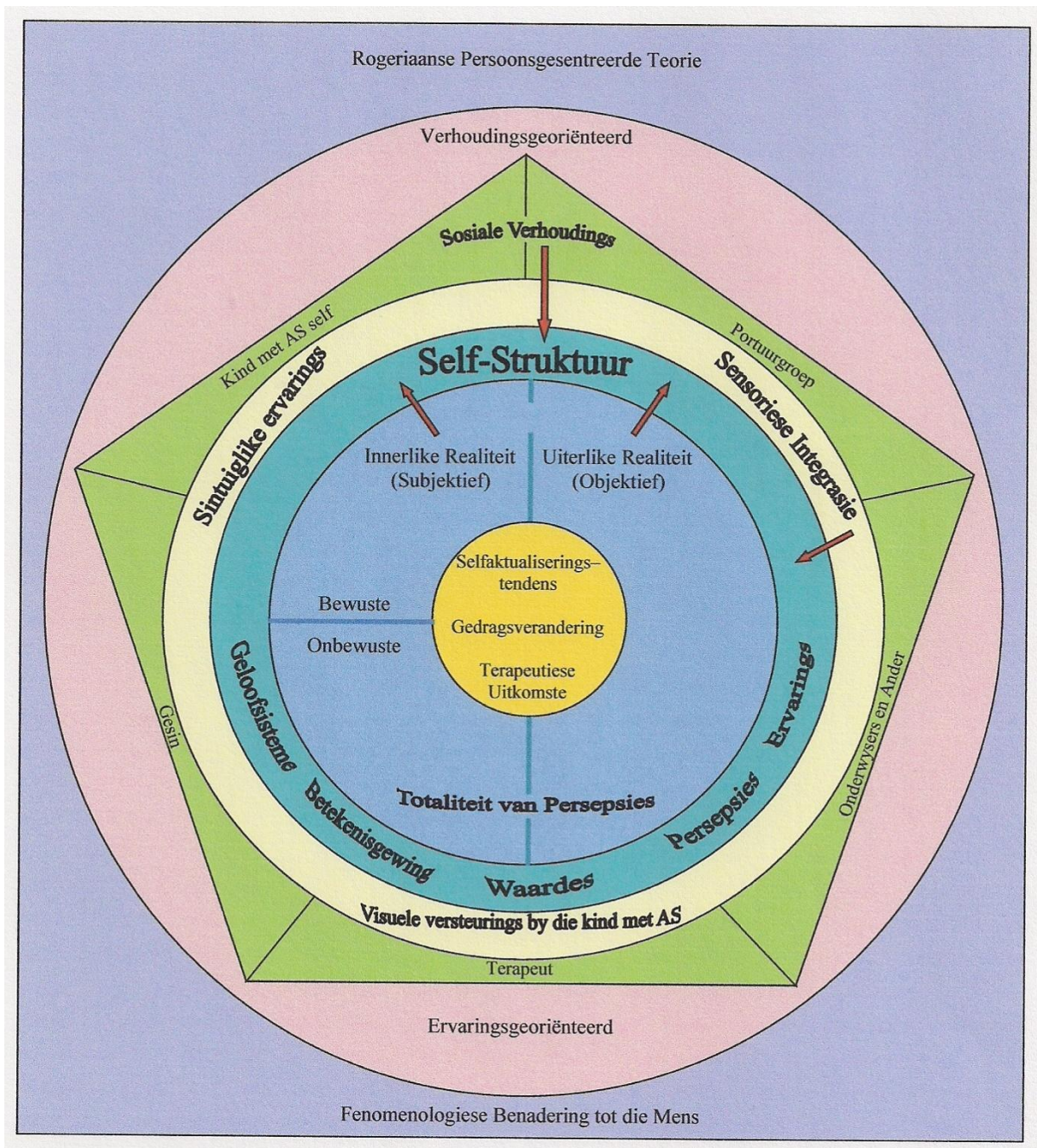
Persoonsgesentreerde terapie is in 1940 deur Carl Rogers as deel van die humanistiese benadering tot psigoterapie begin. Die humanistiese benadering huldig 'n optimistiese sienswyse oor die kind met aannames dat elke kind inherent goed is, oor die vermoë beskik

om vrylik dog verantwoordelik tussen verskillende opsies te kies en om persoonlike potensiaal te kan verwesenlik (Corey, 2001).

Die RPT gaan van die standpunt uit dat ‘n kind ‘n natuurlike drang het om weg te beweeg van wanaanpassing en te groei na psigologiese gesondheid. Hierdie groei kan gefasiliteer word binne ‘n optimale terapeutiese atmosfeer waarin geglo word dat die kind oor die vermoë beskik om self persoonlike groei te bewerkstellig deur versperrings tot sy selfaktualisering uit die weg te ruim. ‘n Kind se natuurlike motivering tot persoonlike groei en verbeterde funksionering staan bekend as die aktualiseringstendens. In RPT is die fokus op die kind se unieke persepsies en sy vermoë tot selfbewuswording en selfheling en nie soseer op terapeutiese tegnieke of die terapeut se deskundigheid nie (Corey, 2001; Landreth & Bratton, 2006).

RPT gaan van die veronderstelling uit dat: *“...people have vast resources within themselves for self-understanding and for altering their self-concepts, basic attitudes and for self-directed behavior. ...people are trustworthy, resourceful, capable of self-understanding and self-direction, able to make constructive changes and able to live effective and productive lives”* (Ernst-Terblanche, 2011, pp. 121-122).

In Figuur 2.4 hieronder, word RPT en gedragsveranderinge by die kind met AS visueel voorgestel.



Figuur 2.4. RPT en gedragsveranderinge by die kind met AS (Ernst-Terblanche, 2011, pp. 120-128)

Nota: Waardes en die persepsies wat ander mense, asook die kind aangaande homself huldig, beïnvloed sy selfstruktuur.

RPT aanvaar dat elke kind sy wêreld op 'n unieke wyse beteken en oor unieke sienswyses beskik, dus 'n innerlike en 'n uiterlike realiteit (sien Figuur 2.4) het wat die

totaliteit van die kind se sienswyses en betekenisse wat hy aan objekte en gebeure heg, uitmaak (Ernst-Terblanche, 2011; Landreth & Bratton, 2006).

Die *innerlike realiteit* van die kind sluit al die ervarings in wat hy bewustelik en onbewustelik op 'n gegewe oomblik ervaar. Bewuste ervarings word gesien as enige ervaring waaraan die individu simboliek kan toeken en wat verwoord of deur verbeelding voorgestel kan word. Onbewuste ervarings is dié ervarings wat nie deur die individu geverbaliseer of deur sy verbeelding voorgestel kan word nie, of wat soms op verdraaide wyse gesimboliseer word. Die kind se subjektiewe realiteit wat bestaan uit al die ervarings wat hy innerlik subjektief beleef, vorm die basis van sy oordele en gedrag (Ernst-Terblanche, 2011; Landreth & Bratton, 2006; Malchiodi, 2003). Die *uiterlike realiteit* behels die individu se persepsie van uiterlike objekte en gebeure in sy wêreld. Dit is die subjektiewe innerlike realiteit van die kind, eerder as die uiterlike realiteit, wat sy gedrag in 'n groot mate bepaal (Landreth, 1991).

2.8.1.1. RPT se siening van die Self

Kinders neem uiterlike objekte en gebeure waar, vorm sienswyses daaroor en heg betekenis daaraan. Die **Self** of selfkonsep behels 'n onbewuste stel konsekwente en georganiseerde patrone van sienswyses wat in die bewuste as “ek” ervaar word. Selfkonsep is buigsaam en kan verander en verwys na die siening wat 'n kind van homself het, wat sy karaktereienskappe is, hoe hy homself rakende sy eie vermoëns, motiewe, doelwitte, sosiale interaksie en verhoudings beoordeel. Ernst-Terblanche (2011) brei die selfkonsep verder uit en verwys na 'n selfstruktuur wat breër as net eienskappe van die self is. Dit bestaan uit alle oortuigings en waardes wat 'n persoon omtrent homself en sy wêreld huldig en wat gevorm word deur terugvoer wat hy van sy gesin asook uit ander ervarings ontvang. Wat die vorming van selfstruktuur betref, word vervolgens gekyk na die rol wat sensoriese integrasieversteurings, kongruensie, positiewe terugvoer, rigiditeit en die aktualiseringstendens daarin mag speel.

Sensoriese integrasieversteuring

Sensoriese integrasieversteurings is 'n belangrike komponent in die kwartet van beperkings op die spektrum van outisme (sien 2.6.1.). Alle inligting wat die kind oor homself en sy wêreld het, word deur sy unieke sinuïglike waarneming verkry. Richardson (2006) verduidelik sensoriese integrasieversteuring as 'n leerproses waardeur inligting, verkry deur agt sinuïe, nie akkuraat deur die brein geïnterpreteer word nie en wat veroorsaak dat die kind nie op 'n gepaste en georganiseerde wyse op sy omgewing kan reageer nie. Kinders se vermoë om inligting korrek te prosesseer word dus deur sensoriese integrasieversteurings belemmer. Die agt sinuïe ter sprake is: die tassinuïg, visie, reuk, smaak, gehoor, die vestibulêre sisteem, proprioepsie (liggaamsbewustheid) en interoepsie (gewaarwordings vanuit interne organe wat honger-, dors-, liggaamstemperatuur- en spysverteringsensasies insluit).

Sensoriese integrasieversteurings lok onaangename fisiese en emosionele ervarings by kinders uit, wat verklaar waarom hierdie kinders geneig is om sekere aktiwiteite wat sensoriese oerlading kan veroorsaak, te vermy, soos blyk uit die volgende beskrywings van Ostovar (2009, p. xv): *“Your heart beats fast, your palms are sweaty, your head hurts, and you can’t think straight. You feel like your blood pressure has gone up (and it has), your skin feels clammy, you feel a bit shaky when you walk or stand up, your eyes and ears don’t work the way you’d like them to, and even though you need a drink of water, you probably don’t feel like getting one”* en Attwood (2008, p. 285): *“My head would feel tight, my stomach would churn, and my pulse would run my heart ragged until I found a safety zone”*. Dit is bekend dat kinders met AS as gevolg van sensoriese integrasieversteurings oor- of ondersensitief vir enige sensoriese stimuli kan wees (Harvard Mental Health, 2005; Murray & Lesser, 2006; Richardson, 2006; Shore, 2006; Wing, 2000).

Van belang is dat sintuiglike ervarings tussen die verhoudingswêreld van die kind en sy selfstruktuur funksioneer (Sien 2.8.1., Figuur 2.4). Die selfstruktuur se ontwikkeling hang ten nouste saam met drie bronne van terugvoer: die terugvoer wat die kind met AS aan homself oor homself (innerlike realiteit) gee; die terugvoer wat hy van betekenisvolle ander soos die portuurgroep (uiterlike realiteit) ontvang; en die terugvoer wat hy vanweë sy belewenis van sensoriese integrasieversteurings ontvang (biologiese realiteit) (Georgiou, 2006; Klin & Volkmar, 2000; Moolman-Smook et al., 2008; Murray & Lesser, 2006; Nel, 2005; Phemister, 2005; Tsatsanis et al., 2004). Sensoriese sensitiwiteit blyk betekenisvol in te meng met die alledaagse funksionering en verhoudings van kinders met AS en kan verantwoordelik wees vir die eksentrieke en soms onverstaanbare roetines en rituele wat hierdie kinders volg. Hulle probeer, op wyses wat hul sosiale interaksie kan bevoordeel of beperk, kompenseer vir die negatiewe effek van sensoriese oorstimulasie (Van Vollenstee, 2006).

Die impak van sensoriese integrasieversteuring op die alledaagse lewe asook selfstruktuur van die kind met AS, blyk uit die volgende: Kinders met AS kan beide hiper- en hiposensitief wees vir sensoriese ervarings, sensoriese distorsies, sensoriese uitsnyding (tune out), sensoriese oorlading en ongewone sensoriese prosessering; en kan dit moeilik vind om die bron van 'n sensoriese stimulus te bepaal. 'n Hoë persentasie (70%-80%) kinders met AS is uitsonderlik sensitief vir klanke in veral drie domeine: 1) Skielike, onverwagte klanke wat hulle as skerp beleef (hond se blaf, selfoonlui, ander wat hoes, klik van pen, skoolklok); 2) aanhoudende hoë frekwensieklanke (geluide van yskaste, stofsuikers, voedselprosesseerders, haardroërs, dakwaaiers, blikkerige geluide, fluitjies, weerligslae, spoelgeluid van 'n toilet, skêr wat hare sny); en 3) verwarrende, komplekse of meervoudige klanke (geluide in winkelsentrums en tydens raserige sosiale byeenkomste). Ongeveer 50% kinders met AS beleef aanrakingsongemak (takties defensief) wat veroorsaak dat die gee van drukkie,

gewone aanraking van 'n voorarm, tekstuur van klere, badtyd, stort, hare was en sny, vir hulle erg onaangenaam kan wees. Meer as 50% kinders met AS is ongewoon sensitief vir reuke en smake wat hulle puntenerige voedselgewoontes verduidelik. Een uit elke vyf kinders met AS is visueel oorsensitief wat hulle besonder sensitief maak vir refleksies komende van sekere kleure soos geel wat verblindend helder beleef word; helder lig of lig wat reflekteer op vloere, gordyne of die swartbord in die klas; truprojektor-refleksies op skerms; flikkerende of buisligte, kerslig; en verder word hulle oorgestimuleer deur visuele detail. Hulle mag visuele distorsies beleef soos dat 'n winkel kleiner of groter lyk as wat dit werklik is, asook ander vorme van visuele perseptuele versteurings.

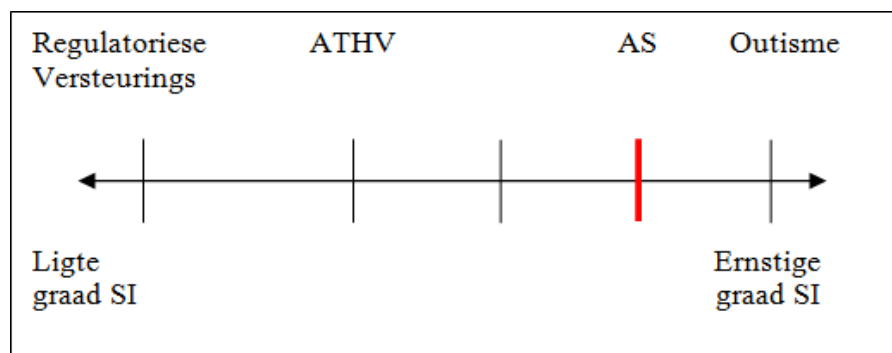
Sommige kinders met AS het 'n sensitiewe vestibulêre sisteem wat balans, persepsie van beweging en koördinasie beïnvloed en wat hierdie kinders angstig en gedisoriënteerd laat voel wanneer hulle liggaamposisie tydens speel moet verander. Kinders met AS kan hiper- of hiposensitief wees vir sensasies van pyn en temperatuur wat verduidelik waarom sommige van hulle ongewone pyn kan uitstaan of met koel klere sal rondloop in die winter (Attwood, 2008; Van Vollenstee, 2006). Hierdie kinders se verskillende sensoriese sisteme kan mekaar onderling beïnvloed: *"I had to turn off kitchen appliances so that I could taste something"* (Attwood, 2008, p. 289).

Die effek van bogenoemde sensoriese integrasieversteurings kan moontlik die kind met AS se korrekte sintuiglike waarneming van homself, sy omgewing en betekenisvolle ander mense sodanig versteur, dat die kind se evaluering en waardebeoordeling van, asook betekenisgewing aan 'n gegewe situasie, verhouding en ervaring, onakkuraat is. Wat meer is, betekenisvolle ander mense se korrekte evaluering, siening, waardebeoordeling en betekenisgewing van die kind met AS word moontlik ook negatief beïnvloed. 'n Voorbeeld hiervan is dat sensoriese oorstimulasie fisiologies onaangenaam beleef word en daarom geneig is om 'n veg-of-vlugreaksie by die kind met AS te veroorsaak (Barrat, 2006;

Richardson, 2006; Whitaker, 2006). Die vlugreaksie kan die vorm aanneem van 'n kind wat sonder rede weier om by 'n sekere winkelsentrum in te gaan, asook van geïrriteerdheid, huilerigheid en uiteindelik uitreagerende gedrag wat nie vir betekenisvolle ander mense sin maak nie en waarop hulle negatief reageer. Uiteindelik beoordeel die kind met AS winkelbesoeke negatief en negatiewe persepsies en assosiasies met fisiologiese ongemak en konflik word gevorm. Negatiewe selfevaluering kan volg omdat die kind met AS nie kan verstaan hoekom hy nie 'n winkel of restaurantbesoek kan geniet soos die res van sy gesin of maats nie.

Die kind met AS se veg-of-vlugreaksie word negatief deur omstanders beoordeel, omdat hierdie mense die betrokke kind verkeerdlik evalueer as stout en ongehoorsaam en met negatiewe kritiek en optrede teenoor hom reageer. Hierdie negatiewe kritiek, asook die kind met AS se internalisering van sy eie vreemde en oënskynlik onaanvaarbare optrede, lei tot die vorming van 'n negatiewe selfstruktuur/selfkonsep wat kenmerkend is van sommige kinders met AS (Jackson, 2006; Moxon, 2006; Murray & Lesser, 2006; Tsatsanis et al., 2004).

AS se posisie op die kontinuum van sensoriese integrasieversteurings kan as volg in Figuur 2.5 voorgestel word (Kranowitz, 2005):



Figuur 2.5. Die kontinuum van sensoriese integrasieversteurings (SI)

Nota: ATHV = Aandag-tekort-hiperaktiwiteitsversteuring (ook bekend as ADHD)

Die rol van sensoriese integrasieversteurings by 'n kind met AS is krities in die vorming van sy selfstruktuur. Dit is kommerwekkend dat sielkundiges nie genoegsaam opgelei word nie om die impak te verstaan wat sensoriese integrasieversteurings op die terapeutiese uitkomst van die kind met AS se emosionele welsyn, selfkonsep, innerlike beleweniswêreld, uiterlike gedragsoptrede, skolastiese funksionering, sosiale interaksie en latere beroeps- en huwelikslewe kan hê.

Kongruensie

Kongruensie vorm die basis van oop, respekvolle verhoudings waar die partye mekaar kan vertrou. Kongruensie verwys na hoe deursigtig en voorspelbaar/betroubaar 'n individu in sy verhoudings met homself en ander mense optree. Bewustheid van eie ervarings kan beïnvloed hoe 'n kind met AS teenoor ander mense reageer. Wanneer die kind se belewenis van sy innerlike realiteit van sy belewenis van sy uiterlike realiteit verskil, word inkongruensie en daaropvolgende emosionele ongemak beleef. Daar bestaan dus 'n teenstrydigheid tussen die kind se selfpersepsie en dit wat hy in realiteit ervaar (Corey, 2001; Ernst-Terblanche, 2011; Grobler, Schenck, & Du Toit, 2005). Die kind met AS se belewenis van inkongruensie mag verder beïnvloed word deur sy sensoriese integrasieversteurings. Sensoriese oorstimulasie kan verminderde oogkontak veroorsaak wat deur ander misverstaan mag word. Uiterlike terugvoer vanaf omstanders wat die kind as stout of ongehoorsaam en onwillig om te luister tipeer, kan byvoorbeeld verskil van die innerlike terugvoer van die kind met AS wat homself beleef as soekend na hanteringswyses vir die onaangename belewenis van sensoriese oorstimulasie.

Positiewe terugvoer

Elke kind het inherent behoefte daaraan om deur ander en deur homself hooggeag te word, asook om waardering, liefde, aanvaarding en respek te ontvang. Deur positiewe terugvoer leer 'n kind dat hy waardig en aanvaarbaar is wanneer hy op 'n gegewe manier

dink, doen en voel en word optimale ontwikkeling van die selfstruktuur bevorder. Positiewe terugvoer en onvoorwaardelike aanvaarding kan verandering en groei as terapeutiese uitkomst by 'n individu teweegbring (Corey, 2001; Ernst-Terblanche, 2011; Grobler et al., 2005).

Rigiditeit en voorspelbaarheid

Emosionele welsyn is afhanklik van positiewe terugvoer en die mate waartoe 'n individu nuwe ervarings in sy selfstruktuur kan inlyf. 'n Kind wat buigsaam en aanpasbaar is, sal nuwe ervarings makliker inlyf en daarmee saam sy eie sienswyses en waardebepalings oor gebeure kan aanpas en verander. *“Individual flexibility lies in absence of conflict between his experience and his self-structure. Judgements and values can be changed according to the individual's own experience. ...the more someone is able to integrate his own experiences into his self-structure the more self-accepting he becomes, and the more self-accepting he becomes, the more he is able to understand and accept others”* (Ernst-Terblanche, 2011, p. 124).

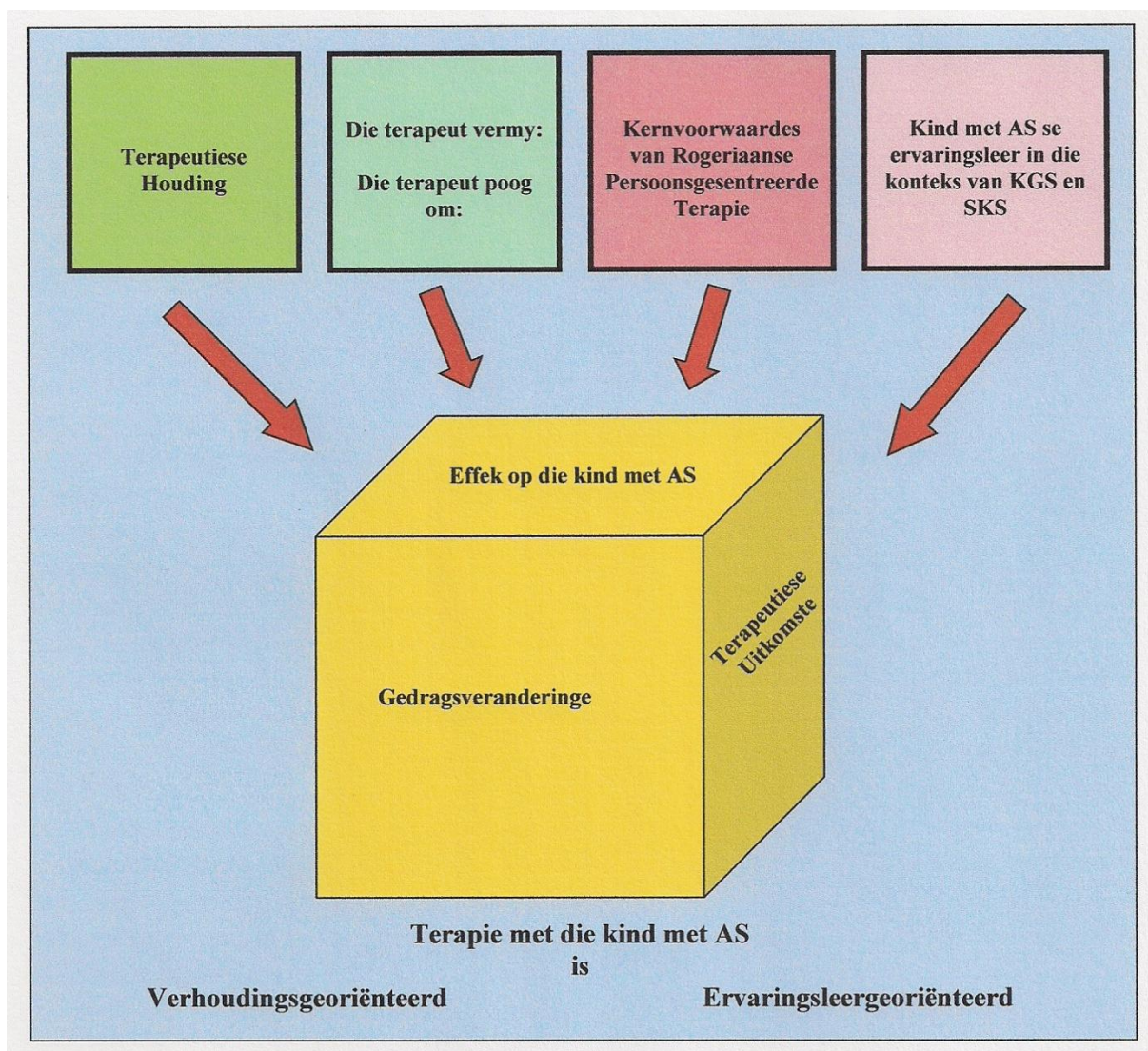
Kinders met AS kan soms rigiede denkpatriene en 'n wêreldbeskouing hê wat hulle onbuigsaam maak en kan veroorsaak dat hulle hul opinie met tye hoogs emosioneel sal verdedig (Baron-Cohen, 2004; Blakemore-Brown, 2002; Mittledorf et al., 2001; Nel, 2005; Wing, 2000). Volgens Tantam (2000) en Phemister (2005) is kinders met AS geneig om by hulle eie sosiale reëls te hou wat nie altyd vir omstanders sin maak nie. Sodanige rigiede denke en reëlgebonde optrede skep voorspelbaarheid en 'n gepaardgaande gevoel van veiligheid vir die kind. Die nadele van rigiede denke is egter dat die kind sy eie keuses beperk en sodoende nie sy ware potensiaal kan ontdek nie. 'n Beperking is ook dat die kind met AS vanuit 'n eksterne lokus van kontrole mag funksioneer en homself beoordeel op grond van ander mense se terugvoer en eise (Ernst-Terblanche, 2011).

Aktualiseringstendens

In Rogeriaanse persoonsgesentreerde teorie (RPT) word die mens as innerlik gemotiveerd beskou om belangrike ervarings as deel van sy selfstruktuur te aanvaar en dat hy graag sy eie potensiaal wil ontdek en verwesenlik en daardeur sy selfstruktuur verbeter. Hierdie dryfkrag staan as die aktualiseringstendens bekend, wat ook die basiese motivering vir verandering in die kind tydens terapie is. RPT is gegrond op die aanname dat elke kind oor natuurlike potensiaal beskik waardeur hy nuwe sin en betekenis aan sy lewe kan gee en dat hy nie die terapeut se advies, suggesties, rigtinggewing, oorreding, onderrig, diagnosering of interpretasies benodig om terapeutiese uitkomst te bereik nie (Corey, 2001; Ernst-Terblanche, 2011).

2.8.2. RPT: Die rol van die terapeut en gedragsveranderings by die kind met AS

Die rol van die terapeut in RPT, volgens die model van Ernst-Terblanche (2011), asook hoe gedragsveranderings by die kind met AS moontlik bevorder kan word, word in figuur 2.6 aangetoon.



Figuur 2.6. Die rol van die RPT-terapeut en gedragsverandering by die kind met AS

In RPT word veral gefokus op die terapeut-kindverhouding asook die leerervarings wat die kind met AS in die speelkamer opdoen deur die konstante, intense betrokkenheid van die terapeut by die kind se speel- en ontdekkingsgebeure (Corey, 2001). Sodoende raak ervaringsleer vanuit die terapeut-kindverhouding die katalisator vir verandering in die kind se gedrag en is die gebruik van RPT besonder doeltreffend vir kinders met AS, aangesien hierdie kinders juis verhoudingsprobleme ondervind (Adams et al., 2004; Baron-Cohen,

2004; Moolman-Smook et al., 2008; Mubaiwa, 2008; Phemister, 2005; Safran et al., 2003; Szatmari et al., 2003).

In RPT maak die terapeut nie van teorie, kennis of tegnieke (Corey, 2001) gebruik om die kind met AS te oorrede om iets spesifiek te doen nie, maar skep 'n terapeutiese atmosfeer waarbinne die kind vryheid het om die aspekte van sy lewe wat hy ontken of problematies ervaar, te verken. Dit is die terapeut se houding van opregte omgee, respek, aanvaarding en begrip vir die kind met AS se gedrag wat verandering meebring, hoewel dit nie beteken dat alle gedrag van die kind aanvaarbaar is en toegelaat word nie. Alle simboliek, gevoelens, fantasie, gedagtes, wense en drome van die kind met AS is aanvaarbaar, maar enige destruktiewe of disrespekvolle gedrag wat daarmee gepaardgaan, word deur grensneerlegging beperk. Die terapeutiese klimaat moedig die kind aan om kreatief te raak en inisiatief te neem, maar hy word deur die terapeut teen sosiaal onaanvaarbare gedrag beskerm. Sodanige vry, maar beskermde ruimte verseker dat speltherapie vir kinders word wat psigoterapie vir volwassenes is (Ginott, 1982; Landreth, 1991; Landreth, Jacquot, & Allen, 1982; Landreth & Bratton, 2006; Norton & Norton, 2002; Ogawa, 2004; Osborne, 2003; Ryan, 1999; Ryan & Wilson, 1995; Ryan & Wilson, 2000; Ryan & Wilson, 2000a).

RPT onderskryf nie die probleemgesentreerde mediese model waarin diagnose 'n belangrike komponent is nie. Dit bevry die terapeut van die polemieke wat oor diagnostiese kriteria vir kinders met AS heers (Autism South Africa, 2002a; Blakemore-Brown, 2002; Mash & Wolfe, 2005; Mattila et al., 2007; Moolman-Smook et al., 2008; Ozonoff & Griffith, 2000; Parritz & Troy, 2011; Szatmari et al., 2003; Volkmar & Klin, 2000; Wing, 2000). Sodoende kan onmiddellik met terapie voortgegaan word ten spyte van die heterogene beeld van kinders met AS (Barratt, 2006; Mattila et al., 2007; Moolman-Smook et al., 2008).

Die taak van die RPT-terapeut is om totaal teenwoordig en toeganklik vir die kind te wees. Deur op die kind se belewenis te fokus, kan die terapeut tot sy innerlike

verwysingsraamwerk toetree (Ernst-Terblanche, 2011). Die terapeut kan dit regkry om binne die kind met AS se innerlike verwysingsraamwerk te bly funksioneer (Corey, 2001) deur haar eie nuuskierigheid te beteuel en nie leidende vrae te vra ten einde te probeer vasstel wat die betrokke kind se spel beteken of waarom hy speel soos hy speel nie (R. Seedat, persoonlike kommunikasie, Julie 24-25, 2000).

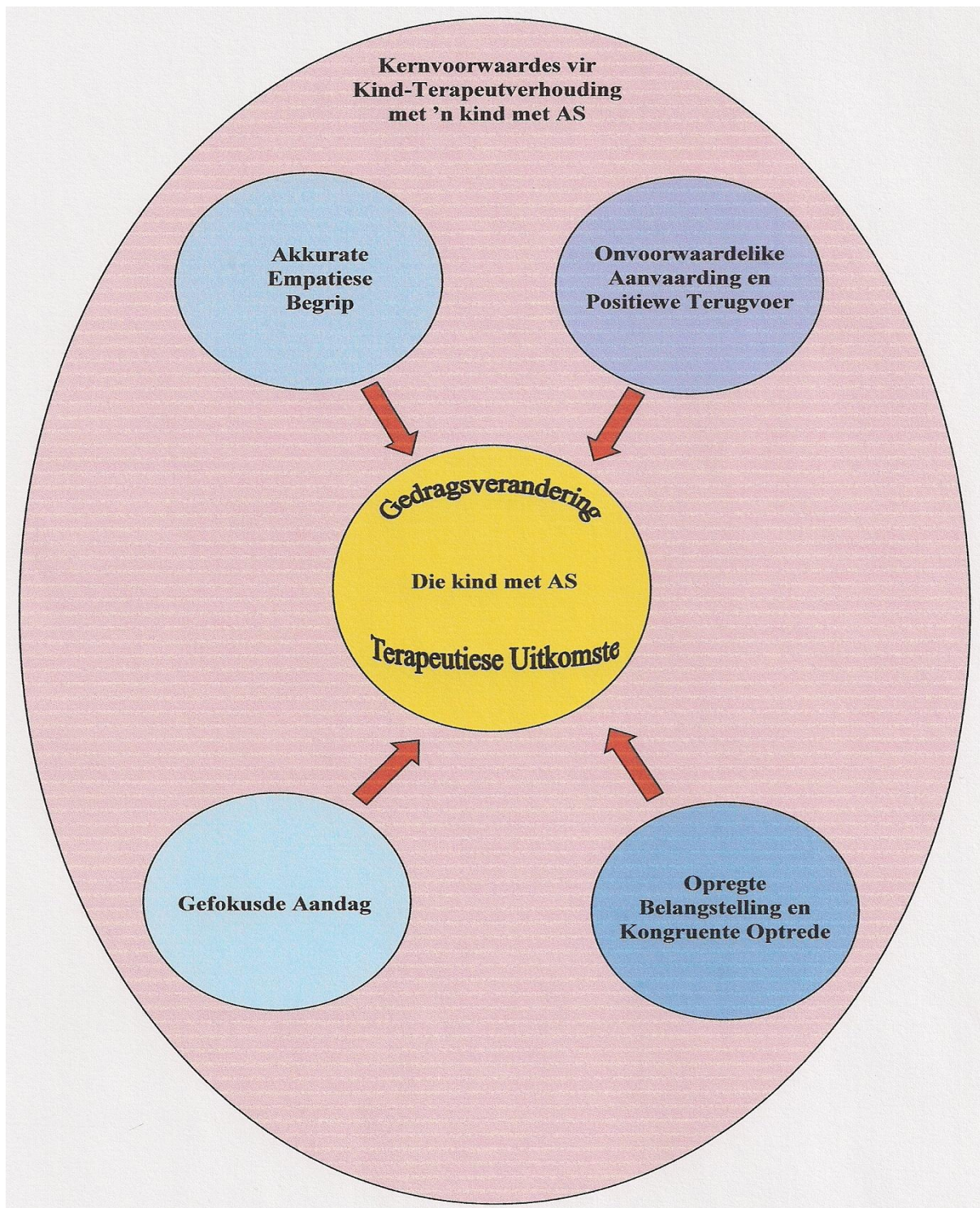
Wat RPT as terapeutiese benadering uniek maak is dat kinders op ervaringsvlak tydens spel terapie vaardighede aanleer wat nie andersins aan hulle geleer kan word nie. Verder kan hulle ontwikkelingstake op konkrete vlak verken, daarmee eksperimenteer, die take bemeester en nuwe leerervarings organiseer op 'n manier wat aan hulle 'n sin vir beheer oor hulle lewe besorg (sien 2.8.2., Figuur 2.6) (Baker, 2004; Corey, 2001; Landreth, 1991; Petty, 2002; Poodhun, 2000). Hierdie eksperimentering dwing die kind om sy eie vooropgestelde idees te heroorweeg en aan te pas. Nuwe oplossings kan getoets word wat mag lei tot verandering en groei in die lewe van die kind met AS (Malchiodi, 2005).

2.8.2.1. Kernvoorwaardes van RPT

Die kernvoorwaardes van RPT word aan die hand van Figuur 2.7 bespreek (sien ook 2.8.2., Figuur 2.6). Die rol van die terapeut behels dat daar aan vier kernvereistes in die terapeut-kindverhouding voldoen moet word sodat gedragsverandering by die kind met AS kan plaasvind (Corey, 2001; Ernst-Terblanche, 2011).

Akkurate empatiese begrip

In RPT fokus die terapeut daarop om empaties-begrypend op te tree deur aktief en sensitief te luister en akkuraat die gevoelens en betekenis van die kind aan te voel en dit aan hom te kommunikeer. Omdat kinders deursigtig optree, kan die terapeut op die kind se liggaamstaal, stemtoon en gesigsuitdrukkings fokus en luister na sy verbalisering om sodoende redelik akkuraat te bepaal wat hy moontlik dink en voel en dit aan hom terugreflekteer deur middel van terapeutiese respondering (VanFleet et al., 2010).



Figuur 2.7. Kernvoorwaardes van RPT wat tot gedragsveranderinge by die kind met AS lei

Onvoorwaardelike aanvaarding en positiewe terugvoer

Die terapeut het nie ten doel om kinders met AS te beoordeel as goed of sleg, of skuldig of onskuldig in hulle optrede nie, maar eerder om die kind se emosionele ongemak te verstaan en hom te help groei. Dit beteken nie dat die terapeut haar eie waardes en oortuigings prysgee nie, maar wel dat die kind se waardes en oortuigings voorrang geniet vir die duur van die terapie. In RPT wys die terapeut opregte omgee en begrip vir die gedagtes, gevoelens en gedrag van die kind met AS, sonder veroordeling, kritisering of verwerping en die mate waartoe die terapeut hierin slaag, bepaal die terapeutiese uitkomst wat moontlik bereik sal kan word (Corey, 2001; Grobler et al., 2005) (sien ook 2.8.1.; 2.9.1.2.; 2.9.1.3.).

Opregte belangstelling en kongruente optrede

Opregte belangstelling en kongruente optrede deur die terapeut is baie belangrike kernvoorwaardes om terapeutiese uitkomst te kan bewerkstellig. Dit behels dat die terapeut eg moet wees en nie 'n front moet voorhou tydens terapie nie; dat haar eie innerlike ervarings met haar uiterlike gedrag (kongruensie) moet ooreenstem; en dat sy haar eie gevoelens, gedagtes, reaksies en houdings eerlik met die kind in terapie moet kan deel. Hierdeur wys die terapeut dat ook sy nie volmaak is nie en dat sy self na groei en verbetering streef (sien ook 2.8.1. en 2.9.1.2.) (Corey, 2001; Grobler et al., 2005).

Gefokusde aandag

Hierdie navorser voeg 'n vierde kernvoorwaarde by RPT, naamlik dat die terapeut 'n verantwoordelikheid het om doelbewus gefokusde aandag tydens terapie aan die kind met AS te skenk (R. Seedat, persoonlike kommunikasie, Junie 14-15, 2007). Dit beteken dat die terapeut alles wat haar aandag en gedagtes mag aflei moet uitskakel deur byvoorbeeld nie 'n selfoon in die speelkamer in te neem nie, nie te dink aan watter ander verantwoordelikhede sy nog daardie dag moet vervul nie, en dat sy sintuiglik die kind met AS se bewegings getrou moet volg tydens die halfuur van spel. Onafgebroke gefokusde aandag bring mee dat die kind

met AS die terapeut as 'n unieke volwassene beleef wat hom genoeg respekteer om haar eie belange vir die duur van die sessie opsy te skuif.

Ander wyses waarop RPT gedragsverandering by kinders met AS kan teweegbring word vervolgens oorweeg.

2.8.2.2. RPT en moontlike gedragsverandering by die kind met AS

Die wyse waarop RPT in nie-direktiewe speltherapie gebruik word mag moontlik ander gedragsveranderinge by die kind met AS teweegbring, soos dat verdegingsmeganismes versag; rigiede persepsies buigsamer raak; dat verantwoordelikheid geneem word om self met probleemoplossings na vore te kom; die verkenning van ernstige bekommernisse; groei van afhanklikheid na onafhanklikheid en dat die kind van nature sal poog om spanning in sy lewe te verminder deur die ordening van en uiting gee aan gedagtes en gevoelens; die vind van balans tussen individuele ervarings en ontwikkeling van die selfstruktuur; dat bewuswording van **Self** bevorder word en dat die kind leer om op 'n meer aanvaarbare manier na homself te begin luister; dat stelselmatig wegbeweeg word van wanaanpassing na groei en psigologiese welsyn; en dat die kind met AS na 'n hoër vlak van funksionering sal kan beweeg en meer van sy ware potensiaal kan bereik (Ernst-Terblanche, 2011; Vorster, 2011).

'n Interaksionele-patroonbenadering tot AS sal hierna verken word en hoewel aspekte wat hierbo beskou is heroorweeg sal word, sal dit binne 'n ander konteks geskied. Voorheen is van die aspekte binne die terapeutiese konteks beskou; in wat volg sal dit in die interaktiewe konteks van die kind met AS en belangrike ander verken word.

2.9. INTERAKSIONELE-PATROONANALISE (IPA) VAN DIE KIND MET AS

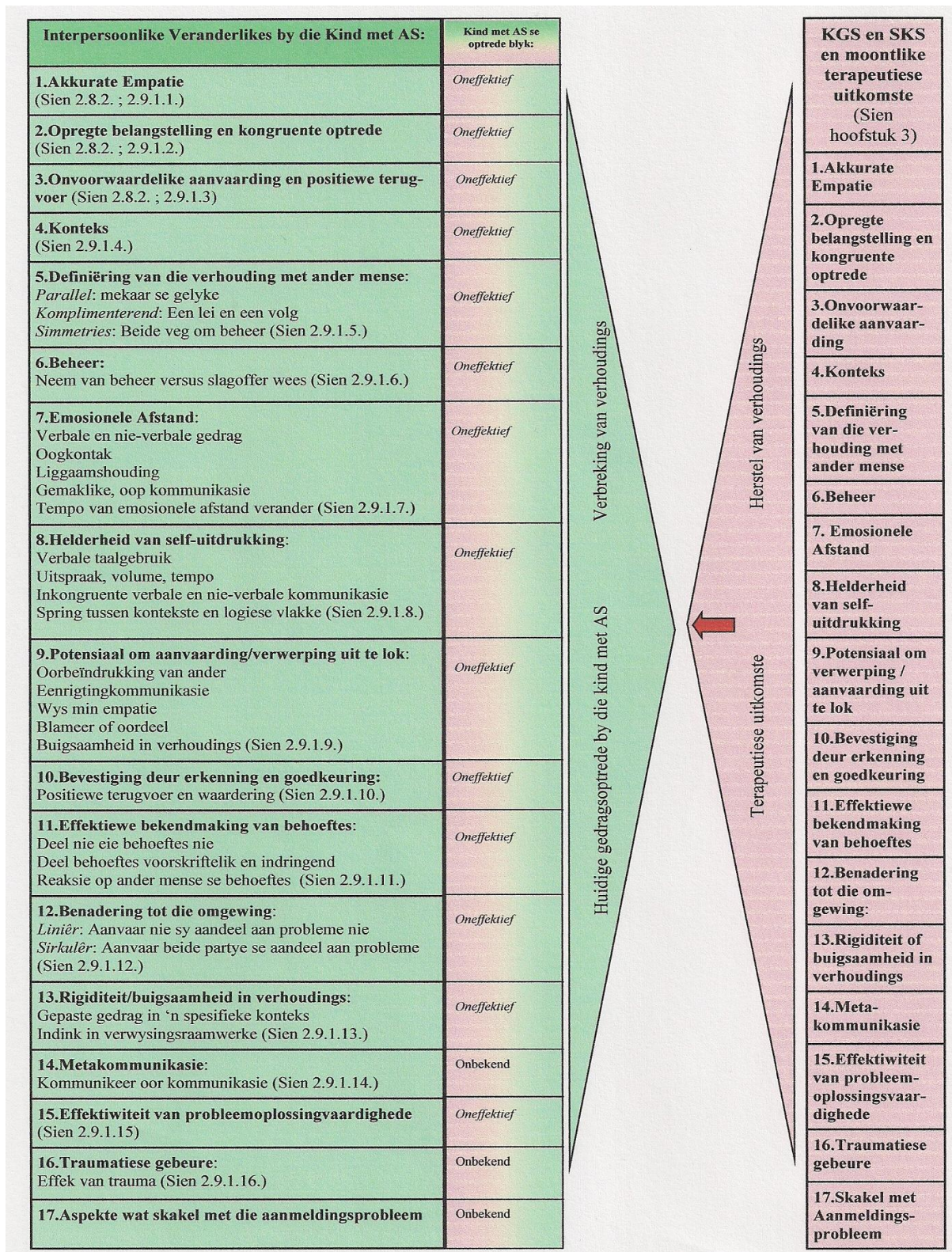
Volgens Vorster (2011, p. 85) is die IPA: *“...a diagnostic approach within the context of psychotherapy that, seemingly, retains the uniqueness of the individual yet provides a systematic and orderly procedure of indication for psychotherapy that have been validated by*

means of empirical research”. Die aard en kwaliteit van interpersoonlike verhoudings hou direk verband met ‘n kind se graad van psigologiese gesondheid. Volgens Vorster is daar empiries bewys dat ‘n betrokke individu se optrede, binne elk van die interpersoonlike veranderlikes, betekenisvol verband hou met die aanmeldingsprobleem en psigologiese gesondheid van daardie kind.

2.9.1. IPA se 17 interpersoonlike veranderlikes en gedrag van die kind met AS

Die IPA ondersteun literatuur oor AS, KGS en SKS, wat aandui dat ‘n terapieplan vir elke kind met AS en sy gesin individueel uitgewerk behoort te word. Die interpersoonlike veranderlikes word toegepas deur te evalueer hoe die kind met AS en betekenisvolle ander ten opsigte van mekaar reageer op elke veranderlike (Ginott, 1982; Ryan & Wilson, 2000; Tsatsanis et al., 2004; Vorster, 2011).

Vervolgens word die kind met AS se gedrag beskryf in terme van hierdie interpersoonlike veranderlikes. In die volgende hoofstuk sal aangetoon word watter terapeutiese uitkomst moontlik bereik sou kon word binne elk van die 17 IPA-veranderlikes deur van KGS en SKS gebruik te maak (sien hoofstuk 3). Die interpersoonlike veranderlikes van die IPA word in Figuur 2.8 weergegee.



Figuur 2.8. Interaksionele-patroonanalise (IPA) (Vorster, 2011) en die kind met AS

Nota: ➡ Die impak wat KGS en SKS moontlik op die IPA van die kind met AS se aanmeldingsprobleem mag hê en terapeutiese mikpunte wat gestel word binne die konteks van KGS en SKS.

2.9.1.1. Akkurate empatie

Akkurate empatie is reeds bespreek (sien 2.8.2.). Daar bestaan 'n algemene wanopvatting dat kinders met AS glad nie die vermoë toon om vir ander mense om te gee nie. Die uitdrukking van empatie het 'n heterogene voorkoms en kan wissel van geen vermoë om empatie te wys tot 'n baie subtile gebrek aan empatie (Baron-Cohen, 2004; Moxon, 2006; Ozonoff & Griffith, 2000; Tantam, 2000; Van Vollenstee, 2006). Kinders met AS ervaar eerstens gedagteblindheid wat die toon van empatie beïnvloed. Volgens Baron-Cohen (2004) behels gedagteblindheid dat hierdie kinders nie altyd intuïtief besef dat ander oor hulle eie gedagtes en gevoelens beskik nie. Juis daarom dat hulle nie altyd ander se gedagtes en gevoelens verwag, in ag neem, effektief daarop reageer of die motivering en bedoelings agter ander se gedrag verstaan nie.

Kinders met AS se gebrekkige vermoë om empatie te wys hou tweedens verband met hulle onvermoë om emosies optimaal te verstaan, gepas te hanteer of aan ander te kommunikeer. Hierdie kinders ervaar wel emosie, maar vind dit baie moeilik om hulle emosies op 'n verbaal aanvaarbare wyse uit te druk. Kinders met AS blyk besorg te wees oor hulle onvermoë om emosies sinvol te verwoord en wil graag leer hoe om dit te bemeester (Attwood, 2006; Murray & Lesser, 2006; Nel, 2005; Stobart, 2009; Parritz & Troy, 2011; Van Vollenstee, 2006).

Betekenisvolle ander is geneig om vanweë verskeie redes soms onsimpatiek teenoor die kind met AS op te tree: ouers wat die AS-diagnose ontken of as oorweldigend beleef; onderwysers wat vanweë gebrekkige kennis oor AS die kind as moedswillig en stout beleef; die portuurgroep wat die onsimpatieke onderwyser se optrede navolg; die portuurgroep wat besef dat die kind met AS anders is en met boeligedrag reageer; een of beide van die ouers wat skisoïede trekke toon en verminderde empatie en emosionele responsiwiteit wys; en die feit dat die kind nie toegelaat word om te gesels oor die effek wat sensoriese

integrasieversteurings op sy lewe het nie (Andrews, 2006; Georgiou, 2006; Jackson, 2006; Landa, 2000; Pakenham et al., 2004; Phemister, 2005; Rourke & Tsatsanis, 2000; Safran et al., 2003; Tantam, 2000; Van Vollenstee, 2006) (sien 2.9.1.9.).

2.9.1.2. Opregte belangstelling en kongruente optrede

Kongruente optrede is reeds vroeër in hierdie hoofstuk bespreek (sien 2.8.1. en 2.8.2.). Hoewel kinders met AS sosiaal geïsoleerd is, toon hulle wel belangstelling in en bewustheid van mense om hulle en is hulle meer geïnteresseerd in sosiale interaksie as wat met outisme die geval is, maar hulle uitreiking na ander kom onbeholpe en eksentriek voor (Beers, 2006; Mash & Wolfe, 2005; Volkmar & Klin 2000).

Kinders met AS kan die indruk skep dat hulle egosentries is omdat hulle geneig is om aanhoudend oor hulle eie belangstellings te gesels; nie regtig ander mense se behoeftes in ag neem nie; onbewus blyk te wees van die sosiale reël van gee-en-neem in verhoudings en ander oënskynlik sosiaal nader net om hulle eie behoeftes te bevredig. Alhoewel kinders met AS 'n behoefte aan vriende het, speel hulle meestal nie saam met ander kinders nie, maar is geneig om met hulle eie aktiwiteite besig te bly. Hierdie kinders is geneig om te onttrek wanneer hulle angstig en bewus raak van hulle ongemak in sosiale situasies (APA, 2000; Attwood, 2006; Autism South Africa, 2002a; Baron-Cohen, 2004; Barrat, 2006; Berney, 2006; Blakemore-Brown, 2002; Mattila et al., 2007; Safran et al., 2003; Phemister, 2005; Tsatsanis et al., 2004; Rourke & Tsatsanis, 2000).

Die literatuur wys daarop dat kinders met AS soms so kongruent in hulle optrede is en dat dit juis teen hulle tel. Hierdie kinders is geneig om hulle opinies en innerlike belewenisse so eerlik en direk oor te dra dat ander mense dit maklik as onsensitief, ongeskik of aanvallend interpreteer. Dit wil voorkom asof kinders met AS meestal bloot oordrewe kongruent optree en dat hierdie kinders nie verstaan hoekom hulle soms daarvoor gestraf word nie (Attwood,

2006; Autism South Africa, 2002a; Georgiou, 2006; Klin & Volkmar, 2000; Landa, 2000; Parritz & Troy, 2011; Shore, 2006; Tsatsanis et al., 2004).

Vanuit die literatuur blyk dit dat die meeste mense afkeurend teenoor die idiosinkratiese gedrag van die kind met AS sal optree, totdat hulle kennis oor AS opdoen en dan meer empaties sal reageer (Attwood, 2006; Gabriels, 2003; Mittleldorf et al., 2001; Nel, 2005; Tantam, 2000; Tsatsanis et al., 2004). Ander mense mag kinders met AS as sosiaal gereserveerd, onbuigsaam en onwillig om aanpassings te maak, beleef en dit mag veroorsaak dat kinders met AS net een of twee vriendskappe het wat nie lank hou nie omdat ander mense belangstelling in hulle verloor (Attwood, 2006; Georgiou, 2006; Klin & Volkmar, 2000; Nel, 2005; Safran et al., 2003; Tantam, 2000, Whitaker, 2006). Dit kom ook voor dat kinders met AS nie inkongruente gedrag van ander kan insien nie en sodoende teikens van ander se bybedoelings word, soos om hierdie kinders te misbruik of opsetlik in die moeilikheid te bring (Blakemore-Brown, 2002).

2.9.1.3. Onvoorwaardelike aanvaarding en positiewe terugvoer

Onvoorwaardelike aanvaarding en positiewe terugvoer is vroeër in hierdie hoofstuk bespreek (sien 2.8.2.). Dit blyk vanuit die literatuur dat kinders met AS vanweë verskeie redes nie daarin slaag om onvoorwaardelike aanvaarding en positiewe terugvoer aan ander te gee nie. Hierdie kinders is geneig om hulle eie stel eksentrieke sosiale reëls en roetines te hou en van ander verwag om ook streng daarby te hou, selfs al is dit onverstaanbaar. Kinders met AS is geneig om perfeksionisties en oorkrities te wees en omgekrap te raak oor onbenullighede. Hulle geneigdheid tot roetine-gebondenheid en rigiede denke mag veroorsaak dat hulle hul opinies en feite hoogs emosioneel en met eindelose redenasies sal verdedig (Attwood, 2006; Baron-Cohen, 2004; Blakemore-Brown, 2002; Harvard Mental Health, 2005; Mittleldorf et al., 2001; Phemister, 2005; Safran et al., 2003; Shore, 2006; Wing, 2000).

Die literatuur en praktyk leer dat kinders met AS oorwegend negatiewe terugvoer van betekenisvolle ander ontvang, meestal omdat daar 'n gebrek aan kennis oor die dinamika van AS is. Ander mense is geneig om negatiewe terugvoer aan die kind met AS te gee wanneer hy nie gepas op sosiale wenke reageer of nie by sosiaal aanvaarbare reëls hou nie (wat die kind nie altyd verstaan nie) (Blakemore-Brown, 2002; Phemister, 2005). Konkrete denke, monotropiese aandag (aanhoudende intense fokus op een belangstelling of aktiwiteit) en sensoriese integrasieprobleme veroorsaak dat kinders met AS onvanpas in sekere situasies in die skool optree en dan gepaardgaande onsimpatieke, negatiewe terugvoer, veroordeling, verwerping en selfs straf van onderwysers en maats ontvang (Barratt, 2006; Klin & Volkmar, 2000; Murray & Lesser, 2006; Tsatsanis et al., 2004; Whitaker, 2006).

2.9.1.4. Konteks

Vorster (2011) wys daarop dat kommunikasie nie in afsondering kan plaasvind nie, maar in 'n spesifieke omgewing en konteks. Dit wat gekommunikeer word skep 'n verdere raamwerk of konteks vir daaropvolgende kommunikasie. Die konteks bepaal dus die betekenis wat aan enige kommunikasie gegee word. Dieselfde woord of frase kan verskillende betekenis in verskillende kontekste hê en as dit nie in ag geneem word nie, kan verwarring, misverstande en frustrasie in verhoudings ontstaan. Kinders met AS mis dikwels die konteks waarbinne woorde gebruik word en sodoende word letterlike betekenis aan sekere woorde of begrippe geheg en kan hulle nie hierdie woorde spontaan en intuïtief in ander kontekste gebruik nie (Mattila et al., 2007; Tantam, 2000). Dit kan byvoorbeeld probleme in eksamens veroorsaak of tot misverstande lei.

Kinders met AS vind dit moeilik om hulle gedrag in verskillende kontekste aan te pas. Sosiale interaksiereëls word byvoorbeeld intellektueel aangeleer en dan streng toegepas, ongeag die konteks. Hierdie kinders neem nie altyd die konteks van ander se gedrag in ag nie en sal ander se gedrag verkeerdelik interpreteer, soos dat daardie persoon opsetlik daarop uit

is om hom te benadeel. Dit blyk ook dat hulle nie veranderinge in konteks opmerk wat deur betekenisvolle ander se stemtoonveranderinge aangedui word nie en dus nie besef dat veranderinge in die onderwyser se stemtoon aandui dat tyd vir speel nou verander na werkstyd in die klas nie (Attwood, 2006; Blakemore-Brown, 2002; Mattila et al., 2007; Murray & Lesser, 2006; Volkmar & Klin, 2000; Whitaker, 2006).

Dit blyk dat ander mense wel die konteks waarbinne kommunikasie en sosiale interaksie met kinders met AS plaasvind in ag neem, mits hulle oor die nodige kennis oor AS beskik en hulle dus nie die eksentrieke gedrag, verbalisasies of gebrekkige aandag deur kinders met AS as persoonlik aanvallend of beledigend sal opneem nie (Phemister, 2005; Safran et al., 2003; Tantam, 2000; Whitaker, 2006). Dit is verder moontlik vir ander mense om hulle taalgebruik aan te pas en meer konkrete woorde te gebruik ten einde die ontstaan van misverstande te verminder. Kinders met AS sal tydens alle ontwikkelingsfases die ondersteuning van betekenisvolle ander binne hul veranderende lewenskontekste benodig (Nel, 2005; Tsatsanis et al., 2004).

2.9.1.5. Definiëring van die verhouding met ander mense

Die wyse waarop 'n verhouding deur die betrokke partye beteken word, bepaal die aard en konteks van daardie verhouding sodat beide partye kan weet watter gedrag aanvaarbaar of onaanvaarbaar is in die betrokke verhouding. Volgens Vorster (2011) is daar vier wyses waarop individue hulle verhoudings met ander mense kan definieer: Gesonde verhoudings wat bestaan uit *parallele verhoudings* waar beide individue mekaar se gelyke is; *komplimentêre verhoudings* wat bestaan uit 'n leier en 'n volgeling; ongesonde verhoudings wat bestaan uit *simmetriese verhoudings* waar 'n aanhoudende magstryd tussen twee individue is; en *ambivalente verhoudings* waar een van die partye ambivalent kommunikeer oor die verhoudingsdefinisie en dit uiteindelik verwarring en onsekerheid vir die ander party in die verhouding tot gevolg kan hê.

Literatuur toon dat simmetriese verhoudings wat 'n magstryd kan veroorsaak, geneig is om by kinders met AS voor te kom omdat hulle graag persoonlike beheer wil behou en omdat swak emosionele regulasie moedswillige, eiesinnige optrede by die kind met AS veroorsaak. Dit belemmer dan sy vermoë om wedersydse sosiale interaksie en sinvolle verhoudings te vorm (Attwood, 2006; Harvard Mental Health, 2005; Moxon, 2006; Parritz & Troy, 2011; Van Vollenstee, 2006).

Dit wil voorkom asof hierdie kinders verhoudings simmetries definieer omdat hulle kovert besig is om vanweë verskeie redes hulle eie, innerlike beleweniswêreld (wat verband hou met simptomatologie van AS) probeer beheer en dat dit uiteindelik hulle verhoudings met ander mense bepaal. Met ander woorde, kinders met AS probeer persoonlike beheer van hulle emosies behou en poog om die effek van sensoriese integrasieversteurings op hulle innerlike belewenisse te hanteer. Hulle poog om voorspelbaarheid in hulle sosiale interaksie te behou deur persoonlike beheer oor hulle roetines te neem. Hierdie kinders vind dit moeilik om spontane gesprekke tydens sosiale interaksie aan die gang te hou en wend hulleself tot gesels oor beperkte belangstellingsvelde om sodanig die gesprek te hanteer. Dit blyk verder dat kinders met AS met emosionele uitbarstings en uit-reagerende gedrag sal reageer wanneer hulle skielik beheerverlies, angs en spanning beleef. Hulle is geneig om ongehoorsaam voor te kom wanneer hulle poog om beheer te herwin as hulle 'n taak te moeilik vind of meer as een opdrag op 'n slag aan hulle gegee word. Hulle visuele sisteem neig om sensitief te wees vir skerp lig of vir die flikkering van buisligte en dit is nie ongewoon vir hierdie kinders om beheerverlies te ervaar en daarop met uit-reagerende gedrag ('tantrum') te reageer wanneer hulle gedwing word om in die omgewing van buisligte sosiaal te moet verkeer of funksioneer nie (Attwood, 2006; 2005; Jackson, 2006; Nel, 2005; Parritz & Troy, 2011; Phemister, 2005; Richarson, 2006; Safran et al., 2003; Shore, 2006; Tantam, 2000).

Literatuur wys dat wanneer 'n kind met AS vanweë bogenoemde optrede rebels voorkom, betekenisvolle ander dan die verhouding simmetries definieer deur beheer oor die situasie te probeer herwin en straf toe te pas of vrae te vra en stellings te maak, soos: “*Hoe voel jy?*”, “*praat met my*”, “*verduidelik jouself*” of “*kry jouself onder beheer*”. Hierdie direkte kommunikasie is egter geneig om die emosionele reaksie van die kind met AS en dus die magstryd te vererger. Die literatuur beveel aan dat betekenisvolle ander die kind met AS help deur lang redenasies te vermy en die kind toe te laat om keuses te maak, besluite te neem en 'n gevoel te skep dat hy onafhanklik, effektief en suksesvol kan wees (Attwood, 2006; Berney, 2006; Geils & Knoetze, 2008; Georgiou, 2006; Klin & Volkmar, 2000; Moxon, 2006; Murray & Lesser, 2006; Tsatsanis et al., 2004; Whitaker, 2006).

2.9.1.6. Beheer

Die wyse waarop 'n kind homself in sy omgewing deur persoonlike beheer posisioneer, is belangrik vir daardie kind se psigologiese gesondheid. Vorster (2011) verduidelik dat 'n kind die siening kan huldig dat hy in beheer van sy omgewing is of andersins dat hy 'n slagoffer van omstandighede is en deur sy omgewing beheer word. Meeste individue bevind hulle iewers tussen die twee pole van persoonlike beheer en slagoffer wees. Dit wil dus voorkom asof kinders met AS bewustelik of onbewustelik as hanteringsmeganisme probeer om beheer oor hulle omgewing te bekom en uit te oefen, eerder as om passief te aanvaar wat met hulle gebeur. Dit is egter 'n feit dat heelwat van die omgewingsfaktore waaroor hulle probeer beheer kry, vir ander mense onsigbaar is en daarom nie altyd deur laasgenoemde verstaan of in ag geneem word nie. Soos reeds genoem (sien 2.9.1.5.), probeer betekenisvolle ander beheer oor die gedrag van die kind met AS neem deur meer direktief op te tree, maar dit is teenproduktief en geneig om onttrekkingsgedrag by hierdie kinders uit te lok (Berney, 2006; Geils & Knoetze, 2008).

2.9.1.7. Emosionele afstand

Vorster (2011) noem dat indien twee partye nie ooreenstem oor die mate van emosionele afstand nie, 'n dans tussen hulle ontwikkel wat behels dat hoe meer een persoon poog om emosionele afstand te verklein, hoe meer sal die ander persoon poog om die emosionele afstand te vergroot. Daar is verskeie wyses waarop kinders met AS bewustelik of onbewustelik emosionele afstand in verhoudings skep. Een daarvan is die wyse waarop oogkontak hanteer word. Hulle neig om nie oogkontak te maak nie en kan dus nie altyd ander mense se gesigsuitdrukkings korrek verstaan nie (APA-TR, 2000; Nel, 2005; Phemister, 2005; Shore, 2006; Volkmar & Klin, 2000). Verder fokus hulle eerder op die onderste helfte van die spreker se gesig as op die gesigsinligtingsdriehoek (twee oë en mond) (Deruelle, Rondan, Gepner, & Tardif, 2004; Parritz & Troy, 2011). Die hoeveelheid tyd wat kinders met AS hulle visie op die gesig van 'n ander persoon fikseer, is ook minder as dié van hulle portuurgroep en dit kan meebring dat die kind met AS dit moeiliker vind om ander mense se gesigte te herken. Kinders met AS kan geneig wees om “deur” iemand te kyk eerder as na die persoon (Falkmer, Larsson, Bjallmark, & Falkmer, 2010). Van Vollenstee (2006) rapporteer dat individue met AS dit moeilik vind om tegelykertyd na 'n persoon te kyk en te luister wat die persoon sê.

Kinders met AS is geneig om die emosionele afstand tussen hulle en ander verder te vergroot, deurdat hulle versuim om interpersoonlike ruimte te respekteer en te na aan ander mense staan of te hard praat; nie 'n spontane gesprek aan die gang kan hou nie; nie hulle werklike innerlike ervarings sinvol met 'n betekenisvolle ander op 'n deursigtige wyse kan deel nie; en nie gepas op ander se vrae reageer nie. Sodanige emosionele afstand kan dit vir ander moeilik maak om die kind met AS werklik te leer ken en veroorsaak uiteindelik dat die kind met AS min empatie en ondersteuning van betekenisvolle ander mag ervaar en dat subjektiewe ervarings van alleenheid, angstigtheid, depressie en spanning by die betrokke

kind kan toeneem (APA, 2000; Blakemore-Brown, 2002; Mattila et al., 2007; Parritz & Troy, 2011; Volkmar & Klin, 2000).

Volgens Vorster (2011) behoort die tempo waarteen emosionele nabyheid inisieer word vir albei partye redelik dieselfde te wees ten einde 'n sinvolle verhouding te begin, anders mag toenadering as bedreigend ervaar en afgewys word. Dit blyk dat die kind met AS aan die begin van 'n gesprek geneig is om emosionele toenadering deur betekenisvolle ander persone as bedreigend te beleef. Daar word dan onmiddellik emosionele afstand geskep deur byvoorbeeld nie oogkontak te maak, te groet, terug te antwoord of gepaste gebaretaal te gebruik nie, waarop die ander persoon sonder sukses harder probeer om die emosionele afstand te verklein en uiteindelik verwerping deur die kind met AS kan beleef (APA, 2000; Phemister, 2005; Shore, 2006) (sien ook 2.9.1.9.).

2.9.1.8. Helderheid van selfuitdrukking

Helderheid of effektiwiteit van selfuitdrukking behels die wyse waarop die kind met AS verbale taal, uitspraak, volume en tempo van spraak, kongruente verbale en nie-verbale kommunikasie en hantering van konteks gebruik in 'n poging om homself duidelik en verstaanbaar uit te druk (Vorster, 2011). Die wyse waarop kinders met AS kommunikeer blyk 'n heterogene voorkoms te hê. Blakemore-Brown (2002) wys daarop dat alhoewel sommige kinders met AS self foutiewe nie-verbale boodskappe deurgee, hulle ander mense se verbale en nie-verbale boodskappe redelik korrek verstaan. Ander kinders met AS het weer die vermoë om korrekte boodskappe te stuur, maar hulle verstaan die boodskappe van betekenisvolle ander mense verkeerd. Dit mag gebeur dat kinders met AS onbewus van die ander persoon se verbale en nie-verbale response kan wees of dit nie in ag neem nie (Autism South Africa, 2002a; Parritz & Troy, 2011).

Kinders met AS kan oor goeie woordeskat beskik, maar deur hul pragmatiese gespreksvaardighede neig om die effektiwiteit van selfuitdrukking te belemmer (Baron-

Cohen, 2004; Beers, 2006; Landa, 2000; Mash & Wolfe, 2005; Parritz & Troy, 2011; Szatmari et al., 2003; Tsatsanis et al., 2004). Hulle is geneig om eensydig, egosentries en omslagtig in hulle gesprekke te wees of onvanpas van gespreksonderwerp te verander. Die kinders is geneig om elke gedagte te verbaliseer en te veel detail te deel en nie hulle spraak in terme van spesifieke boodskappe te organiseer nie. Hulle kan te veel of te min praat, of te veel of te min agtergrondinligting in geselskap deel, of ander mense in die rede val. Hulle vind dit moeilik om 'n gesprek te hervat nadat 'n breuk in kommunikasie ontstaan het. Hierdie kinders kan ook onbewus van die subtiele boodskappe van ander mense wees en nie besef dat ander ook 'n spreukbeurt wil hê of die gespreksonderwerp wil verander nie (Adams et al., 2004; Landa, 2000; Volkmar & Klin, 2000). Dit is interessant dat volgens Mattila et al. (2007), onlangse navorsing begin dui op die moontlike voorkoms van ouditiewe prosesseringsprobleme wat effektiwiteit van selfuitdrukking kan beïnvloed.

Monotone spraak kan voorkom, maar word nie by alle kinders met AS opgemerk nie (Volkmar & Klin, 2000), terwyl sommige neig om nie hulle stemvolume by situasies aan te pas nie. Kinders met AS kan neig om verbaal indringend te wees en praat “na” 'n luisteraar toe en nie “met” hom nie (Adams et al., 2004; Harvard Mental Health, 2005; Phemister, 2005). Soos reeds bespreek (sien 2.9.1.4.), kan effektiwiteit van selfuitdrukking by kinders met AS belemmer word omdat hulle nie die konteks van gebeure in ag neem nie.

Literatuur dui daarop dat selfs al kan betekenisvolle ander persone hulself effektief uitdruk deur hul taalgebruik, uitspraak, volume en tempo van spraak, kongruente verbale en nie-verbale kommunikasie en hantering van konteks, daar steeds 'n kans is dat misverstande kan ontstaan vanweë die wyse waarop die kind met AS hierdie kommunikasie interpreteer en verstaan (sien 2.9.1.4.). Abstrakte taalgebruik, geïmpliseerde betekenis van woorde, die gebruik van vergelykings, kategorievorming, sinonieme, antonieme en gevolgtrekkings kan maklik op 'n konkrete manier verkeerd deur die kind met AS verstaan word (Autism South

Africa, 2002a; Beers, 2006; Blakemore-Brown, 2002; Landa, 2000; Mash & Wolfe, 2005; Tantom, 2000; Tsatsanis et al., 2004; Volkmar & Klin, 2000; Whitaker, 2006).

2.9.1.9. *Potensiaal om aanvaarding/verwerping uit te lok*

Die wyse waarop die kind met AS poog om sosiale interaksie met ander mense te bewerkstellig kan aanvaarding of verwerping deur betekenisvolle ander uitlok. Vorster (2011) brei hierop uit dat 'n persoon se eiewaarde, selfbeeld, selfvertroue en interaksie met die omgewing deur die welwillendheid wat hy in daardie omgewing beleef, bepaal word. 'n Verwerpingsbelewing sal tot isolasie en kwesbaarheid by die kind met AS lei. Die volgende tipiese gedragspatrone van kinders met AS mag aanleiding gee tot verwerping deur ander, naamlik kinders met AS se neiging om nie empatie te wys nie; om rigied te wees en nie ander en hulle roetines onvoorwaardelik te aanvaar nie; om nie altyd kongruent op te tree nie; om nie altyd buigsaam in hulle sosiale interaksie te wees nie; om as beterweterig of ongeskik voor te kom wanneer hulle onophoudelik gesels oor hulle belangstellingsvelde; om nie altyd opregte belangstelling in ander se aktiwiteite of gesprekke te toon nie; om emosionele afstand te behou; om verhoudings simmetries te definieer wat tot argumente en 'n magstryd kan lei; om nie die konteks van 'n situasie in ag te neem nie; om nie altyd effektief te wees in self-uidrukking nie; om nie altyd hulle behoeftes te deel nie of nie ander mense se behoeftes te repsekteer nie; en om nie altyd hulle aandeel aan verhoudingsprobleme in te sien en hulleself in die verwysingsraamwerk van 'n ander persoon te stel nie (Adams et al., 2004; Attwood, 2006; Autism South Africa, 2002a; Baron-Cohen, 2004; Berney, 2006; Blakemore-Brown, 2002; Mash & Wolfe, 2005; Mattila et al., 2007; Moolman-Smook et al., 2008; Nel, 2005; Parritz & Troy, 2011; Phemister, 2005; Rourke & Tsatsanis, 2000; Safran et al., 2003; Szatmari et al., 2003; Wing, 2000) (sien ook 2.9.1.1. tot 2.9.1.8. en 2.9.1.11.).

Uit bogenoemde blyk dit dat die aanhoudende misverstande en mislukte pogings tot sosiale interaksie wat kinders met AS ervaar as gevolg van hulle AS-spesifieke problematiek,

kan veroorsaak dat intense gevoelens van verlies, verwerping, mislukking, onbevoegdheid, sosiale vervreemding, woede, geïsoleerdheid, eensaamheid, alleenheid, moedeloosheid, angstigheid, terneergedruktheid en depressie wat selfs tot selfmoord pogings by hulle kan lei, ontstaan (Attwood, 2006; Jackson, 2006; Klin & Volkmar, 2000; Moxon, 2006; Shore, 2006).

AS-spesifieke problematiek veroorsaak dat hierdie kinders dikwels deur hulle portuurgroep geterg, gespot of geboelie word, of as "weird" of "freaks" uitgemaak word en dit laat die kind met AS nog meer voel dat hy anders is en nie inpas nie (Andrews, 2006; Barratt, 2006; Georgiou, 2006; Jackson, 2006; Parritz & Troy, 2011; Whitaker, 2006). Die literatuur wys daarop dat sibbe van 'n kind met AS bewus is van hulle boetie of sussie se eksentriekheid en dat sommige sibbe mag reageer met omgee, aanvaarding en ondersteuning, terwyl ander met ongeduld, vyandigheid en aggressie teenoor die sib met AS sal optree (Attwood, 2006; Nel, 2005; Tantam, 2000; Tsatsanis et al., 2004).

2.9.1.10. Bevestiging deur erkenning en goedkeuring

Bevestiging, volgens Vorster (2011), behels dat 'n persoon selfversekering ervaar wanneer erkenning en/of goedkeuring uit die omgewing verkry word. Die persoon voel geag en gewaardeer, asook raakgesien. Die wederkerige gee en ontvang van erkenning en goedkeuring is belangrik vir die eiewaarde en emosionele welsyn van die kind met AS (sien 2.9.1.3. en 2.9.1.9.). Volgens die literatuur word betekenisvolle ander selde bemagtig deur die kind met AS se amper egosentriese ingesteldheid om sy eie AS-gebaseerde problematiek te hanteer, sy geneigdheid tot eenrigtingkommunikasie en aanhoudende gesels oor eie belangstellings (Berney, 2006; Blakemore-Brown, 2002).

Vanuit die literatuur blyk dit dat kinders met AS nie altyd erkenning en goedkeuring van betekenisvolle ander ontvang nie (sien 2.9.1.3. en 2.9.1.9.) en daar word aanbeveel dat betekenisvolle ander bewus gemaak word van die sterkpunte, talente en potensiaal van die

kind met AS. So byvoorbeeld kan relatief sterk kognitiewe- en taalvermoëns meebring dat akademie 'n sterk punt mag wees of dat die betrokke kind met AS oor goeie internetvaardighede kan beskik en betrek kan word om die res van die klas met navorsing te help, of te help met die skryf van die klas se nuusbrief (Georgiou, 2006; Klin & Volkmar, 2000; Phemister, 2005; Tsatsanis et al., 2004; Whitaker, 2006).

2.9.1.11. Effektiewe bekendmaking van behoeftes

Die effektiewe bekendmaking van persoonlike behoeftes aan betekenisvolle ander het 'n direkte effek op die kind met AS se selfaktualisering en psigologiese gesondheid (Vorster, 2011). Onuitgesproke behoeftes kan nie deur betekenisvolle ander vervul word nie en behoeftes wat voorskriftelik gedeel word kan verdediging, onttrekking of verwerping ontlok. Volgens die literatuur is kinders met AS geneig om nie altyd hulle behoeftes effektief bekend te maak nie, soveel so dat selfs terapeute dit moeilik vind om 'n effektiewe behoeftebepaling by hierdie kinders in terapie te doen (Blakemore-Brown, 2002; Tsatsanis et al., 2004; Volkmar & Klin, 2000). Wat wel bekend is, is dat kinders met AS verskeie behoeftes het, onder andere 'n intense behoefte aan sosiale interaksie (Attwood, 2006). Hierdie kinders blyk bewus te wees van hulle gevoelens en het behoefte om sulke gevoelens met ander te deel, maar kry dit nie altyd sinvol reg nie. Kinders met AS is geneig om hulle behoeftes wat met sensoriese integrasieversteurings verband hou te probeer hanteer sonder om noodwendig daaroor met iemand te praat (M. Greyling, persoonlike kommunikasie, April 23-24, 2008) (sien ook 2.9.1.2.; 2.9.1.9.; 2.9.1.10.).

Meestal maak betekenisvolle ander wel hulle behoeftes aan die kind met AS bekend, maar die kind reageer nie noodwendig gepas op hierdie oproepe nie. Dit bring mee dat betekenisvolle ander nie kan verstaan waarom die betrokke kind nie gehoor gee aan hulle oproepe nie en dit lei dikwels tot frustrasie en dissiplinêre probleme. 'n Sterk behoefte bestaan by meeste ouers, onderwysers, terapeute en ander belanghebbendes om meer te wete

te kom oor kinders met AS (Phares, 2008; Volkmar & Klin, 2000). Daar word aanbeveel dat 'n multi-professionele span wat ouers, onderwysers, spraak- en arbeidsterapeute en ander belanghebbendes insluit, die kind met AS se unieke behoeftes identifiseer en by 'n terapieplan inwerk (Phemister, 2005; Tsatsanis et al., 2004; Whitaker, 2006).

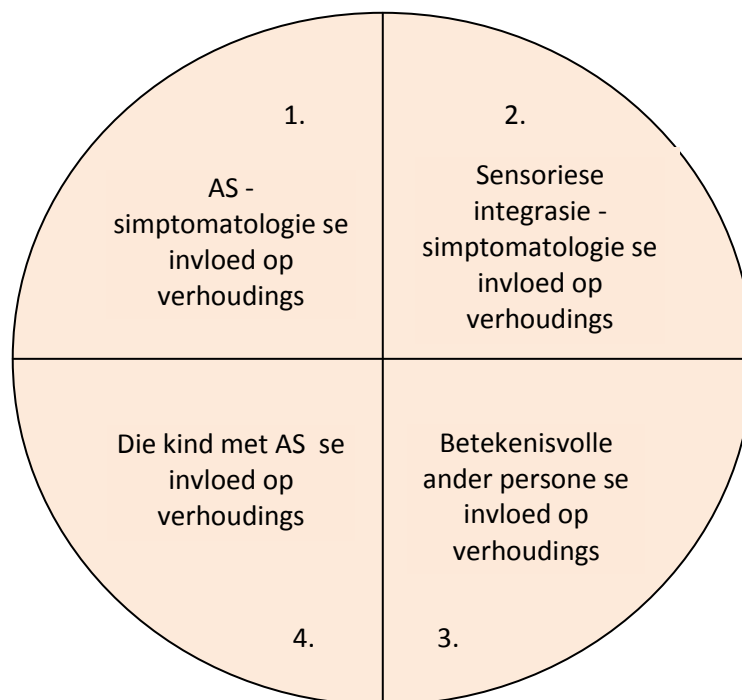
2.9.1.12. Benadering tot die omgewing

Kinders met AS kan 'n liniêre- of sirkulêre benadering tot hulle omgewing volg. Vorster (2011) beskryf 'n *liniêre benadering* as persone wat nie hulle aandeel in interaktiewe prosesse insien nie en ander dan blameer vir wat fout gaan in verhoudings. 'n Liniêre benadering blyk oneffektief en destruktief in sosiale verhoudings te wees. 'n *Sirkulêre benadering* behels dat die kind met AS insig het dat beide hyself en die betekenisvolle ander 'n aandeel het aan die goeie en die slegte wat in hulle sosiale interaksieproses gebeur en verantwoordelikheid neem vir sy aandeel. 'n Sirkulêre benadering is geneig om die psigologiese gesondheid van beide partye in die verhouding te bevorder.

Volgens Attwood (2006) blyk dit dat sommige kinders met AS geneig is om 'n liniêre benadering te volg, veral wanneer hulle gedagtes en gevoelens eksternaliseer en ander daarvoor verantwoordelik hou. Ander kinders met AS wat hulle gevoelens en gedagtes internaliseer, volg ook 'n liniêre benadering deur net op hulle eie aandeel aan verhoudingsproblematiek te fokus en nie die ander party se aandeel in ag te neem nie.

Die kind met AS asook betekenisvolle ander moet bewus gemaak word van die feit dat, in die konteks van AS, daar moontlik vier faktore is wat in onderlinge verhoudings in ag geneem behoort te word. Figuur 2.9 hieronder vertoon sodanige faktore. AS-spesifieke simptomatologie asook sensoriese integrasieversteurings kan verhoudings negatief beïnvloed deurdat kinders met AS die indruk skep dat hulle egosentries, onbeholpe en eksentriek optree; dat hulle nie maklik deel in verhoudings nie; net hulle eie behoeftes bevredig en nie ander se behoeftes of die konteks van situasies in ag neem nie wat gevolglik verwarring, misverstande

en frustrasie meebring; asook dat hulle sekere sosiale aktiwiteite sal vermy of met onvanpaste uit-reagerende gedrag sal reageer in 'n poging om die effek van sensoriese integrasieversteurings te hanteer. Die daaropvolgende gedrag van betekenisvolle ander kan as liniêr beskryf word wanneer hulle hierdie gedrag van die kind met AS verkeerdelik as stout of opsetlik tipeer (Harvard Mental Health, 2005; Murray & Lesser, 2006).



Figuur 2.9. Vierledige aandeel in sinvolle sirkulêre benaderings tot verhoudings met kinders met AS

2.9.1.13. Rigiditeit /buigsaamheid in verhoudings

Vir kinders met AS om optimaal funksionerende verhoudings te ontwikkel, sal hulle 'n mate van interpersoonlike buigsaamheid moet hê wat hulle in staat sal stel om te kan aanpas in verskillende kontekste en tussen verskillende individue. Soos reeds bespreek (sien 2.8.1.1.), wil dit voorkom asof kinders met AS geneig is om meer rigied in hulle sosiale interaksie met betekenisvolle ander te wees en dat hulle nie altyd hulle gedrag aanpas in verskillende kontekste nie. Sensoriese oorlading as gevolg van sensoriese

integrasieversteurings lok 'n veg- of vlugreaksie by die kind uit wat dit ook kan laat voorkom asof hy rigied en onbuigsaam in sy denke en optrede is. Wanneer 'n kind met AS geneig is om net vanuit sy eie verwysingsraamwerk op te tree en ander mense s'n te ignoreer, kan dit veroorsaak dat betekenisvolle ander hulself onttrek of van die betrokke kind distansieer (Attwood, 2006; Baron-Cohen, 2004; Blakemore-Brown, 2002; Kranowitz, 2005; Murray & Lesser, 2006; Vorster, 2011) (sien ook 2.9.1.9.).

Dit wil voorkom asof kennis oor AS aan ouers, maats en onderwysers begrip gee en hulle meer buigsaam maak in hulle optrede teenoor die kind (Safran et al., 2003; Tantam, 2000; Whitaker, 2006).

2.9.1.14. Metakommunikasie

Metakommunikasie behels dat die kind met AS en betekenisvolle ander sal kan nadink oor die wyse waarop hulle met mekaar kommunikeer. Die vermoë tot metakommunikasie is uiters noodsaaklik om 'n harmonieuse verhouding tussen twee partye te kan ontwikkel. Vorster (2011, p. 94) sê hieroor: *“The metaphor of a ‘helicopter position’ seems useful in this respect and the couple can then ‘look down’ on their own process of interaction or communication in an attempt to gain an understanding of this process and how the pattern of interaction between them evolved”*. Metakommunikasie ondersteun bewuswording van eie gedrag by die partye wat moontlike verandering in beide se gedrag kan teweegbring. Geen literatuur oor kinders met AS se spontane gebruik van metakommunikasie kon gevind word nie.

2.9.1.15. Effektiwiteit van probleemoplossingsvaardighede

Volgens Vorster (2011) behoort elke kind individueel geëvalueer te word ten opsigte van effektiewe probleemoplossingsvaardighede om verskillende vorme van omgewings- en interpersoonlike druk te kan hanteer. Ook behoort vasgestel te word of hulle oor die vermoë beskik om nuwe probleemoplossingsvaardighede aan te leer.

Dit wil voorkom asof kinders met AS wel bewus is van aspekte waarmee hulle probleme ondervind en pogings tot probleemoplossing aanwend, alhoewel van hierdie pogings nie altyd suksesvol is nie en selfs verskeie nadele vir die kind met AS kan inhou (Barratt, 2006; Georgiou, 2006). As poging tot probleemoplossing, noem Volkmar en Klin (2000) dat sommige kinders met AS sal probeer om die probleem van gebrekkige sosiale interaksie te hanteer deur op onvanpaste wyse na ander persone uit te reik. Hierdie gedrag kan dan maklik verkeerdelik as gedragsprobleme geïnterpreteer kan word. 'n Ander oneffektiewe wyse van probleemoplossing gebeur as sommige kinders met AS ongelukkigheid met sosiale interaksie probeer hanteer deur hulle denke en gevoelens te internaliseer en 'n verbeeldingswêreld te skep waarbinne hulle hulself as suksesvol en aanvaarbaar beleef, maar sodoende die ware toedrag van sake grootliks ontken. Ander kinders met AS gebruik nabootsing en bly in sosiale situasies eers op 'n afstand, observeer en oefen dan in wat hulle die ander persoon sien doen: *"They are rehearsing, practising the script and their role, to achieve a fluency and confidence before attempting to be included in real social play situations"* (Attwood, 2006, pp. 33, 37). Die probleem hiermee is dat die nabootsende gedrag nie spontane optrede verseker nie en ook in 'n verkeerde konteks gebruik kan word, wat dan aanleiding tot misverstande en sosiale konflik kan gee.

In 'n poging om die probleem van alleenheid en eensaamheid te hanteer, sal sommige kinders met AS tegnologie soos die internet gebruik om sosiale kontak met ander mense te maak wat in dieselfde dinge as hulle belangstel (Georgiou, 2006). Internetvriende kan egter nie werklik vir vriendskappe kompenseer waar oogkontak gemaak word, teenwoordigheid gevoel word, verwisseling in stemtoon gehoor kan word en veral tweerigtingkommunikasie ervaar kan word nie.

Pogings om sensoriese oorlading te hanteer, soos deur byvoorbeeld te onttrek of van uit-reagerende gedrag gebruik te maak, kan nadelig wees in dié opsig dat die kind met AS as

ongehoorsaam en stout getipeer word (Safran et al., 2003; Van Vollenstee, 2006). Die gebruik van 'n eie stel intellektuele reëls as probleemoplossing vir regulering van sosiale gedrag raak oneffektief wanneer die reëls nie buigsaam aangepas word in verskillende sosiale kontekste nie en kan konflik in verhoudings veroorsaak. 'n Ander manier van probleemoplossing wat soms deur kinders met AS gebruik word, is die weiering om samewerking te gee wanneer hulle deur opdragte oorweldig word (M. Greyling, persoonlike kommunikasie, April 23-24, 2008). Hierdie poging tot probleemoplossing is oneffektief, omdat die kind met AS dan as ongehoorsaam of moedswillig gesien word.

Sodra kinders met AS van hulle sterkpunte en talente bewus raak, beskik baie van hulle oor die vermoë om daarmee te kompenseer vir hulle swakpunte. Dit is soms juis hulle beperkte belangstellingsvelde wat hulle so suksesvol in hulle beroepe maak. Hulle beskik oor die vermoë om gefokus te bly op wat hulle doen, hulle dink oorspronklik oor onderwerpe, vind nuwe maniere om dinge te ondersoek en kanaliseer al hulle vermoëns in een spesialiteitsgebied (Attwood, 2006; Murray & Lesser, 2006; Phemister, 2005; Tsatsanis et al., 2004; Volkmar & Klin, 2000). Dit het egter die nadeel dat alhoewel die kind met AS 'n spesialis op een gebied raak, hy steeds sosiale interaksieprobleme ervaar. Volgens die literatuur kan kinders met AS nuwe sosiale vaardighede aanleer, maar is dit ironies dat hulle dit moeilik vind om nuut aangeleerde probleemoplossingsvaardighede spontaan te veralgemeen na ander kontekste (Blakemore-Brown, 2002; Klin & Volkmar, 2000; Tantam, 2000).

Belanghebbende ander persone soek na oplossings om die kind met AS effektief te help. Een van die groot frustrasies vir terapeute, byvoorbeeld, is 'n gebrek aan wetenskaplik-gefundeerde meetinstrumente vir die diagnosering van AS. Vraelyste kan wel 'n aanduiding van versteurings op die outistiese spektrum gee, maar die resultate in terme van meetbare gedrag is meestal 'n probleem. Terapeute vind dit dikwels moeilik om 'n sinvolle terapeut-

kindverhouding met die kind met AS op te bou. Ouers ondervind probleme met korrekte skoolplasings vir kinders met AS en onderwysers voel nie altyd bevoeg of bemagtig om hierdie kinders effektief in die klas te hanteer nie. Ouers en onderwysers behoort begelei te word in hoe hulle spesifieke reëls vir gepaste optrede in die klas, winkels en restaurante op 'n herhalende wyse aan die kind met AS kan leer. Lewensvaardighede vir selfhandhawing, byvoorbeeld die doen van inkopies, die gebruik van openbare vervoer en selfversorging moet aangeleer word. Geleenthede vir persoonlike groei, ken van eie potensiaal en vermoëns, selfgedyding en die ontwikkeling van emosionele welsyn is verdere probleemareas waarmee hulp benodig word (Autism South Africa, 2002a; Gabriels, 2003; Josefi & Ryan, 2004; Mittedorf et al., 2001; Moolman-Smook et al., 2008; Tsatsanis et al., 2004).

2.9.1.16. *Traumatiese gebeure*

Vorster (2011) noem dat selfs een traumatiese gebeurtenis kan veroorsaak dat 'n kind nie soos voorheen sy probleemoplossings- en hanteringsvaardighede optimaal benut nie. By nadere ondersoek mag dit blyk dat enige van die bogenoemde interpersoonlike veranderlikes, tesame met 'n traumatiese gebeurtenis 'n rol in die kind met AS se problematiek of onvermoë om druk vanuit die omgewing of sosiale interaksie te kan hanteer, mag speel. Inligting oor die spesifieke effek van trauma op die kind met AS is skaars. Wat wel interessant is, is dat Berney (2006) daarop wys dat sommige kinders se AS-simptome eers werklik sigbaar raak na afloop van 'n traumatiese gebeurtenis, of nadat skielike verandering en onvoorspelbare omstandighede die kind se gedrag begin beïnvloed. Sommige kinders word dan eers met AS gediagnoseer.

2.9.1.17. *IPA-veranderlikes as skakel met die aanmeldingsprobleem*

Die IPA bied 'n waardevolle riglyn vir die evaluering van 'n kind met AS se funksionering. Sodanige analise kan dan in verband gebring word met die aanmeldingsprobleem van die betrokke kind. Die kind se gedrag binne elk van die

interpersoonlike veranderlikes kan as riglyn vir toekomstige terapeutiese intervensies dien (Vorster, 2011).

2.10. SLOT

In hierdie hoofstuk is 'n kort oorsig van AS en verbandhoudende aspekte gegee en daarna is gefokus op die verskillende interpersoonlike veranderlikes van die IPA in samehang met RPT (Ernst-Terblanche, 2011; Vorster, 2011). Daar is vanuit die literatuur gekyk na tipiese optredes van die kind met AS binne elk van hierdie interpersoonlike veranderlikes en hoe dit moontlik die gedrag van 'n kind met AS betekenisvol kan verduidelik. In die volgende hoofstuk word gefokus op hoe die gebruik van nie-direktiewe terapie (KGS en SKS) moontlike terapeutiese uitkomste in elk van die IPA se 17 interpersoonlike veranderlikes van 'n kind met AS kan bevorder.