

**KINDGESENTREERDE SPELTERAPIE EN SANDKASSPELTERAPIE
MET 'N KIND MET DIE ASPERGERSINDROOM**

D. FAUL

B.A. (HONS), M.A. (Kliniese Psigologie)

'n Proefskrif voorgelê ter voldoening aan die vereistes vir die graad

PHILOSOPHIAE DOCTOR

in

PSIGOLOGIE

by die

VAALDRIEHOEKKAMPUS VAN DIE NOORDWES-UNIVERSITEIT

Promotor: Prof. C. van Eeden

Mede-promotor: Dr E. K. van der Merwe

VANDEBIJLPARK

2013

VERKLARING

Ek verklaar hiermee dat hierdie studie, **Kindgesentreerde spelterapie en sandkasspelterapie met 'n kind met die Aspergersindroom**, my eie werk is, dat alle bronne wat geraadpleeg was as volledige verwysings ingesluit is, en dat hierdie studie nie voorheen deur my by 'n ander universiteit ingedien was nie.

Geteken

Datum

Dinelle Faul

3 Desember 2012



TRANSLATION AND EDITING SERVICES

Phone: (018) 910 3429

Fax: (018) 285 6024

E-mail: Elsabe.Diedericks@nwu.ac.za

VERKLARING

Hiermee word bevestig dat die ondergetekende die volgende proefskrif taalversorg het:

Titel: Kindgesentreerde spelterapie en sandkasspelterapie met 'n kind met Aspergersindroom
Ingedien deur: Dinelle Faul
Program: Philosophiae Doctor in Psigologie
Universiteit: Noordwes-Universiteit, Vaaldriehoekkampus

ED Diedericks

Dr Elsabé Diedericks

03 Desember 2012



NORTH-WEST UNIVERSITY
YUNIBESITHI YA BOKONE-BOPHIRIMA
NOORDWES-UNIVERSITEIT
VAALDRIEHOEKKAMPUS

**DIREKTEUR: SKOOL vir
GEDRAGSWETENSKAPPE**

Posbus 1174, Vanderbijlpark
Suid-Afrika, 1900

Tel: (016) 910-3419
Web: <http://www.nwu.ac.za>

4 Desember 2012

Toestemmingsbrief.

Toestemming word hiermee verleen dat die proefskrif getitel:

KINDGESENTEERDE SPELTERAPIE EN SANDKASPELTERAPIE

MET 'N KIND MET DIE ASPERGERSINDROOM

ingedien mag word deur Dinelle Faul met die doel om 'n PhD-graad in Psigologie te verwerf. Dit is in ooreenstemming met akademiese reëls A.8 en spesifiek A.8.2.b van die Noordwes Universiteit.

A handwritten signature in blue ink that reads "C. van Eeden".

Promotor: Prof. C. Van Eeden
Datum: 4 Desember 2012

A handwritten signature in blue ink that reads "E.K. van der Merwe".

Mede Promotor: Dr. E.K. van der Merwe
Datum: 4 Desember 2012.

BEDANKINGS

Hiermee my opregte dank aan:

- My Skepper sonder Wie se hulp hierdie studie nie begin of voltooi sou word nie;
- Prof. C. van Eeden vir haar entoesiasme, toegewydheid, geduld en perfeksie waarmee sy as promotor en mentor opgetree het. Haar eggenoot, Frik van Eeden, vir die tegniese versorging;
- Dr K. van der Merwe vir hulp met die kwalitatiewe data-analise, sinvolle voorstelle en aanmoediging;
- My moeder, Dirkie Faul, my broer Louis en sy gesin, John en Lenie Faul, asook Ouma Lina vir al hul liefdevolle ondersteuning, aanmoediging, opofferings, geduld en gebede;
- Spesiale dankie aan al my familie en vriende vir julle opregte belangstelling en gebede;
- Mev Jos de Villiers, vir maande se hardop lees en herlees van talle artikels tydens die opskryf van die literatuurstudie. Dankie vir al u tyd, liefde en opoffering.
- Ernst Barnard, my getroue kollega en goeie vriend wie onmisbare bystand in die praktyk verleen het, vir hulp met rekenaartegnologie, soek na bronne, asook omskakel van video's na digitale videoskywe;
- Dr Elsabé Diedericks vir die taalversorging en versorging van die bronnelys;
- NWU vir finansiële bystand met beurse;
- J en sy ouers wat 'n lewensveranderende indruk op my gelaat het en my toegelaat het om dit met die sielkundewêreld te deel;
- Mev Riana Knouwds wie se arbeidsterapeutiese insette my 'n diepe begrip gegee het van die effek van sensoriese integrasie op die alledaagse funksionering van 'n kind met AS; en
- Mev M. Esterhuizen en H. Pretorius wat as biblioteekpersoneel soveel moeite gedoen het. Julle vriendelikheid en hulpvaardigheid, asook die stiptelikheid waarmee julle opgetree het sal ek altyd onthou.

Letter from J's parents

"You have given our son to us. We can now see the world through his eyes and appreciate all his fears, anger, excitement and most of all his happiness, for he is so much happier since you opened our eyes. There are no words to express how grateful we are. Thank you."



In Liefdevolle Herinnering aan my vader, Dr Louis Faul, wie my bekend gestel het aan liefde, deursettingsvermoë en die kwaliteit soek en vind van hoop en beterskap vir ons medemens.

OPSOMMING

Die hoofdoel van hierdie studie was om aan te dui watter terapeutiese uitkomst deur 'n vyfjarige seun met Asperger Sindroom (AS), met behulp van nie-direktiewe prosesse van kindgesentreerde speltherapie (KGS) en sandkasspeltherapie (SKS) bereik was. As deel van hierdie verkennend-beskrywende kwalitatiewe navorsingsontwerp is 'n gesatureerde, holistiese, intrinsieke enkelgevalstudie beskryf. Die terapeutiese verloop, gebeure en uitkomst van 'n unieke enkelgeval binne die konteks van AS, nie-direktiewe speltherapie (KGS en SKS) en die interaksionele patroonanalise (IPA) is ondersoek.

Hierdie studie is gemotiveer deur die navorser beskik het oor data vir 'n unieke enkelgevalstudie wat 'n sinvolle bydrae kon lewer tot die behoefte wat bestaan aan 'n navorsingsdatabasis wat effektiewe terapeutiese intervensies en uitkomst by kinders met AS beskryf.

Die literatuurstudie het vanuit die Rogeriaanse persoonsgesentreerde teorie (RPT) gefokus op 'n geïntegreerde bespreking van AS, KGS en SKS aan die hand van 17 interpersoonlike veranderlikes van die interaksionele patroonanalise (IPA). Die volgende databronne is ondersoek: onderhoude met ouers en onderwysers; KGS-sessies van J wat op video opgeneem is; foto's van sommige van J se SKS-sessies en prosesnotas van die terapeut. Triangulering is gebruik om die verskillende kategorieë van terapeutiese uitkomst te evalueer en vanuit uiteenlopende hoeke betekenis daaraan te gee.

Die bevindings het daarop gedui dat hierdie seun met AS die nie-direktiewe prosesse van KGS en SKS kon gebruik om verskeie terapeutiese uitkomst te bereik in die areas van: verbeeldingspel; dramatiese spel; sosiale interaksie met die terapeut, ouers, familie, onderwysers, sy portuurgroep en met vreemdelinge; traumatiese ervarings tydens doktersbesoeke en badtye; identifisering, uiting gee aan en regulering van emosies; en die vermindering van uitreagerende gedrag. Terapeutiese uitkomst is in 8 IPA-veranderlikes,

gedemonstreer naamlik: empatie, definiëring van verhoudings, potensiaal om aanvaarding of verwerping uit te lok, opregte belangstelling en kongruente optrede, beheer, emosionele afstand, probleemoplossing en aspekte wat verband gehou het met die aanmeldingsprobleem.

Daar is tot die gevolgtrekking gekom dat die seun met AS, asook sy moeder en die terapeut, se optrede binne die 17 IPA-veranderlikes 'n wedersydse rol gespeel het in die bereiking van sy terapeutiese uitkomst. Die ongestruktureerde proses van nie-direktiewe spel (KGS en SKS) is deur 'n kleuter met AS gebruik om terapeutiese uitkomst wat verband gehou het met sy alledaagse lewe, te kon bereik. 'n Laaste gevolgtrekking is dat die betrekking van die seun se moeder by sy terapieproses en die gebruik van 'n aangepaste Filialspelprogram, die moeder in staat gestel het om emosionele kontak met haar seun te bewerkstellig en konflik tussen hulle te verminder.

Riglyne vir terapeute met betrekking tot nie-direktiewe respondering in terapeutiese kontekste soos in dié studie, word voorgestel. Verder word die bydrae van die navorsing tot Psigologie as wetenskap en dissipline aangetoon. Beperkings van die studie en voorstelle vir verdere navorsing word gedoen.

Sleutelwoorde: Aspergersindroom, kindgesentreerde speltherapie, sandkasspeltherapie, interaksionele patroonanalise, terapeutiese uitkomst, enkelgevalstudie, kwalitatiewe navorsing, triangulering

SUMMARY

The purpose of this study was to research the therapeutic outcomes achieved by a five year-old boy with Asperger Syndrome (AS), by means of non-directive processes of child centred play therapy (CCP) and sand tray play therapy (STP). In this investigative-descriptive qualitative research design, a saturated, holistic, intrinsic single case study was used as research method. The therapeutic process, events and outcomes of a unique single case within the context of AS, non-directive play therapy and the interactional-pattern analysis (IPA), are described.

This study was motivated by the fact that the researcher disposed of data for a unique single case study that could contribute meaningfully to the need for a research database that describes effective therapeutic interventions and outcomes with children with AS.

From the perspective of Rogerian person-centred theory (RPT), the literature study focused on an integrated discussion of AS, CCP and STP by means of 17 interpersonal variables of the interactional-pattern analysis (IPA). The following data sources was investigated: interviews with parents and teachers; CCP-sessions of J recorded on video; photos of some of J's STP-sessions and the therapists's process notes. Triangulation was used to evaluate the various categories of therapeutic outcomes from different viewpoints and to give meaning to them.

The conclusions indicated that this boy with AS had used the non-directive processes of CCP and STP to achieve various therapeutic outcomes in the areas of: imaginary play; dramatic play; social interaction with the therapist, parents, family, teachers, his peer group and with strangers; traumatic experiences during visits to the doctor and bath times; identification, expressing and regulating emotions; and minimising acting out behaviour. Therapeutic outcomes have been demonstrated in 8 IPA-variables, namely: empathy, defining of relationships, potential to evoke acceptance or rejection, sincere interest and congruent

conduct, control, emotional distance, problem solving and aspects relating to the presenting problem.

The conclusion was reached that the conduct of the boy with AS as well as his mother and the therapist, played a mutual role in achieving his therapeutic outcomes within the 17 IPA-variables. The unstructured process of the non-directive play (CCP and STP) was utilised by a young child with AS to achieve therapeutic outcomes that relate to his everyday existence. A final conclusion is that involving the boy's mother in his therapy and utilising an adapted Filial play program, enabled the mother to make emotional contact with her son and to diminish conflict between them.

Guidelines for therapists are suggested with regard to non-directive responding in therapeutic contexts as found in this study. Furthermore, the contribution of this research to Psychology as science and discipline, is presented. Limitations of this study are indicated and recommendations for further research are made.

Key words: Asperger Syndrome, child centred play therapy, sand tray play therapy, interactional-pattern analysis, therapeutic outcomes, single case study, qualitative research, triangulation

INHOUDSOPGAWE

BEDANKINGS.....	v
OPSOMMING.....	vii
SUMMARY.....	ix
INHOUDSOPGAWE.....	xi
LYS VAN TABELLE.....	xv
LYS VAN FIGURE.....	xvi
LYS VAN FOTOS.....	xvii
ADDENDA: DIGITALE KOMPAKSKYF.....	xviii
HOOFSTUK 1: STUDIEBENADERING	1
1.1. INLEIDING	1
1.2. AGTERGROND VIR EN RASIONAAL VAN DIE STUDIE	1
1.3. TEORETIESE PERSPEKTIEF	8
1.4. PARADIGMATIESE PERSPEKTIEF	11
1.4.1. <i>Ontologiese aannames</i>	12
1.4.2. <i>Epistemologiese aannames</i>	14
1.4.3. <i>Aksiologiese aannames</i>	15
1.4.4. <i>Metodologiese aannames</i>	16
1.5. NAVORSINGSMETODES	18
1.5.1. <i>Data-insameling en Dataverwerking</i>	21
1.5.2. <i>Vertrouenswaardigheid</i>	24
1.6. ETIESE ASPEKTE	26
1.7. SLOT	27
HOOFSTUK 2: ASPERGERSINDROOM	28
2.1. INLEIDING.....	28
2.2. TERMINOLOGIE	28
2.3. VOORKOMS	30
2.4. AANVANGSOUDERDOM.....	30
2.5. OORSAKE VAN AS.....	30
2.6. VERWARRING OOR DIE DIAGNOSTIESE KRITERIA VAN AS	33
2.6.1. <i>Kwartet van beperkings as deel van diagnostiese kriteria</i>	34
2.6.2. <i>Diagnostiese kriteria van AS</i>	35
2.6.3. <i>Misleidende en sekondêre diagnoses</i>	40
2.7. PROGNOSE	40
2.8. ROGERIAANSE PERSOONSGESENTREERDE TEORIE (RPT) EN AS	41
2.8.1. <i>RPT as humanistiese benadering</i>	41
2.8.1.1. <i>RPT se siening van die Self</i>	44
2.8.2. <i>RPT: Die rol van die terapeut en gedragsveranderings by die kind met AS</i>	51
2.8.2.1. <i>Kernvoorwaardes van RPT</i>	54

2.8.2.2. RPT en moontlike gedragsverandering by die kind met AS	57
2.9. INTERAKSIONELE-PATROONANALISE (IPA) VAN DIE KIND MET AS	57
2.9.1. IPA se 17 interpersoonlike veranderlikes en gedrag van die kind met AS	58
2.9.1.1. Akkurate empatie	60
2.9.1.2. Opregte belangstelling en kongruente optrede	61
2.9.1.3. Onvoorwaardelike aanvaarding en positiewe terugvoer	62
2.9.1.4. Konteks	63
2.9.1.5. Definiëring van die verhouding met ander mense.....	64
2.9.1.6. Beheer.....	66
2.9.1.7. Emosionele afstand	67
2.9.1.8. Helderheid van selfuitdrukking	68
2.9.1.9. Potensiaal om aanvaarding/verwerping uit te lok	70
2.9.1.10. Bevestiging deur erkenning en goedkeuring	71
2.9.1.11. Effektiewe bekendmaking van behoeftes	72
2.9.1.12. Benadering tot die omgewing	73
2.9.1.13. Rigiditeit/buigsaamheid in verhoudings	74
2.9.1.14. Metakommunikasie	75
2.9.1.15. Effektiwiteit van probleemoplossingsvaardighede.....	75
2.9.1.16. Traumatiese gebeure.....	78
2.9.1.17. IPA-veranderlikes as skakel met die aanmeldingsprobleem	78
2.10. SLOT	79
HOOFTSTUK 3: KINDGESENTREERDE- EN SANDKASPELTERAPIE	80
3.1. INLEIDING.....	80
3.2. TERMINOLOGIE	80
3.3. GESKIEDENIS VAN KGS en SKS	82
3.4. BASIESE BEGINSELS VAN NIE-DIREKTIEWE SPELTERAPIE	84
3.4.1. Rationaal.....	85
3.4.2. Toerusting benodig in KGS en SKS	86
3.4.3. Die prosesse van KGS en SKS	92
3.5. KGS EN SKS VANUIT 'N ROGERIAANSE PERSOONSGESENTREERDE PERSPEKTIEF	98
3.5.1. KGS en SKS as deel van die humanistiese benadering van RPT	98
3.5.1.1. KGS en SKS se effek op die Self.....	100
3.6. KGS EN SKS BINNE DIE RAAMWERK VAN INTERAKSIONELE PATROONANALISE (IPA).....	108
3.6.1. Akkurate empatie	109
3.6.2. Opregte belangstelling en kongruente optrede	110
3.6.3. Onvoorwaardelike aanvaarding en positiewe terugvoer	110
3.6.4. Konteks	112
3.6.5. Definiëring van verhoudings met ander mense	113
3.6.6. Beheer	115
3.6.7. Emosionele afstand	116
3.6.8. Helderheid van selfuitdrukking	117
3.6.9. Potensiaal om aanvaarding/verwerping uit te lok	119
3.6.10. Bevestiging deur erkenning en goedkeuring	120
3.6.11. Effektiewe bekendmaking van behoeftes	121
3.6.12. Benadering tot die omgewing	122
3.6.13. Rigiditeit/buigsaamheid in verhoudings	123
3.6.14. Metakommunikasie	124
3.6.15. Effektiwiteit van probleemoplossingsvaardighede.....	125

3.6.16. <i>Traumatiese gebeure</i>	128
3.6.17. <i>Aspekte wat skakel met die aanmeldingsprobleem</i>	130
3.7. SLOT	130
HOOFSTUK 4: METODE VAN ONDERSOEK	131
4.1. INLEIDING.....	131
4.2. NAVORSINGSDOELWITTE	131
4.3. NAVORSINGSONTWERP	132
4.4. NAVORSINGSTRATEGIE.....	133
4.4.1. <i>Literatuurstudie</i>	134
4.4.2. <i>Enkelgevalstudie</i>	134
4.5. DEELNEMERS EN PROSEDURE	136
4.5.1. <i>Etiese aspekte</i>	138
4.6. METODE VAN DATA-INSAMELING	140
4.6.1. <i>Onderhoude</i>	140
4.6.2. <i>Nie-direktiewe spelsessies (KGS en SKS)</i>	141
4.6.3. <i>Observasies van die terapeut</i>	142
4.6.4. <i>Die terapeut se prosesnotas</i>	142
4.6.5. <i>Video's en foto's van J se spelsessies</i>	145
4.7. DATA-INSAMELINGSPROSES	146
4.8. DATA-ANALISE	147
4.9. NOUGESETTE KWALITATIEWE NAVORSING ('RIGOUR')	148
4.9.1. <i>Vertrouenswaardigheid</i>	149
4.9.1.1. <i>Eerlikheidswaarde</i>	150
4.9.1.2. <i>Oordraagbare toepassingswaarde ('transferability')</i>	150
4.9.1.3. <i>Geloofwaardigheid</i>	151
4.9.1.4. <i>Erkenning van meervoudige invloede</i>	151
4.10. SLOT	152
HOOFSTUK 5: NAVORSINGSBEVINDINGS EN BESPREKING	153
5.1. INLEIDING	153
5.2. AANMELDINGSPROBLEEM.....	154
5.3. FASES WAARBINNE TERAPEUTIESE UITKOMSTE BEREIK IS	158
5.3.1. <i>Die verloop van fase een: J fokus op homself (sessies 1-6)</i>	160
5.3.2. <i>Die verloop van fase twee: J fokus op die ouer-kindverhouding(sessies 7-11)</i>	160
5.3.3. <i>Die verloop van fase drie: J fokus op sy sosiale verhoudings met familieledes, maats en vreemdelinge (sessies 12 tot 19)</i>	161
5.4. TERAPEUTIESE UITKOMSTE BEREIK	162
5.4.1. <i>Verbeeldingspel</i>	165
5.4.2. <i>Dramatiese spel</i>	169
5.4.3. <i>Sosiale interaksie</i>	180
5.4.3.1. <i>Sosiale Interaksie: Terapeutiese verhouding</i>	187
5.4.3.2. <i>Sosiale Interaksie: Gesinsverhoudings</i>	188
5.4.3.3. <i>Sosiale interaksie: Familieverhoudings</i>	198
5.4.3.4. <i>Sosiale interaksie: Onderwyser-kindverhouding</i>	200
5.4.3.5. <i>Sosiale interaksie met die portuurgroep en vreemdelinge</i>	202
5.4.3.6. <i>Sosiale interaksie tydens doktersafsprake</i>	204
5.4.4. <i>Emosies</i>	205
5.4.5. <i>Uitreagerende gedrag</i>	211
5.5. SLOT	213
5.6. TERUGBLIK	213
HOOFSTUK 6: GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS	221

6.1. INLEIDING.....	221
6.2. GEVOLGTREKKINGS VAN HIERDIE STUDIE.....	221
6.2.1. <i>Gevolgtrekkings vanuit die literatuurstudie.....</i>	223
6.2.1.1. <i>Nie-direktiewe spel met 'n simboliese gemeenskap as analogie.....</i>	224
6.2.2. <i>Gevolgtrekkings ten opsigte van die navorsingsvrae.....</i>	229
6.2.2.1. <i>Navorsingsvraag 1.....</i>	230
6.2.2.2. <i>Navorsingsvraag 2.....</i>	234
6.2.2.3. <i>Navorsingsvraag 3.....</i>	240
6.2.2.4. <i>Navorsingsvraag 4.....</i>	244
6.2.2.5. <i>Navorsingsvraag 5.....</i>	245
6.2.2. <i>Opsommend.....</i>	248
6.3. RIGLYNE TER BEWUSMAKING VAN 17 IPA-VERANDERLIKES: DIE GEBRUIK VAN NIE-DIREKTIEWE RESPONDERING.....	250
6.3.1. <i>Aanbevelings.....</i>	251
6.3.2. <i>Terapeutiese responsriglyne vir bewusmaking van die IPA-veranderlikes.....</i>	252
6.3.3. <i>Opsommend.....</i>	275
6.4. NARRATIEWE VAN DIE STUDIE.....	276
6.4.1. <i>J se narratief.....</i>	276
6.4.2. <i>Die terapeut se narratief.....</i>	278
6.4.3. <i>Die navorser se narratief.....</i>	281
6.5. BYDRAE WAT DIE NAVORSING LEWER.....	283
6.6. LEEMTES IN HIERDIE STUDIE.....	285
6.7. TOEKOMSTIGE NAVORSING EN AANBEVELINGS.....	286
6.7.1. <i>Toekomstige navorsing.....</i>	286
6.7.2. <i>Aanbevelings.....</i>	288
6.8. SLOT.....	289
BRONVERWYSINGS.....	291

LYS VAN TABELLE

Tabel 4.1(a)	Verloop van die terapieproses: Fase 1 (Sessies 1 tot 6)	144
Tabel 4.1(b)	Verloop van die terapieproses: Fase 2 (Sessies 7 tot 11)	144
Tabel 4.1(c)	Verloop van die terapieproses: Fase 3 (Sessies 12 tot 19)	145
Tabel 5.1(a)	Terapeutiese uitkomste volgens onderhoude, observasies en spelsessies in IPA-veranderlikes	163
Tabel 5.1(b)	Terapeutiese uitkomste volgens onderhoude, observasies en spelsessies in ander speltemas	164
Tabel 6.1	IPA-veranderlikes waarbinne J terapeutiese uitkomste behaal het	222
Tabel 6.2	Navorsingsvrae van hierdie studie	229

LYS VAN FIGURE

Figuur 2.1	Die voorkoms van AS op die spektrum van outisme	29
Figuur 2.2	Oorsaaklike faktore van AS	31
Figuur 2.3	Thijsse (2008) se aangepaste skematiese voorstelling van DSM-IV-TR diagnostiese kriteria wat AS en Outisme onderskei	39
Figuur 2.4	RPT (Ernst-Terblanche, 2011) en gedragsveranderinge by die kind met AS	43
Figuur 2.5	Die kontinuum van sensoriese integrasieversteurings (SI)	48
Figuur 2.6	Die rol van die RPT-terapeut en gedragsveranderinge by die kind met AS	52
Figuur 2.7	Kernvoorwaardes van RPT wat lei tot gedragsveranderinge by die kind met AS	55
Figuur 2.8	Interaksionele patroonanalise (IPA) (Vorster, 2011) en die kind met AS	59
Figuur 2.9	Vierledige aandeel in sinvolle sirkulêre benaderings tot verhoudings met kinders met AS	74
Figuur 3.1	Die proses van KGS	94
Figuur 3.2	Die stadiums in KGS	95
Figuur 3.3	Die proses van SKS	96
Figuur 4.1	Uitleg van die kantoorkompleks	138
Figuur 4.2	Die data-insamelingsproses	146
Figuur 5.1	Terapeutiese uitkomstebereik	159
Figuur 6.1	J se spelgemeenskap as deel van 'n groter geheel	226
Figuur 6.2	Duikboot: Die sigbare uiterlike en onsigbare innerlike wêreld van spelgemeenskapslede in 'n nie-direktiewe spelopset	228
Figuur 6.3	Analoog: Aspekte van individuele spelgemeenskapslede en die spelgemeenskap as geheel beïnvloed mekaar se werklikhede en word deur J geïnternaliseer	239
Figuur 6.4	J verkry insig in die optrede, perspektiewe, gevoelens en behoeftes van verskillende betekenisvolle ander deur projeksie en rolspel	243

LYS VAN FOTO'S

Foto 3.1	Pophuis met poppies, 'n groot pop met bad en badbenodighede	86
Foto 3.2	Die barbiepoppe en rooidak plaashuis	87
Foto 3.3	Handpoppe, mediese toerusting, aksiefiguurtjies, kameras en voertuie	87
Foto 3.4	Sagte speelgoed, eetgerei en kos, gereedskap, dinosourusse en leeus, waterbottel, boublokkies en tikmasjien	88
Foto 3.5	Tafel met tekenpapier, kasregister en winkelsakkies	88
Foto 3.6	Kastele, ridders, perde, draak en wapens	89
Foto 3.7	Skatkissies, weermagmannetjies, kanonne en wilde- en plaasdiere	89
Foto 3.8	Nog dinosourusse, wilde diere, plaasdiere, seediere en insekte	90
Foto 3.9	Die sandbak in die KGS-kamer	90
Foto 3.10	Die navorser se SKS-kamer	92
Foto 5.1	Verbeelding: Die stoele wat gedien het as 'n hok waaruit slange nie kon ontsnap nie	167
Foto 5.2	Verbeelding: Ambulans wat verander het in 'n " <i>cop car</i> "	167
Foto 5.3	Die reis self: Gekenmerk deur vooruitgang waar die trekkers produktief geword het by die sneltrein, slange wat hindernisse soos vrees voorstel en probleemoplossing met 'n tier wat die prins gehelp het	174
Foto 5.4	Die reis self: Ruimtetuig en sneltrein met hindernis op die treinspoor	174
Foto 5.5	Die reis self: Hindernisse soos seerowers wat die sneltrein en passasiers bedreig het, 'n bruggie wat daarop dui dat aspekte oorbrug moes word	175
Foto 5.6	Die reis self: Die beseerde seuntjie wat deur paramedici gehelp is (probleemoplossing) en as volwasse persoon opgestaan en gehardloop het	177
Foto 5.7	Terapeut se weergawe van die tekening wat J aan mev X oorhandig het	193
Foto 5.8	Renosters: "... <i>but then he found his mommy...</i> "	206
Foto 5.9	'n Brief deur mev X aan die terapeut	190
Foto 5.10	Dankiekaartjie van mev X aan die terapeut	196
Foto 5.11	" <i>It was a daddy horse</i> " en "... <i>the evil, naughty dragon</i> "	197
Foto 5.12	Fisieke aanraking deur koalabeertjies	185
Foto 5.13	Die slange wat J met vrees geassosieer het	208
Foto 5.14	Die slange nadat die volwasse man hulle oorwin het en die geen toegangteken	208
Foto 5.15	'n Wêreld sonder mense: Dinosaurs wat die heks uitgegooi het	209
Foto 5.16	Een van J se deurmekaar sandwêreld	215

ADDENDUM OP DIGITALE KOMPAKSKYF SLUIT IN

OP DIE KOMPAKSKYF:

1. Transkribering en Inhoudsontleding

Bylaag A: Observasies

Bylaag B: Onderhoude

Bylaag C: Spelsessies

2. Inhoudsanalise Terapeutiese Uitkomst

Bylaag D: Observasies

Bylaag E: Onderhoude

Bylaag F: Spelsessies

Bylaag G: Triangulering: Terapeutiese Uitkomst

3. Briewe mev X

1.Toestemmingsbrief mev X

2.Bevestigingsbrief mev X

4. Persoonlike kommunikasie

OP DIGITALE VIDEOSKYF:

1. Sessie 4: dvd 1 2J2

2. Sessie 5: dvd 1 3J3

3. Sessie 11: dvd 2 3video 2J6

HOOFSTUK 1: STUDIEBENADERING

1.1. INLEIDING

In hierdie hoofstuk word die uitleg van hierdie studie weergegee. Die doel van die studie is om aan te dui watter terapeutiese uitkomst deur 'n seun* met Aspergersindroom (AS), met behulp van kindgesentreerde speltherapie (KGS) en sandkasspeltherapie (SKS), bereik is. In die hoofstuk word die agtergrond van die studie asook die rasionaal en doelwitte daarvan uiteengesit. Om herhaling te voorkom is besluit om die studie-agtergrond en rasionaal geïntegreerd te bespreek. Daarna sal kortliks gefokus word op die metode van navorsing wat gebruik is en die wyse van data-insameling en dataverwerking. 'n Kort uiteensetting van die opvolgende hoofstukke in hierdie studie sal laastens verskaf word.

1.2. AGTERGROND VIR EN RASIONAAL VAN DIE STUDIE

In die praktyk as kliniese sielkundige is dit hierdie terapeut se gebruik om jonger kinders eers by die kleuterskool te gaan observeer voordat met KGS en SKS as terapeutiese metodes begin word. Tydens die waarneming van kinders met AS die afgelope 6 jaar, is opgemerk dat hierdie kinders oënskynlik makliker funksioneer in klastyd waar die onderwyser meer gestruktureerde opdragte gee. Tydens pouse is die kinders met AS aan hulself oorgelaat in 'n meer ongestruktureerde omgewing en is dit ooglopend en in ooreenstemming met die literatuur dat hulle die verlies aan struktuur soms verwarrend vind. Dit was dus verbasend dat kinders met AS in die terapiepraktyk oënskynlik aanklank vind by

* In hierdie studie word die manlike verwysing “hy/hom” deurlopend gebruik om te verwys na die kind met AS om beide geslagte te verteenwoordig – aangesien AS meer by seuns voorkom en omdat die deelnemer 'n seun was. Die vroulike verwysing “sy/haar” word deurlopend gebruik om te verwys na die terapeut.

die minder gestruktureerde nie-direktiewe prosesse van KGS en SKS (Berney, 2006; Harvard Mental Health, 2005; Homeyer & Sweeney, 1998; Hunter, 1998; Safran, Safran, & Ellis, 2003; Tantam, 2000).

KGS en SKS is nie sonder struktuur nie, maar struktuur word baie subtiel ingebou deurdat die terapeut byvoorbeeld elke keer op dieselfde plek sit, spesifieke terapeutiese respondering aan die begin en einde van die sessie konsekwent gebruik, die duur van sessies dieselfde bly en die wyse waarop dissipline of grensneerlegging gebruik word, konsekwent bly (VanFleet, Sywulack, & Sniscak, 2010). Hierdie subtiele struktuur verleen vermoedelik aan kinders met AS voorspelbaarheid in die terapieproses. Die vraag ontstaan of die feit dat kinders met AS in KGS en SKS self leiding moet neem en keuses moet maak, moontlik kan meebring dat hulle deur ervaringsleer ontdek hoe hulle hul gedrag in 'n minder gestruktureerde omgewing kan reguleer. Die feit dat daar beperkte stimuli soos geraas en beweging is, mag ook 'n rol speel in hulle aanpassing by en aanvaarding van KGS en SKS (Guerney, 1983a; Josefi & Ryan, 2004; Landreth, 1991; Landreth & Bratton, 2006; Malchiodi, 2003; Osborne, 2003; Poodhun, 2000; Safran et al., 2003; Tsatsanis, Foley, & Donehower, 2004; VanFleet et al., 2010).

Volgens ouer literatuur word nie-direktiewe terapie nie aanbeveel vir kinders met AS nie, moontlik vanweë die minder gestruktureerdheid daarvan (Landreth, 1991). Verbasend egter, is dat hierdie aanname gemaak is sonder enige wetenskaplike bewyse daarvoor. Baie navorsing is gedoen oor die toepassing van gedragsmodifikasie, psigoanalise, psigoanalitiese speltherapie, opvoedkundige programme en die ontwikkeling van sosiale vaardighede by kinders met AS (Josefi & Ryan, 2004; Nel, 2005; Tsatsanis et al., 2004), maar geen studies is gevind waar spesifiek 'n kind met AS aan KGS of SKS blootgestel is nie. Josefi en Ryan (2004) het wel 'n kind met outisme aan KGS blootgestel, met goeie terapeutiese uitkomst, en Osborne (2003) het 'n kind met outisme blootgestel aan die nie-direktiewe proses van

kunsterapie, ook met goeie terapeutiese uitkomst. Onlangse navorsing het laat blyk dat SKS moontlik verbetering in verbale uitdrukking, sosiale interaksie, gebruik van simboliek, en spontane speel by kinders op die spektrum van outisme kan meebring (Lu, Petersen, Lacroix, & Rousseau, 2010). Praktykervaring stem ooreen met hierdie skrywers se bevindings, hoewel hoofsaaklik met kinders met AS gewerk word.

Lu et al. (2010) se studie hierbo vermeld, toon ook dat bloot die gebruik van gestruktureerde programme nie kinders met AS help om spontane sosiale interaksiepatrone asook spontane speel te ontwikkel nie. Inteendeel, Mastrangelo (2010) noem dat spontane, buigsame, verbeeldingryke en sosiale kwaliteite van speel juis onderontwikkel is of grootliks ontbreek in kinders op die spektrum van outisme. Hieruit blyk dit dat blootstelling aan en betrokkenheid by spontane speel 'n belangrike aspek is wat aandag behoort te kry in werk met kinders met AS.

In 2005 het ouers (mnr en mev X) hul vyfjarige seun (J) met AS aangemeld vir terapeutiese hulpverlening. Vanweë beperkte ervaring van kinders met AS, het die terapeut J net soos ander kinders in die praktyk begin blootstel aan KGS en SKS sonder enige ander direkte terapeutiese insette. Literatuur is geraadpleeg en daaruit is gevind dat KGS en SKS dalk nie aangewese was nie (Josefi & Ryan, 2004; Landreth, 1991; Mittledorf, Hendriks, & Landreth, 2001; Norton & Norton, 2002). Positiewe terapeutiese uitkomst is egter by J waargeneem en terugvoer wat later van ouers en onderwysers ontvang is aangaande positiewe gedragsveranderinge by hom en ander kinders met AS, het gedien as motivering om in diepte te verken wat terapieë in hierdie kinders se nie-direktiewe spelterapiëprosesse aan die gebeur was.

Vanweë ervaring van terapeutiese uitkomst wat oor die algemeen met kinders deur middel van KGS en SKS bereik kon word, is waargeneem dat soortgelyke terapeutiese uitkomst ook met sekere kinders met AS bereik word. Dit behels byvoorbeeld dat

wedersydse sosiale interaksie met maats en gesinslede verbeter, dat meer beheer oor emosies verkry word, dat uit-reagerende gedrag afneem en dat hulle beter samewerking tuis en op skool gee (Autism South Africa, 2002a; Klin & Volkmar, 2000; Mash & Wolfe, 2005; Nel, 2005; Ryan & Wilson, 1995; Stobart, 2009). Hierdie is egter praktykwaarnemings wat wetenskaplik ondersoek moet word.

Kinders met AS ondervind probleme om hulle gevoelens en gedagtes met ander mense te deel (Autism South Africa, 2002a; Stobart, 2009). Deur middel van KGS en SKS kan terapeutiese respondering op kinders met AS se uitgesproke gedagtes en sigbare gevoelens uniek aangepas word, sodat elke kind sy eie gedagtes beter kan verstaan en sy gevoelens en konflikte terapeuties kan deurwerk. Dit blyk dat van die kinders met AS, KGS en SKS alternatiewelik spontaan oor 'n aantal sessies gebruik om aan die terapeut te toon hoe hul innerlike dinamika funksioneer en hoe hulle die wêreld ervaar en alledaagse probleme vir hulself probeer oplos (Amman, 1991; Carey, 1994; Ginott, 1982; Hunter, 1998; Ryan & Wilson, 2000; Vinturella & James, 1987).

Hoewel 'n terapeut nie altyd tydens terapie kan verstaan hoe die kinders met AS se wyse van probleemoplossing gebeur nie, dien die veranderinge wat tuis en in die skool waargeneem word as genoeg bewys dat van hierdie kinders moontlik in KGS en SKS 'n manier vind om van hulle alledaagse ervarings en probleme te hanteer. Uit die kinders met AS se storievertellings in die speelkamer kom die terapeut meer te wete oor spesifieke probleme wat hulle deur middel van spelkarakters ervaar, hoe hulle poog om die probleem op te los en wat die uitkoms daarvan is. 'n Indruk kan gevorm word van hoe die betrokke kind inligting organiseer, of hy by linguistiese reëls hou, hoe storielyne geformuleer word, of hy sosiale reëls erken en of die kind in kontak met die luisteraar se behoeftes is (Ammann, 1991; Bainum, Schneider, & Stone, 2006; Hunter, 1998; Landa, 2000; Landreth & Bratton, 2006;

Malchiodi, 2005; Murphy, 2000; Ogawa, 2004; Petty, 2002; Poodhun, 2000; Ryan, 1999; Ryan & Wilson, 1995).

Verder blyk dit dat van die kinders met AS aangeleerde KGS en SKS probleemoplossingsvaardighede spontaan begin veralgemeen na kontekste buite die terapie-ruimte (Landreth & Bratton, 2006). Dit stem nie ooreen met literatuur oor AS wat aandui dat hierdie kinders nie sommer dit wat hulle in terapie aanleer, intuïtief en spontaan kan veralgemeen na situasies buite terapie nie. Die literatuur dui wel aan dat SKS 'n kind in voeling kan bring met regterhemisferiese funksies waar intuïsie gesetel is en dat verbeelding as probleemoplossingsgereedskap gebruik kan word. (Attwood, 2006; Blakemore-Brown, 2002; Hunter, 1998; Klin & Volkmar, 2000; Tsatsanis et al, 2004; Vinturella & James, 1987).

Die literatuur oor AS toon aan dat kinders met AS uniek is in hulle problematiek, maar dat hulle ook 'n verskeidenheid probleme ervaar wat deur ander kinders ervaar word. Hiervan is byvoorbeeld: ontwikkelingsproblematiek, gedragsprobleme, aggressiewe gedrag, simptome van aandagtekort-hiperaktiwiteit, probleme met fyn motoriese vaardighede en akademiese onderprestasie, angstigheid, taalprobleme en aanpassingsprobleme, angs en depressie, simptome van obsessief-kompulsiewe gedrag, leerprobleme, impulsiwiteit, en intoleransie vir frustrasie. Dit blyk dat KGS en SKS daarin slaag om verandering in bogenoemde problematiek mee te bring (Andrews, 2006; Attwood, 2006; Baden, 1982; Baker, 2004; Carey, 1994; Dean, 2001; Homeyer & Sweeney, 2005; Malchiodi, 2005; Mattila et al., 2007; Moolman-smook, Vermoter, Buckle, & Lindenberg, 2008; Ogawa, 2004; Petty, 2002; Ryan, 1999; Ryan, 2004; Ryan & Wilson, 1995; Schottelkorb & Ray, 2009; Tsatsanis et al., 2004; Wheat, 1995; Wing, 2000).

Deur middel van KGS en/of SKS kan kinders oor die algemeen selfbeheer en selfrespek ontwikkel en leer om hulle gevoelens te aanvaar, kreatiewe probleemoplossing ontwikkel en vaardighede bou, keuses maak en verantwoordelikheid vir hierdie keuses neem.

Kinders ontwikkel emosioneel en kognitief tydens spel en hulle ekspressiewe taal, kommunikasie-, sosiale- en besluitnemingsvaardighede neig om te verbeter (Dale & Lyddon, 2000; De Villiers, 2006; Guerney, 1983a; Harper, 1988; Homeyer & Sweeney, 2005; Jones, 2001; Landreth, 2001; Nagliero, 1995). Die vraag ontstaan tot watter mate bogenoemde voordele/groei met behulp van KGS en SKS deur kinders met AS bereik sal kan word? In die praktyk stel hierdie terapeut kinders met AS toenemend bloot aan nie-direktiewe terapie in 'n poging om die uitkomst daarvan te verken.

Gesprekke met ouers en onderwysers asook die literatuurstudie toon aan dat die neerlê van dissipline vir kinders met AS nie 'n maklike taak is nie aangesien: dié kinders se eksentrieke wyse van probleme hanteer hulle ongedisiplineerd laat voorkom; pogings om kinders met AS te dissiplineer soms juis hulle uit-reagerende gedrag laat eskaleer en aanhoudende straf hierdie kinders se selfbeeld skade berokken. In die praktyk pas hierdie terapeut dissipline op kinders met AS toe deur van keuses gebruik te maak, aangesien dit volgens die KGS en SKS benaderings help om beheer aan die kinders te gee, uit-reagerende gedrag te beperk en selfbeheer te verbeter (Attwood, 2006; Georgiou, 2006; Guerney, 1983b; Jackson, 2006; Landreth & Bratton, 2006; Mitteldorf et al., 2001; Moxon, 2006; Murray & Lesser, 2006; Pakenham, Sofronoff, & Samios, 2004). Terugvoer van ouers en onderwysers bevestig dat gedragsveranderinge hierdeur met van die kinders met AS bereik word.

Wat verbasend was van die waargenome gedragsveranderinge, is dat 'n kind met AS na 'n episode van uit-reagerende gedrag empatie teenoor die ouers begin wys het, deur onder andere om verskoning te vra vir die impak van sy gedrag op sy moeder. Alhoewel kinders met AS empatie ervaar, vind hulle dit moeilik om empatie teenoor ander mense te wys. Die ontwikkeling van empatie is wel 'n aspek wat deur middel van KGS en SKS met kinders hanteer word en dit begin blyk dat dit realiseer by van die kinders met AS (Amatruda &

Simpson, 1997; Ammann, 1991; Baron-Cohen, 2004; Bradway & McCoard, 1997; Dale & Lyddon, 2000; Mash & Wolfe, 2005; Ryce-Menuhin, 1992; Volkmar & Klin, 2000).

Gedurende die terapeutiese reis met kinders met AS in die praktyk, ervaar hierdie terapeut soms dieselfde frustrasies wat deur ander terapeute ondervind word wat met kinders met AS werk. Een hiervan is die neiging van kinders met AS om eksentriek en egosentries te kommunikeer, eensydige sosiale interaksie te toon en nie altyd sinvol te reageer op direkte vrae van die terapeut nie, wat weer die bou van 'n vertrouensverhouding asook behoeftebepaling van hierdie kinders bemoeilik (Berney, 2006; Brown, Ouellette-Kuntz, Hunter, & Kelly, 2010; Gabriels, 2003; Josefi & Ryan, 2004; Mastrangelo, 2010; Safran et al., 2003; Tsatsanis et al., 2004; Volkmar & Klin, 2000). Dit is veral moeilik om direk met van die kinders met AS te werk en hierdie ervaring ondersteun bevindings van Geils en Knoetze (2008), dat direkte kommunikasie buite die speelkamer grootliks deur die kind met AS geïgnoreer word, terwyl nie-direktiewe kommunikasie binne die speelkamer geneig is om meer interpersoonlike kontak te ontlok. Die kind-terapeutverhouding begin ontwikkel sodra die terapeut KGS-respondering deurlopend gebruik. Die gebruik van nie-direktiewe respondering tydens KGS en SKS bied 'n unieke wyse van kommunikasie omdat die terapeut verbaal, maar ook op 'n meer visuele, nie-verbale vlak kan kommunikeer (Biermann-Ratjen, 1998; Hawtin & Moore, 1998; Homeyer & Sweeney, 1998; Hunter, 1998; Landreth, 1991; Poodhun, 2000; Rennie, 1998; Ryan, 2004; Ryan & Wilson, 1995, 2000a; Schmid, 1998).

Vanuit die bogenoemde is dit duidelik dat 'n behoefte aan 'n bewysgebaseerde (evidence based) databasis bestaan wat fokus op kennis van, asook bewese effektiewe terapeutiese intervensies en uitkomst met betrekking tot kinders met AS-versteurings (Autism South Africa, 2002a; Tsatsanis et al., 2004) en veral die terapeutiese waarde wat met behulp van KGS en SKS toegevoeg kan word. Navorsing is veral nodig ten aansien van “...*important methodological practices, such as evaluation of the fidelity of treatment, implementation of*

treatment manuals, and assessment of the clinical significance of therapeutic change...” en *“the scientific study of treatment effectiveness, therapeutic outcome and mechanisms of change...”* (Tsatsanis et al., 2004, p. 255). Dus word in hierdie kwalitatiewe studie gevra watter terapeutiese uitkomst deur ’n kind met AS bereik kan word met behulp van KGS en SKS.

Hierbo is die agtergrond en rasionaal wat hierdie studie onderlê, bespreek. Die teoretiese perspektief word vervolgens aangebied.

1.3. TEORETIESE PERSPEKTIEF

In hierdie ondersoek word sterk gesteun op Rogeriaanse Persoonsgesentreerde teorie (RPT) wat KGS en SKS onderlê, asook AS-teorie wat die kind met AS se leëwêreld verduidelik. Die Rogeriaanse teorie word volledig bespreek in die hoofstuk wat handel oor AS (sien 2.8).

KGS en SKS is gebaseer op die RPT, wat aandui dat ’n individu se persoonlike, subjektiewe ervarings beter verstaan word indien sy gedrag en optrede begryp word vanuit sy verwysingsraamwerk eerder as dié van die terapeut. KGS berus op Rogeriaanse kliëntgesentreerde psigoterapie met volwassenes, maar in speltherapie word spel in plaas van verbale kommunikasie hoofsaaklik gebruik (Landreth & Sweeney, 2001; Norton & Norton, 2002; Rogers, 1951; Ryan & Wilson, 2000; Weiten, 2004). Landreth (1991) stel dit onomwonde dat KGS ’n volledige terapeutiese sisteem is en nie net die toepassing van ’n paar verhoudingsbouteegieke nie en dat dit gegrond is op ’n oortuiging van die vermoëns en veerkragtigheid van kinders.

SKS is ’n nie-direktiewe terapeutiese proses wat by ’n spesifieke kind se behoeftes aangepas kan word (Vinturella & James, 1987) en waardeur op ’n primêre wyse met kinders gekommunikeer kan word deur veral sterk te fokus op ’n visuele, nie-verbale vlak van

kommunikasie eerder as normale verbale kommunikasie. Die wyse waarop miniatuurfigure in die sandwêreld geplaas word en die kinders se storievertellings en opmerkings rakende die figure, verskaf aan die terapeut inligting oor hoe die betrokke kind sy wêreld ervaar en ook probleme vir homself oplos. Die miniatuurfiguurtjies is simbolies van die psigologiese energie of dinamiek wat op daardie gegewe oomblik in die kind teenwoordig kan wees (Amman, 1991; Carey, 1994; Homeyer & Sweeney, 1998). Hunter (1998, pp. 4, 28) verduidelik die terapeutiese waarde van SKS: *“Sandplay provides an opportunity to process life experience through a tangible, visible procedure which is both fun and intensely meaningful, both intimately revealing and symbolically concealing”*; en *“Imagination can be given free rein, behavior rehearsed, obstacles defined and overcome. Resources can be discovered and utilized and fears faced. Conflicts can be resolved, solutions generated, and relationships explored.”* In SKS vind die groeiproses plaas terwyl die kind sy sandwêreld konstrueer sonder dat interpretasie, verbalisasie of bewuste gewaarwording nodig is. SKS bied ’n unieke taal waardeur die verbale en nie-verbale asook emosionele en kognitiewe met mekaar verbind word.

Met betrekking tot AS lei die gebruik van die woorde “spektrum van outisme” in die literatuur oënskynlik tot verwarrende en teenstrydige sienswyses van die diagnostiese kriteria van AS. AS is ’n komplekse, lewenslange, neurologiese ontwikkelingsversteuring wat as een van die subgroepe van versteurings op die spektrum van outisme beskryf word. Dit wil egter voorkom asof navorsers nie altyd duidelik onderskeid maak tussen AS en ander versteurings op die spektrum van outisme nie, maar redelik algemeen verwys na “versteurings op die spektrum van outisme waarby AS ingesluit word” (Adams, Gouvousis, VanLue, & Wadron, 2004; Autism South Africa, 2002a; Barratt, 2006; Mattila et al., 2007; Moolman-Smook et al., 2008; Mubaiwa, 2008; Parritz & Troy, 2011; Rourke & Tsatsanis, 2000; Stobart, 2009; Szatmari, Bryson, Boyle, Streiner, & Duku, 2003).

Lemmer (2009) dui wel aan dat outisme 'n ernstige biologiese breindisfunksie is wat reeds sedert geboorte teenwoordig is en binne die eerste twee lewensjare gediagnoseer kan word. Hoogfunksionele-outisme dui op 'n individu met outisme wat normale tot bogemiddelde intelligensievermoë het. Indien 'n individu oor al die kriteria vir hoogfunksionele-outisme beskik en nie taalagterstande toon nie, kan 'n diagnose van AS gemaak word. Tog meen Lemmer (2009) dat die onderskeid tussen hoëfunksionele-outisme en Aspergersindroom moeilik gemaak word vanweë teenstrydige diagnostiese kriteria, onvanpaste assesseringsprosedures en metodologiese probleme. Die literatuur is duidelik daaroor dat kinders met AS nie dieselfde leerprobleme, agterstande in taal, kognitiewe ontwikkeling, ouderdomsverwante selfhelpvaardighede, aanpassingsgedrag en gebrek aan nuuskierigheid omtrent die omgewing toon as wat by outisme die geval is nie; en dat kinders met AS se hoër intelligensievermoëns aan hulle 'n beter prognose verskaf (Mubaiwa, 2008; Murray, 2006; Parritz & Troy, 2011; Szatmari et al., 2003; Tsatsanis et al., 2004; Volkmar & Klin, 2000; Wing, 2000).

Klin en Volkmar (2000) is van mening dat die gebruik van verwarrende terme soos AS, hoogfunksionerende-outisme of hoogfunksionerende deurtastende ontwikkelingsversteuring aandui dat kinders met AS moontlik terapeutiese hulp ontvang het wat nie noodwendig in hulle spesifieke behoeftes voorsien nie. Szatmari et al. (2003, p. 527) beklemtoon ook: *“This does not mean that these two PDD subtypes are ‘different’, nor does it necessarily mean they lie on the ‘same spectrum’. ...AS and autism represent different, but potentially overlapping, developmental trajectories that are influenced by similar (though not identical) prognostic factors”*.

In hierdie studie word deeglik kennis geneem van die oop-einde teoretiese- en navorsingsbenadering tot die kind met AS wat in die voorafgaande sigbaar is. Die spreekwoordelike jurie het nog nie uitspraak gelewer oor 'n duidelike en betroubare kliniese

beeld van AS by kinders nie en daarom sal in hierdie intrinsieke enkelgevalondersoek na die terapeutiese uitkomst van 'n seun met AS, versigtig eksploratief te werk gegaan word in 'n poging om die unieke wêreld van hierdie betrokke kind te verstaan en bekend te maak. Dit is dus nodig dat die paradigmatische oriëntasie en alle gepaardgaande aannames wat hierdie studie sal lei, vervolgens uiteengesit word.

1.4. PARADIGMATIESE PERSPEKTIEF

Die navorsingsparadigma bestaan uit filosofiese aannames aangaande die wese van werklikheid en kennis wat navorsingsbesluite bepaal (Creswell, 2009; Denzin & Lincoln, 2005; Odendaal, 2010). Denzin en Lincoln (2005, p. 22) verduidelik: *“The net that contains the researcher’s epistemological, ontological, and methodological premises may be termed a paradigm, or an interpretive framework, a ‘basic set of beliefs that guides action’... All research is interpretive; it is guided by the researcher’s set of beliefs and feelings about the world and how it should be understood and studied”*.

Die navorsingsparadigma wat hierdie navorser huldig is sosiaal-konstruktivisties van aard, wat die aanname maak dat 'n dinamiese sirkulêre proses tussen die subjek en objek bestaan en dat realiteit gekonstrueer word deur sosiale interaksie tussen mense. In ooreenstemming hiermee was die navorser aanvanklik interaktief betrokke by die terapieproses van 'n vyfjarige seun met AS waartydens 'n 'terapeutiese wêreld' gesamentlik gekonstrueer is. Na afloop van die terapieproses is besluit om hierdie sosiaal gekonstrueerde kennis en verworwe insigte deur 'n wetenskaplike lens te ondersoek. Dit het dan ook interaksie met ander kenners op die gebied (deur die literatuur) behels, waardeur insigte verfyn en uiteindelik beskryf is (Baxter & Jack, 2008; Henning, 2005; Odendaal, 2010).

Die navorser se wêreldbeskouing kan die navorsingsproses en bevindings beïnvloed omdat sy as instrument aan die navorsing deelneem (Denzin & Lincoln, 2005; Odendaal,

2010). Die vertrouenswaardigheid van hierdie studie se navorsingsbevindings word oopgestel vir die leser se oorweging deurdat die navorser se ontologiese-, epistemologiese-, aksiologiese- en metodologiese aannames vervolgens beskryf word.

1.4.1. Ontologiese aannames

Ontologiese aannames beskryf hoe 'n navorser die werklikheid beskou (Nieuwenhuis, 2007a; Odendaal, 2010).

Hierdie navorser handhaaf 'n sosiaal-konstruktivistiese wêreldbeskouing wat aanneem dat realiteit relatief is en dat meer as een realiteit of waarheid bestaan. Die mens se realiteit word sosiaal gekonstrueer en hy kan beter verstaan word indien hy as individu holisties, binne die konteks van sy interaksie in verskillende sosiale verhoudings en sy omgewing, tesame met die unieke subjektiewe betekenis wat hy daaraan heg, bestudeer word (Creswell, 2009; Denzin & Lincoln, 2005; Odendaal, 2010; Stake, 2005).

Die sosiaal-konstruktivistiese wêreldbeskouing vind aanklank by literatuur oor AS wat beklemtoon dat individuele kinders met AS elk hulle eie verwysingsraamwerk en wêreldsiening het; dat hulle belewenis van, betekenisgewing aan en hantering van ervarings verskil van mekaar en van hulle portuurgroep; dat veralgemening van een geval na 'n ander nie wenslik is nie; dat elke AS-geval individueel verstaan behoort te word en dat terapie uniek aangepas moet word by elke individu met AS (Austism South Africa, 2002a; Tsatsanis et al., 2004; Wing, 2000). Tydens die terapieproses in die rol as terapeut van 'n seun met AS en daarna in die bestudering van die terapieproses in die rol as navorser, het hierdie navorser geleer uit iemand anders se lewe en het die navorser en die deelnemers (kind met AS, sy ouers, onderwysers en ander terapeute) agente geword vir die aanmoediging van persoonlike en sosiale transformasie, wat ooreenstem met 'n transformatiewe oortuiging (belief) wat dikwels deur navorsers voorgestaan word (Mertens, 2009). Die navorser het besluit om van verkennend-beskrywende navorsing gebruik te maak om die persoonlike betekenisgewing

van 'n kind met AS aan terapeutiese gebeure te verstaan en te verduidelik en sodoende 'n bydrae te lewer tot die psigologie vakgebied. Daarbenewens mag dit voorkom dat die bevindings van hierdie ondersoek bestaande kliniese persepsies met betrekking tot aspekte van AS in kinders bevraagteken en sodoende wysiging (transformasie) teweegbring (Mertens, 2009).

Die navorser se persoonlike paradigma maak die aanname dat die **Self** 'n dinamiese en persoonlike onderneming is wat gevorm word in sosiale verhoudinge. Dit geskied deur 'n komplekse sisteem van aktiewe en interaktiewe self-rigtinggewende prosesse wat plaasvind tydens interaksie met ander mense en die omgewing. Die mens orden sy ervarings deur die unieke betekenis wat hy daaraan heg (Mahoney, 2005; Odendaal, 2010). In hierdie studie word uitgebeeld hoe 'n kind met AS se self-struktuur uniek beïnvloed kan word in sosiale verhoudings, soos uitgewys sal word met behulp van die Rogeriaanse interaksionele-patroonanalise (sien hoofstuk 2 oor AS - 2.8 en 2.9).

Hierdie studie is ook interpretatief van aard omdat die navorser 'n kind met AS se omgang met KGS en SKS asook terapeutiese uitkomst wat hy bereik het, interpreteer ten einde sy interaksies beter te verstaan en 'n teoretiese bydrae te maak. Met ander woorde, die interne realiteit van die kind met AS se subjektiewe ervaring binne die terapeutiese konteks is die fokus van die ondersoek. Die rykheid, diepte en kompleksiteit van die fenomeen word verken ten einde die betekenis te ontgin wat aan die fenomeen toegeken word en om sodoende 'n holistiese beeld te vorm van die fenomeen, of te wel die terapeutiese groei van 'n kind met AS (Terre Blanche, Kelly, & Durheim, 2006). Henning (2005, p. 16, 19) noem dat navorsers wat van interpretasie gebruik maak bewus is daarvan dat waarneming feilbaar is, dat foute begaan kan word en dat alle teorie moontlik kan verander. Daarom is die doel van navorsing nie om iets te bewys nie, maar dalk eerder om die teendeel te bewys ("*not to prove but to disprove...*"). Hierdie studie se navorsingsbevindings beskryf dus onder meer

terapeutiese uitkomste wat bereik is deur middel van KGS en SKS, in teenstelling met die literatuur wat die gebruik van KGS en SKS met kinders met AS nie aanbeveel nie (Josefi & Ryan, 2004; Mittledorf et al., 2001; Norton & Norton, 2002) (sien 1.3.). In die verkennend-beskrywende raamwerk word gebruik gemaak van 'n verskeidenheid van data, bronne en analiseringsmetodes (sien 1.4.3.) om geloofwaardigheid van die navorsing te help verseker (Henning, 2005).

1.4.2. Epistemologiese aannames

Epistemologie verwys na 'n navorser se siening van kennis en hoe sy tydens interaksie met die deelnemers kennis sal skep (Denzin & Lincoln, 2005). Soos voorheen gemeld, bepaal hierdie navorser se sosiaal-konstruktivistiese siening van die werklikheid dat 'n kind met AS se siening van realiteit sosiaal gekonstrueer word, in 'n spesifieke konteks; dat individue se sienings van realiteit verskil vanweë die subjektiewe betekenis wat hul heg aan gebeure in hul lewens; en dat 'n kind met AS net opreg verstaan kan word binne 'n interaktiewe verhouding met daardie kind (Henning, 2005; Nieuwenhuis, 2007a). Die epistemologiese aannames van hierdie studie is dat kennis gekonstrueer word binne sosiale kontekste en dat die data-insamelingsproses en interpretasie daarom binne die sosiale ruimte van 'n terapeutiese speelkamer plaasgevind het. Verdere analise en verfyning van insig is binne die wetenskaplike konteks voltrek. Dit is dus kongruent met die aanname dat die werklikheid sosiaal gekonstrueer word, in taal en in sosiale interaksie (Terre Blanche et al., 2006).

Navorsingsgrense bepaal wat en wat nie in die studie bestudeer sal word nie. Die grense waarbinne hierdie studie beperk is word bepaal deur te fokus op die interaktiewe verhouding tussen 'n spesifieke kind met AS en die terapeut, binne die gebonde konteks van terapeutiese gebeure in KGS en SKS, asook op terapeutiese uitkomste wat bereik en bevestig

is deur spontane terugvoer vanaf die ouers en onderwysers tydens die verloop van die terapieproses (Creswell, 1998; Ryan & Bernard, 2000; Tellis, 1997; Yin, 2004).

Kwalitatiewe navorsing verken 'n verskynsel/fenomeen in 'n spesifieke konteks deur verskillende lense te gebruik waardeur geïnterpreteer word en sodoende verskillende fasette van die fenomeen sigbaar gemaak word (Baxter & Jack, 2008). In hierdie studie is die lense as volg: 1) die Rogeriaans-persoonsgesentreerde teorie interaksionele patroonanalise (sien 2.9); 2) KGS; 3) SKS; 4) AS-teorie; 5) die navorser se terapeutiese lens; en 6) die lense van die ouers en onderwysers.

1.4.3. Aksiologiese aannames

Aksiologiese aannames fokus op die etiese waardes en optrede van 'n navorser wat die insameling van data beïnvloed. In ooreenstemming met die Rogeriaans-persoonsgesentreerde teorie gaan hierdie navorser van die standpunt uit dat die kind met AS oor innerlike potensiaal, vermoëns, talente en bronne beskik, wat hy binne 'n veilige terapeutiese ruimte sal gebruik om self groei en verandering in sy lewe teweeg te bring. Die kind beskik oor 'n natuurlike drang om wanaanpassing te verminder en te groei na psigologiese welsyn (Ernst-Terblanche, 2011). Daarom is daar nie 'n oorbeklemtoning van die beperkings of psigopatologie van die kind met AS nie. Die navorser neem nie die posisie van “...*the knowledgeable professional*...” (Odendaal, 2010, p. 14) in nie, maar betree die werklikheid van die kind met AS met respek en gewilligheid om van hom, as dié kenner van sy lewe, te leer.

Daar is 'n voortdurende bewustheid dat die waardes, kennis en ervaring van die navorser vooroordeel of sydigse interpretasie mag meebring (Garrick, 1999; Henning, 2005); daarom is 'n navorsingsjoernaal gehou in 'n poging om die bewustheid te verskerp. Konsultasie met die studieleier het ook blindekolle uitgelig. As kliniese sielkundige wat moet beantwoord aan 'n streng etiese kode, het dit al 'n deel van hierdie navorser se professionele identiteit geword

om die persoon wat in terapie aan haar toevertrou word te respekteer en te alle tye as die primêre bepaler van sy eie werklikheid te bemagtig. In die bestudering van die kind met AS handhaaf sy hierdie waarde en het voortdurend gepoog om alle ander persoonlike oortuigings wat mag inmeng in haar soeke na 'n begrip van die leefwêreld van die kind met AS, ter syde te stel. Hierdie openheid is ook nagestreef in die rapportering van die navorsingsverloop en resultate.

1.4.4. Metodologiese aannames

Volgens Mertens (2009) skep metodologiese aannames die filosofiese grondslag waarop besluite met betrekking tot toepaslike metodes vir die ondersoek, gebaseer word. Hierdie metodologie is in harmonie met uiteengesette ontologiese en epistemologiese aannames. In kwalitatiewe metodologie word die navorsingsproses beïnvloed deur praktyk, teorie en filosofie, wat interafhanklik en onderling verbonde is en rigting gee aan die metodes van dataversameling wat die grondslag lê vir die ontdekking van kennis oor die bestudeerde verskynsel (Denzin & Lincoln, 2005).

Denzin en Lincoln (2005) noem verder dat kwalitatiewe navorsing 'n interpretatiewe en naturalistiese benadering is wat probeer om sin te maak uit verskynsels in die lig van die betekenis wat betrokkenes daaraan heg, wat in hierdie studie verwys na die interpretasie van 'n seun met AS se terapeutiese proses deur middel van KGS en SKS. Kwalitatiewe navorsing is ook verkennend-beskrywend van aard binne 'n bepaalde konteks: *Verkennend* behels dat 'n verskynsel uit verskillende perspektiewe en invalshoeke benader en ontleed word om sodoende alle aspekte en manifestasies daarvan asook verbandhoudende faktore te identifiseer en te verantwoord (Burns & Grove, 2009). Volgens Terre Blanche et al. (2006) ondersoek verkennende studies relatief nuwe en onbekende verskynsels deur middel van oop, buigsame en induktiewe metodes, om sodoende nuwe insig in 'n verskynsel te bekom. In

hierdie studie word die terapeutiese gebeure en uitkomste wat 'n seun met AS in KGS en SKS bereik het, ondersoek (verken), wat sover bekend, nog nie voorheen gedoen is nie.

Beskrywend behels dat dit wat met betrekking tot 'n fenomeen waargeneem, gevind, geleer, ontdek en ingesien word, dig en deeglik en akkuraat beskryf word deur middel van narratiewe beskrywings of geklassifiseerde uiteensettings (Terre Blanche et al., 2006). Terre Blanche en kollegas wys ook daarop dat interpretatiewe en sosiaal-konstruktivistiese navorsers voorhou dat kwalitatiewe navorsing ideaal is vir verkennende doeleindes, maar ook om ryk beskrywings en verduidelikings van menslike verskynsels te formuleer (p. 45). Die terapeutiese gebeure en uitkomste van 'n seun met AS deur middel van KGS en SKS, word in hierdie studie dig en deeglik beskryf. Ondersteunende digitale videoskywe met klank- en visuele bydraes wat deur belanghebbende persone vir evaluerende en bevestigende doeleindes gebruik kan word, is beskikbaar.

Konteks is 'n sentrale begrip in kwalitatiewe navorsing en verwys na die feit dat 'n fenomeen konteksgebonde is, daarom moet die konteks beskryf word en meespreek in die interpretasie van die fenomeen. Empatiese begrip of inlewing is die meganisme waardeur die navorser die konteks van menslike ervaring verken en beskryf of volgens Terre Blanche et al. (2006, p. 275): "*Telling it like it is, is telling it in context*". Die konteks waarbinne hierdie navorsing plaasvind is die terapeutiese ruimte, -verhouding en -gebeure vervat in KGS en SKS, waarin 'n seun met AS bepaalde terapeutiese wins in terme van persoonlike groei en wording bemeester.

Vanuit die metodologiese aannames hierbo uiteengesit, ontstaan die navorsingsvraag en voortvloeiende navorsingsontwerp wat vervolgens onder navorsingsmetodes beskryf sal word.

1.5. NAVORSINGSMETODES

1.5.1. Navorsingsvraag

In hierdie studie is die navorsingsvraag: Watter terapeutiese uitkomst is deur middel van die nie-direktiewe metodes van KGS en SKS deur 'n kind met AS bereik?

'n Navorsingsvraag mag vloei uit vele bronne, maar in hierdie studie verteenwoordig dit 'n verkennend-beskrywende ondersoek na die terapeutiese uitkomst van 'n seun met AS wat met behulp van KGS en SKS bereik is. Die vraag lei tot 'n verkenning en beskrywing van 'n onderwerp waarvoor daar min vorige navorsing bestaan en wat ook nog min gedokumenteerd is (M. Greeff, persoonlike kommunikasie, September 3, 2010; Tellis, 1997).

1.5.2. Doel van die studie

Die algemene doelstelling van hierdie studie is om te verken en beskryf watter terapeutiese uitkomst deur middel van KGS en SKS deur 'n kind met AS bereik is. Tentatiewe doelstellings is vanuit die literatuur geïdentifiseer in terme van aspekte wat in 'n AS-behandelingsprogram aandag behoort te geniet. Die volgende is sodanige aspekte: ontwikkeling van verbale en nie-verbale kommunikasievaardighede; sosiale bewustheid en die aanleer van sosiale- en probleemoplossingsvaardighede waarvan wedersydse sosiale interaksie deel uitmaak; selfevaluasie en selfbestuur; veralgemening van gepaste gedrag na verskeie sosiale omgewings; onafhanklike deelname aan aktiwiteite; regulering van emosies en die bou van 'n kind-terapeutverhouding; dissipline waarvan keuses en besluitneming deel uitmaak; uit-reagerende gedrag; selfbeeld en selfvertroue; gebruik van verbeeldingspel en metafore; en laastens veralgemening van vaardighede wat in die speeltherapiesessies aangeleer is na kontekste buite die speelkamers (Josefi & Ryan, 2004; Klin & Volkmar, 2000; Osborne, 2003; Ryan & Bernard, 2000; Tsatsanis et al., 2004). Daar sal ook gelet kan word op die hantering van selfsorg, vermoë om eie gedrag in verskillende situasies te kan organiseer en

beheer, selfaktualisering en die kommunikeer van emosionele- en ontwikkelingsbehoefte. Vanuit die voorgaande is tentatiewe multidimensionele kategorieë vir deduktiewe data-analise in hierdie studie geïdentifiseer wat weer aanleiding gegee het tot 'n aantal navorsingsvrae:

1. Hoe het die kind met AS aanklank kan vind by die ongestruktureerde verbeeldingryke proses van nie-direktiewe terapie (KGS en SKS) en sal die verhouding tussen die terapeut en kind met AS bevorder word deur nie-direktiewe respondering?
2. Hoe het die kind met AS, probleemoplossingsvaardighede gevind in nie-direktiewe terapie (KGS en SKS) gebruik om van sy alledaagse situasies te hanteer en sy sosiale interaksie en kommunikasie te verbeter; en sal hy hierdie vaardighede kan veralgemeen na ander kontekste buite die terapie?
3. Hoe het nie-direktiewe terapie (KGS en SKS) 'n kind met AS se ouer-kindverhouding verbeter en sy uit-reagerende gedrag verminder?
4. Hoe het in nie-direktiewe terapie (KGS en SKS) die kind met AS reageer op die gebruik van keuses tydens dissiplinering?
5. Hoe het nie-direktiewe terapie (KGS en SKS) 'n kind met AS se uitdrukking, selfregulering en hantering van emosies asook empatie bevorder?

Hierdie navorsingsvrae, gebaseer op die literatuur oor AS, KGS en SKS, Rogeriaans-persoonsgesentreerde teorie en empiriese data uit ander navorsing asook op persoonlike ervaring met kinders met AS, bevorder die vertrouenswaardigheid van die studie. Elke vraag lei die navorsing en bepaal die fokus van data-insameling, -analise en -bespreking. In hierdie studie is gefokus op die terapeutiese uitkomst wat bereik is gedurende die terapieproses met 'n seun met AS. Die terapeutiese uitkomst is verdeel in verwagte uitkomst wat ooreenstem met die literatuur en unieke uitkomst wat die literatuur weerspreek (Baxter & Jack, 2008).

1.5.3. Navorsingsmetode

'n Intrinsieke enkelgevalstudie is gebruik omdat die navorser 'n bepaalde seun met AS se gebruik van KGS en SKS en die terapeutiese uitkomste wat deur hom behaal is, in diepte wil verstaan (M. Greeff, persoonlike kommunikasie, September 3, 2010; Yin, 2004).

Intrinsieke enkelgevalstudies word verkeerdelik deur sommige navorsers as minder belangrike navorsing afgemaak omdat bevindings daaruit nie veralgemeen kan word nie (Flyvbjerg, 2006). Die doel van hierdie studie is nie om bevindings te veralgemeen na ander gevalle met AS of ander populasies nie, aangesien die literatuur oor AS daarteen waarsku omdat kinders met AS individueel en uniek reageer en wat vir een geval werk, nie noodwendig vir 'n volgende geval werk nie (Austism South Africa, 2002a). Die doel van hierdie studie is ook nie om iets uit J se gevallestudie te bewys nie, maar om meer daaruit te leer. Die doel is wel om uiteindelik op wetenskaplike wyse sielkundiges in die beroep deur middel van seminare, werksinkels en publikasies bewus te maak van die bevindings van sodanige studie en van die terapeutiese moontlikhede wat KGS en SKS met 'n kind met AS mag inhou, asook om toekomstige navorsing in dié verband aan te moedig (Baxter & Jack, 2008; Henning, 2005; Stake, 2000; Tellis, 1997; Yin, 2004).

Die navorser was van mening dat sy na afloop van J se terapeutiese proses toegang gehad tot inligting wat waarskynlik nie tot ander navorsers se beskikking was nie en daarom het die oortuiging ontstaan dat 'n enkele, in-diepte gevalstudie 'n betekenisvolle bydrae tot navorsing kon lewer. Hierdie spesifieke seun het anders reageer op terapeutiese insette as wat die verwagte norm was en lig kan gewerp word op 'n area van belang, naamlik die terapeutiese uitkomste wat deur middel van KGS en SKS deur 'n kind met AS bereik kan word (Creswell, 1998; Flyvbjerg, 2006; Tellis, 1997). Net soos in die geval van Josefi en Ryan (2004), wil hierdie spesifieke, intrinsieke gevallestudie onder andere aantoon dat die

gebruik van nie-direktiewe terapeutiese prosesse vir 'n kind met AS dalk heroorweeg en verder ondersoek behoort te word.

Die oorweging was aanvanklik om meer gevalle met AS vir die studie te gebruik, maar daar is uiteindelik besluit om die aanbeveling van Harvard Universiteit te volg en volgens Flyvbjerg (2006, p. 222) een gevallestudie te gebruik: *“Forget the convential wisdom, go ahead and do a case study”*.

Daar word ook holisties te werk gegaan in hierdie ondersoek, aangesien die seun met AS wat deelgeneem het, se optrede in verskillende kontekste (in KGS en SKS- sessies tuis, by die skool en in die gemeenskap) beskryf word. J se optrede in KGS en SKS was eenmalig en die terapeutiese uitkomst wat hy bereik het in hierdie kontekste was uniek en onverwags (Baxter & Jack, 2008).

Die wyses waarop data in hierdie ondersoek verkry en daarna ontleed is, word vervolgens bespreek.

1.5.4. Data-insameling en Dataverwerking

In die proses om die seun met AS se terapeutiese wins in terme van persoonlike ontwikkeling te bestudeer, moes hierdie navorser as primêre navorsingsinstrument in die KGS en SKS konteks teenwoordig wees. Haar posisie as navorser was as leerder/waarnemer, maar haar terapeutiese rol en gesag ('power'), kennis en agtergrond, waardes en lewensbeskouing, asook haar persoonlike verwagtinge en ervarings kon nie van die navorsingsgebeure geskei word nie (Kelly, 2006). Die navorser het reeds (sien 1.4.3.) haar sensitiwiteit met betrekking tot haar verweefdheid in die navorsingskonteks aangetoon, maar het verder deurlopend deur middel van noukeurige aantekeninge van refleksies oor, ervarings van en reaksies op die navorsingsgebeure probeer om haar subjektiwiteit te verreken. Die navorser ondersteun Ponterotto (2005) se siening hieroor dat wat bewustelik erken word, vasgevang en beheer kan word.

Data-insameling

In kwalitatiewe gevallestudies vind data-insameling en data-analisering gewoonlik gelyktydig plaas, maar in hierdie studie was dit nie moontlik nie aangesien daar eers na afloop van die terapieproses met J besluit is om hom as 'n enkelgevalstudie te beskryf. Die navorsing in hierdie studie is gebaseer op terapeutiese werk met 'n vyfjarige seuntjie, J, wat deur 'n pediater met AS gediagnoseer is en na hierdie praktyk vir terapie verwys is. J woon by sy ouers en het 'n jonger boetie. Die gesin is Engelssprekend. J was in 'n kleuterskool en die skool het sy gedrag onverstaanbaar gevind en was op die punt om J te skors indien sy gedrag nie spoedig sou verbeter nie. Daar was tydens die terapieproses noue samewerking met die ouers en onderwyseresse.

Na afloop van J se terapieproses was die volgende genotuleerde inligting in J se lêer: onderhoude met J se ouers en onderwysers, die terapeut se direkte observasie van J in die klaskamer, haar deelnemer-observasie van ongeveer twee jaar as J se terapeut voordat besluit is om hom as 'n gevallestudie te beskryf, video-opnames (wat vir die doel van die studie omgeskakel is na digitale videoskywe) wat van J se KGS-sessies gemaak is en foto's wat van sommige van J se SKS-sessies geneem is, asook terapeutiese prosesnotas. Hierdie meervoudige databronne tot die navorser se beskikking het die inligting bevat wat in hierdie navorsing ontleed sou word. Die geloofwaardigheid van die studie is ook verhoog deur die gebruik van meervoudige bronne (Creswell, 1998; Henning, 2004; Hoepfl, 1997; Tellis, 1997).

Rapportering van bevindings

'n Gevallestudie word so beskryf dat die leser voel asof hy 'n aktiewe deelnemer aan die navorsing was. Die konteks waarbinne die navorsingsgebeure plaasgevind het asook die navorsingsproses en verloop, word beskryf. Daar bestaan nie 'n enkelvoudige wyse om 'n gevallestudie te rapporteer nie, dus kan gerapporteer word in storienvorm, of 'n chronologiese

verslag van gebeure kan weergegee word. Hierdie navorsing word deur middel van navorsingsvrae verken en beskryf, wat beteken dat ander interessante besonderhede uitgelaat moet word. Die navorsingsvrae dien as raamwerk waarbinne data geïnterpreteer word. Navorsingsbevindings word vergelyk met bestaande literatuur en op dié manier kan huidige bevindings vorige navorsing ondersteun of weerlê. Aandag word veral geskenk aan navorsingsaannames en/of -bevindings van hierdie studie wat teenstrydig blyk te wees met literatuur (Baxter & Jack, 2008; Yin, 2004). Genoegsame bewyse vir bevindings word aangebied en daar word van figure, foto's, tabelle en aanhalings uit onderhoude en terapieessies gebruik gemaak om bevindings te verhelder (Yin, 2004).

Data-analise

Data is vanuit meervoudige databronne in geheel en nie onafhanklik van mekaar nie ontleed, omdat die fokus van die navorsing is om die seun met AS holisties te verstaan. Elke databron word 'n stukkie van die legkaart wat die navorser help om die geval in diepte te ontleed en daarom moet die roudata effektief georganiseer en ondersoek word om sodoende die onderlinge verbande te vind en die vertrouenswaardigheid van die studie te bevorder. Data-analise geskied ook deur die data se samehang met die navorsingsvrae te verbind. Vanuit die vermelde meervoudige databronne, is terapeutiese uitkomstes as temas en kategorieë geïdentifiseer (Hoepfl, 1997) en data is gekategoriseer, getabuleer en gekombineer in ooreenstemming met die navorsingsvrae. Daarom was die proses hoofsaaklik deduktief. Die navorser het vervolgens alle data geëvalueer en geïnterpreteer na aanleiding van die navorsingsvrae. Ontleding van teenstrydige bevindings ten opsigte van die navorsingsvrae verseker dat alternatiewe verduidelikings vir die verskynsel verskaf kan word en verhoog sodoende vertrouenswaardigheid (Baxter & Jack, 2008; Yin, 2004).

Data-analise is gedoen nadat die toepaslike 13 onderhoude, 17 observasies en 14 spelsessies verbatim getranskribeer is. Die transkripsies is in kolomme weergegee waarin elke lyn

met 'n syfer gemerk is om terugverwysing te vergemaklik. Elke paar lyne is as 'n blok aangetoon. In die tweede kolom is kodering gedoen deur tematiese inhoudsontleding (Nieuwenhuis, 2007) aan die hand van die IPA-veranderlikes en/of spelterapietemas. Hierna is die inhoudsanalise verfyn en is aangedui watter terapeutiese uitkomste binne elk van die IPA-veranderlikes of speltemas gedemonstreer is. Laastens is triangulering gedoen deurdat 'n tabel saamgestel is waarin aangedui word watter van die terapeutiese uitkomste voorgekom het in ontleding van die onderhoude, observasies asook in spelsessies. Slegs IPA-veranderlikes wat binne elk van die drie stelle data uitgewys is, is gebruik as bewys van terapeutiese uitkomste wat deur J gedemonstreer is en is in hoofstuk 5 as resultate bespreek. Data-ontleding word volledig in hoofstuk 4 uiteengesit.

Vervolgens word vertrouenswaardigheid van hierdie studie kortliks bespreek.

1.5.5. Vertrouenswaardigheid

In kwalitatiewe navorsing soos in hierdie studie, verseker vertrouenswaardigheid dat die navorsing aan alle wetenskaplike vereistes voldoen. Lincoln en Guba (1985) verklaar dat kwalitatiewe navorsing ook moet beantwoord aan vereistes soos geloofwaardigheid van bevindings; toepaslikheid van bevindings op 'n ander ondersoekgroep of navorsingskonteks; herhaalbaarheid van die navorsingsmetodes in ander ondersoeke; en sekerheid dat die bevindings vanuit die deelnemers en die ondersoek spruit en nie onbewustelik beïnvloed is deur die navorser se voorkeur en vooroordele nie. Volgens De Vos (2005) is die vertrouenswaardigheid van 'n kwalitatiewe studie die raamwerk waarbinne verseker word dat die studie aan bogenoemde vereistes voldoen.

In die geval van die huidige ondersoek kon die gedrag van die seun met AS nie vir die doel van navorsing gemanipuleer word nie, aangesien hy in 'n vooraf afgehandelde terapeutiese proses was en in daardie proses is hy toegelaat om met behulp van KGS en SKS te groei, al dan nie, soos hy wou. Om dieselfde rede kon die rol van terapeut en navorser nie

tegelykertyd vervul word nie en die ouers en onderwysers kon nie die navorsingsproses beïnvloed nie. Dus het die terapeutiese proses natuurlik verloop en is na wedersydse ooreenkoms tussen die terapeut en ouers, beëindig. Die navorsing fokus op hierdie afgehandelde gebeure. Die data wat versamel is, is akkuraat geanaliseer en alle moontlike en opponerende beskrywings is geëvalueer. Die navorser was deurentyd bewus van eie subjektiewe behoeftes (bv. om te sien wat jy wil sien). Die samehang tussen navorsingsfilosofie, navorsingsvraag, data-analise en die beskrywing van navorsingsuitkomst is deurentyd in oorweging geneem (Baxter & Jack, 2008).

Vertrouenswaardigheid van die studie is verseker deur genoeg data te verskaf sodat die leser self die geloofwaardigheid van die studie kan beoordeel. Dit is ook gedoen deur 'n duidelik omskrewe primêre navorsingsvraag en daaropvolgende verfynde navorsingsvrae, wat by die enkelgevalstudie-ontwerp pas. Data is sistematies geselekteer en georden en is noukeurig ontleed (ook deur twee ander kodeerders) en versigtig geïnterpreteer. Vertrouenswaardigheid word verhoog deur met behulp van triangulering of kristallisering die gebeure vanuit verskeie perspektiewe te verken en te beskryf (Yin, 2004), wat in hierdie studie omvattend gedoen is (Atkins & Sampson, 2002; Guion, 2002; Tellis, 1997). Baxter en Jack (2008, p. 557) is van mening: *“Novice researchers should also plan for opportunities to have either a prolonged or intense exposure to the phenomenon under study within its context so that rapport with the participants can be established and so that multiple perspectives can be collected and understood and to reduce potential for social desirability responses in interview”*. In hierdie studie is voldoende kontekstuele inligting vanuit die afgehandelde terapieproses wat oor byna twee jaar gestrek het, van J se ouers en van onderwysers bekom (Creswell, 1998).

Die etiese aspekte waaraan hierdie studie voldoen, word vervolgens bespreek.

1.6. ETIESE ASPEKTE

Creswell (2005) noem dat etiese aspekte altyd in alle navorsing deurslaggewend is. Hierdie navorsing is deur al die kwaliteitsbeheerstrukture van die Noordwes-Universiteit goedgekeur en is uitgevoer onder toesig van bekwame en ervare studieleiers.

Die doel van hierdie studie en die gebruik van resultate wat bekom sou word, is met J se ouers bespreek. Die ouers het met die aanvang van die terapieproses toestemming gegee dat foto's van die SKS-sessies geneem en video's van KGS-sessies gemaak kon word en het aanvanklik mondelinge en later skriftelike toestemming gegee dat die video's (nou digitale videoskywe) vir die navorsing gebruik kon word. Die digitale videoskywe is van so 'n aard dat J se gesig nie maklik herkenbaar is nie. Die digitale videoskywe bly steeds in die navorser se besit en mag met spesiale toestemming van die ouers vir die doel van hierdie studie met ander belanghebbendes gedeel word.

Tydens die terapieproses is afsprake gereël op tye wat die deelnemers gepas het en die gesin het geen finansiële voordeel geput uit hulle latere deelname aan die navorsing nie. Volgens die navorser se kennis het die deelnemers geen nuwe-effekte of ongemak tydens die aanvanklike terapieproses en latere navorsingsproses ervaar nie (Creswell, 2005). Vir die doel van hierdie kwalitatiewe studie het die navorser alleenlik die meervoudige databronne wat na afloop van die terapieproses reeds tot haar beskikking was, gebruik. Vertroulikheid is behou deur van skuilname gebruik te maak (Christians, 2000). Die feit dat J ingeskakel het by arbeidsterapie en spraakterapie het ooreengestem met die literatuur wat aanbeveel dat dit belangrik is om kinders met AS deur middel van 'n multi-dissiplinêre spanbenadering by te staan (Autism South Africa, 2002a; Josefi & Ryan, 2004; Tsatsanis et al., 2004).

1.7. SLOT

In hierdie hoofstuk is die uitleg van hierdie studie verduidelik waarvan die doel is om aan te dui hoe 'n seun met AS, KGS en SKS gebruik het en watter terapeutiese uitkomst deur hom bereik is. Die agtergrond tot die studie, asook die rasionaal en doelwitte van die studie is weergegee en daar is gefokus op die metode van navorsing wat gebruik is, asook die wyse van data-insameling en dataverwerking.

Die volgende hoofstukke sal in hierdie proefskrif as navorsingsverslag dien:

Hoofstuk 2: Aspergersindroom

Hoofstuk 3: Nie-direktiewe speel terapie: KGS en SKS

Hoofstuk 4: Navorsingsmetode

Hoofstuk 5: Navorsingsbevindings en bespreking

Hoofstuk 6: Gevolgtrekkings en aanbevelings

Vervolgens word Aspergersindroom of te wel AS bespreek.

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.

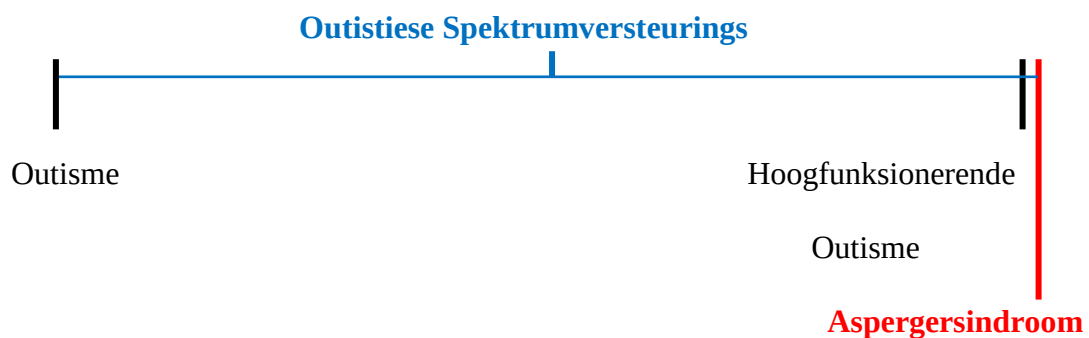
2.2. TERMINOLOGIE

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

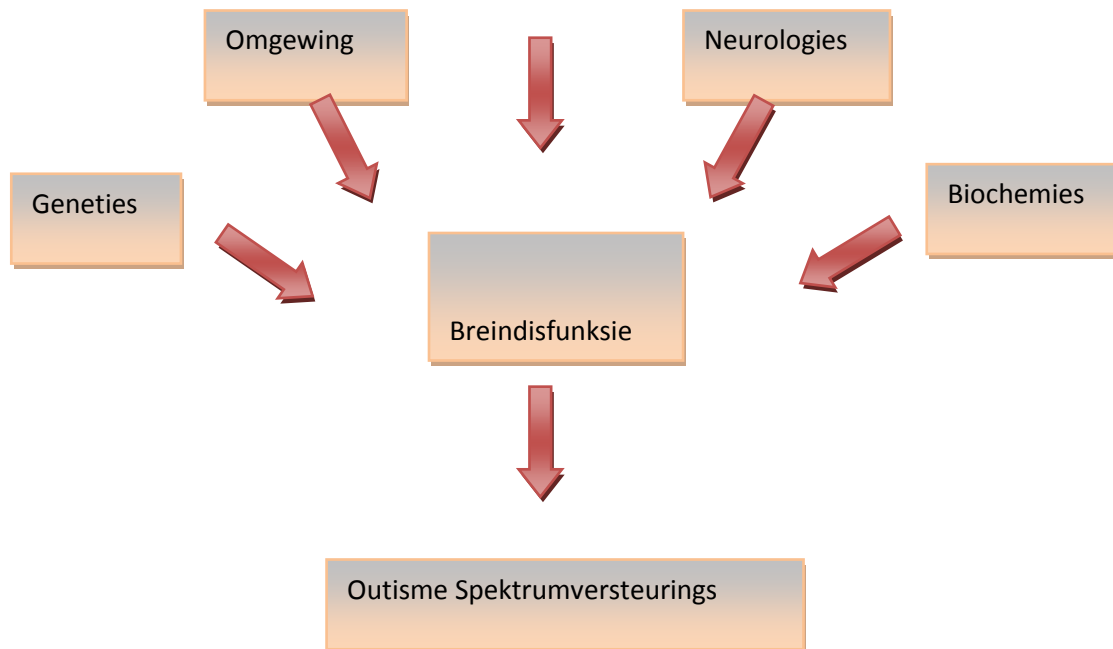
Volgens Tantam (2000) is die simptome van AS reeds van kleuterjare af teenwoordig en ontwikkel dit nie skielik in die adolessente of volwasse jare nie. Vroeë taal en kognitiewe ontwikkeling kan relatief normaal wees by 'n kind met AS en daarom word AS gewoonlik eers na driejarige ouderdom opgemerk en 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.

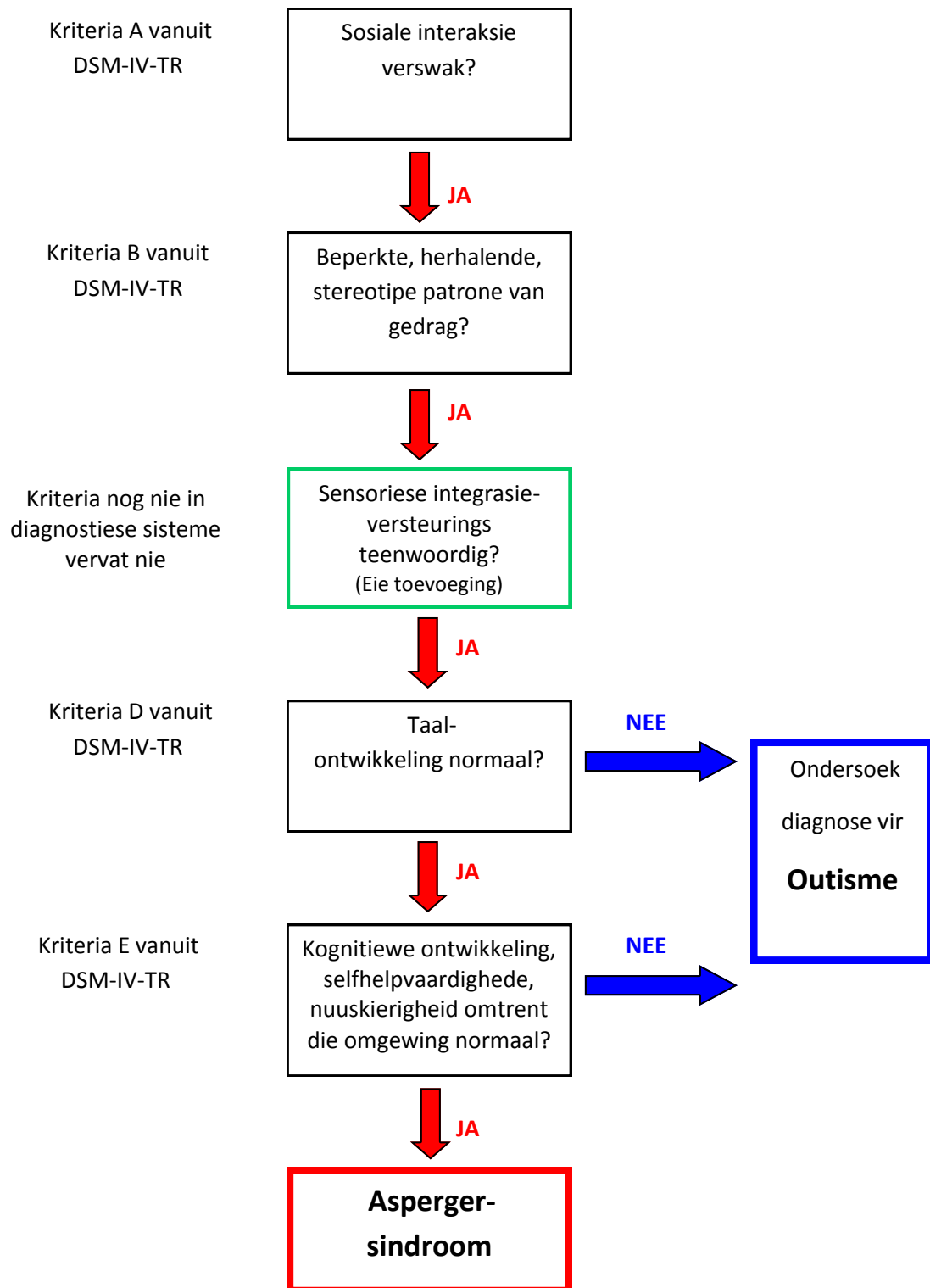
5. *Probleme met nie-verbale kommunikasie (ten minste een van die volgende):*

- beperkte gebruik van gebare
- lomp liggaamstaal
- beperkte gesigsuitdrukkinge
- 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. PROGNOSE

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

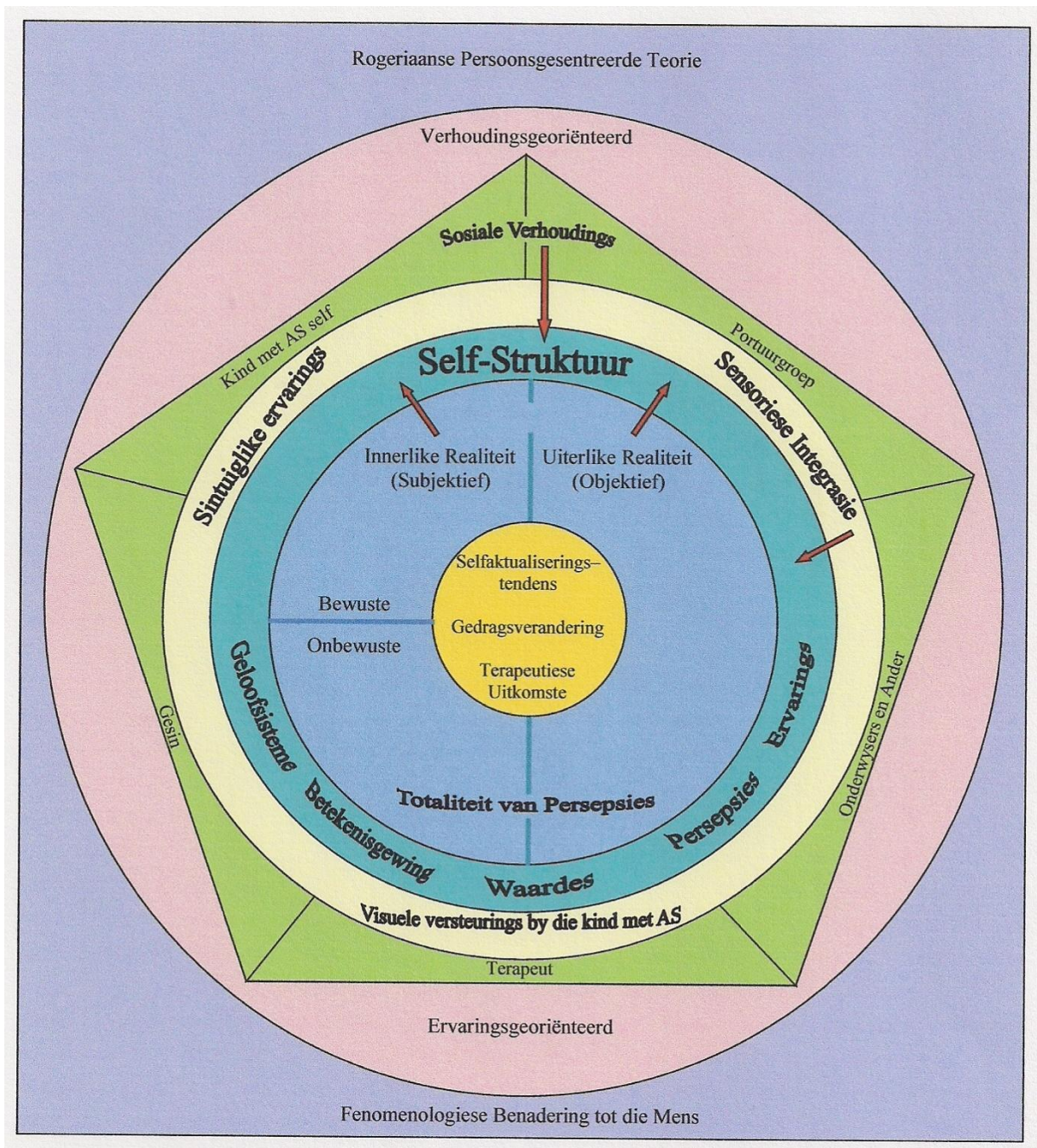
Persoonsgesentreerde terapie is in 1940 deur Carl Rogers as deel van die humanistiese benadering tot psigoterapie begin. Die humanistiese benadering huldig 'n optimistiese sienswyse oor die kind met aannames dat elke kind inherent goed is, oor die vermoë beskik

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 oorlading 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.

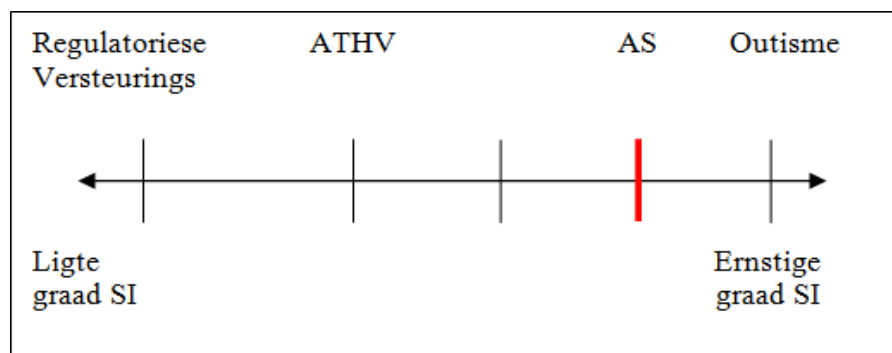
Sommige kinders met AS het 'n sensitiewe vestibulêre sisteem wat balans, persepsie van beweging en koördinasie beïnvloed en wat hierdie kinders angstig en gedisoriënteerd laat voel wanneer hulle liggaamposisie tydens speel moet verander. Kinders met AS kan hiper- of hiposensitief wees vir sensasies van 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 waardebeplanning van, asook betekenisgewing aan 'n gegewe situasie, verhouding en ervaring, onakkuraat is. Wat meer is, betekenisvolle ander mense se korrekte evaluering, siening, waardebeplanning 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).

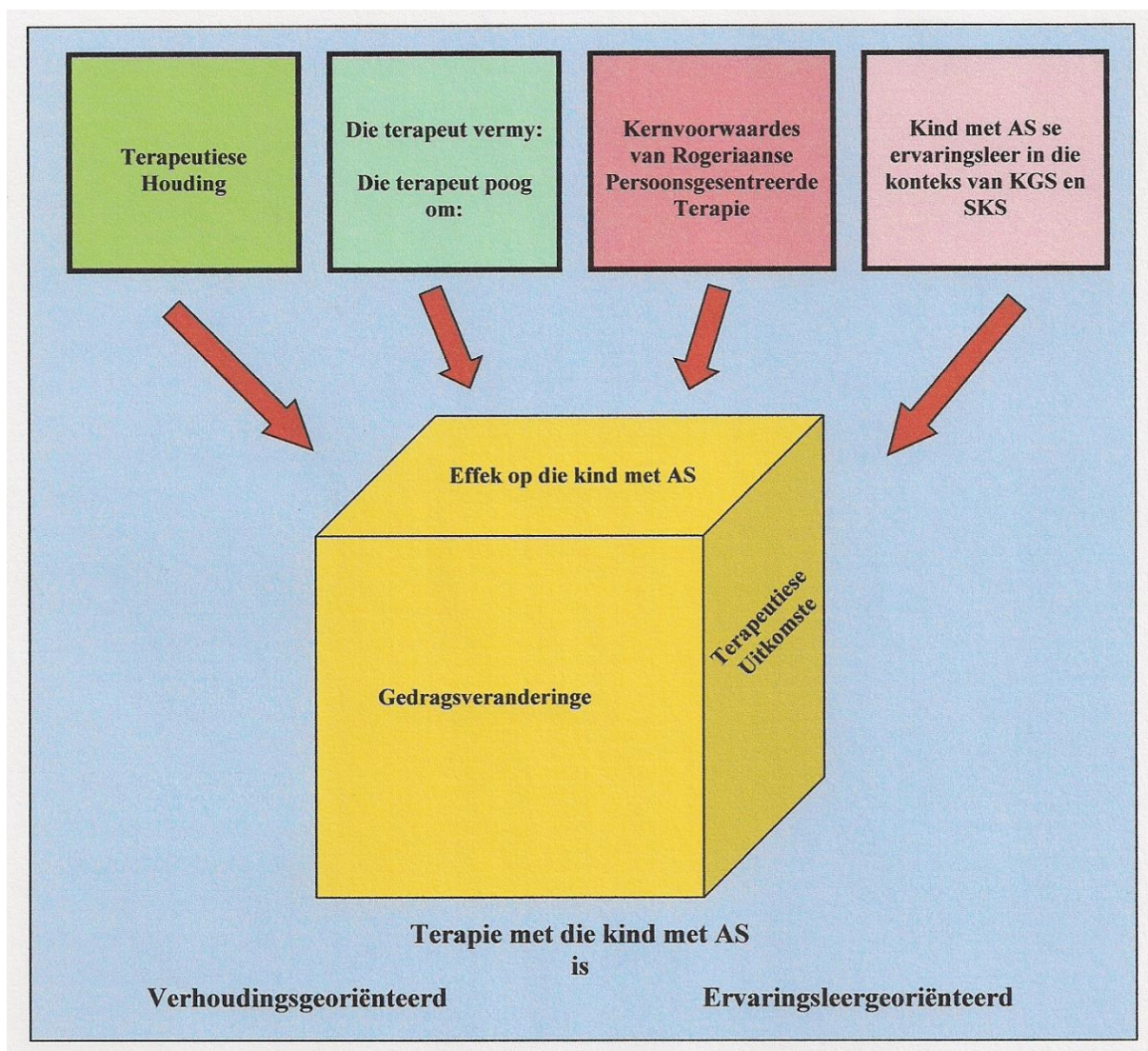
Kinders met AS kan soms rigiede denkpatriene en 'n wêreldbeskouing hê wat hulle onbuigsaam maak en kan veroorsaak dat hulle hul opinie met tye hoogs emosioneel sal verdedig (Baron-Cohen, 2004; Blakemore-Brown, 2002; Mittedorf et al., 2001; Nel, 2005; Wing, 2000). Volgens Tantam (2000) en Phemister (2005) 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).

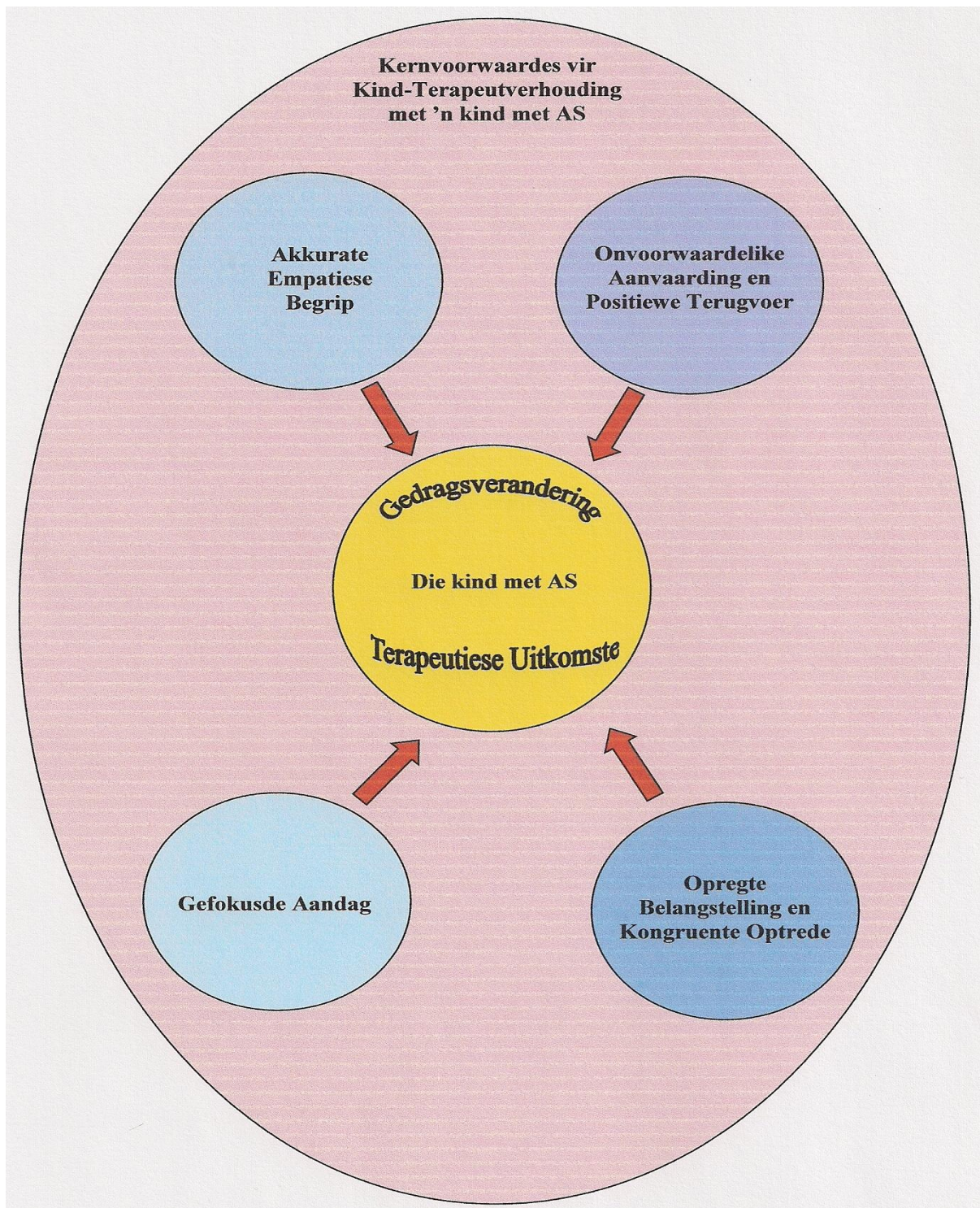
Wat RPT as terapeutiese benadering uniek maak is dat kinders op ervaringsvlak tydens spel terapie vaardighede aanleer wat nie andersins aan hulle geleer kan word nie. Verder kan hulle ontwikkelingstake op konkrete vlak verken, daarmee eksperimenteer, die take bemeester en nuwe leerervarings organiseer 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

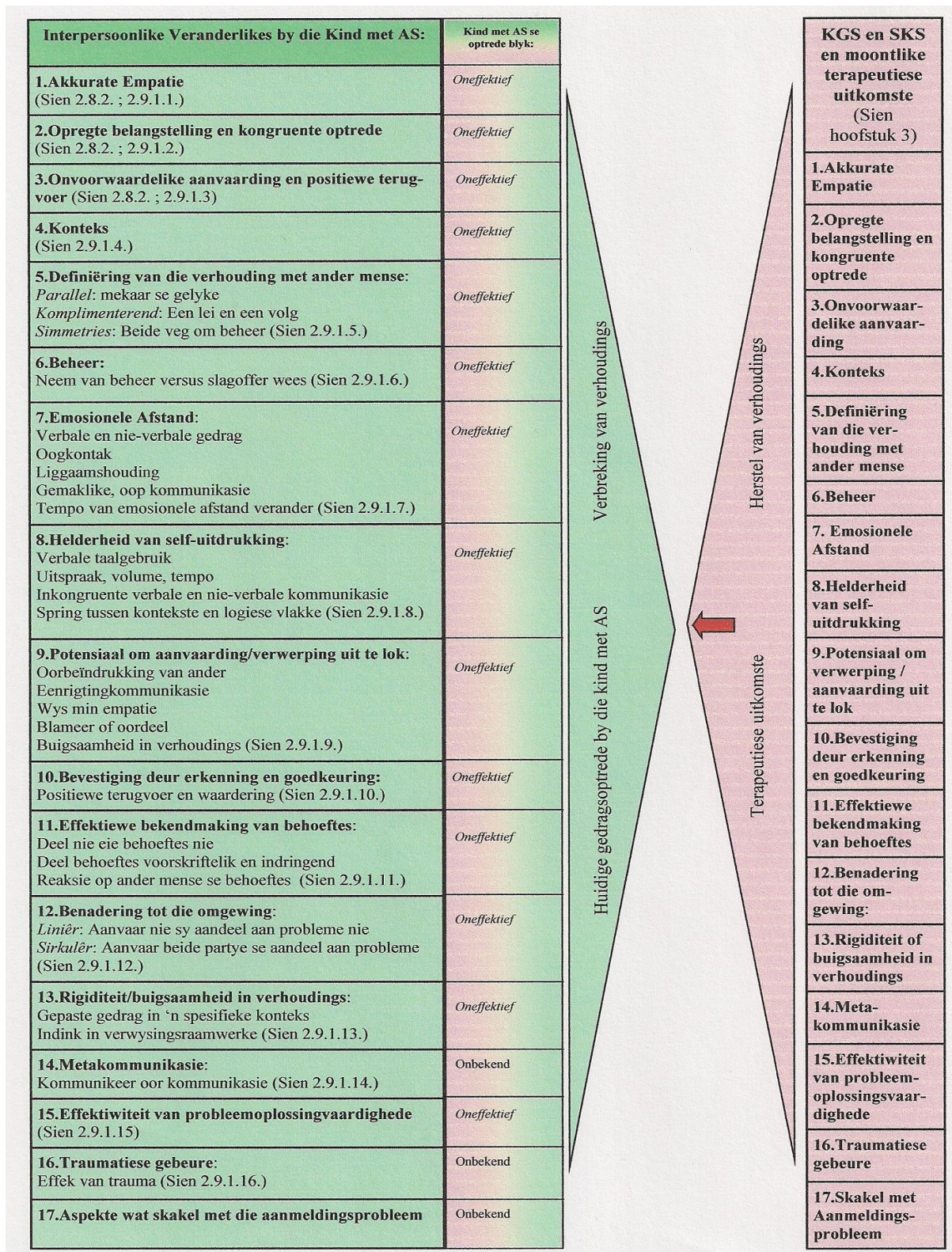
Volgens Vorster (2011, p. 85) is die IPA: *"...a diagnostic approach within the context of psychotherapy that, seemingly, retains the uniqueness of the individual yet provides a systematic and orderly procedure of indication for psychotherapy that have been validated by*

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 *parallelle 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).

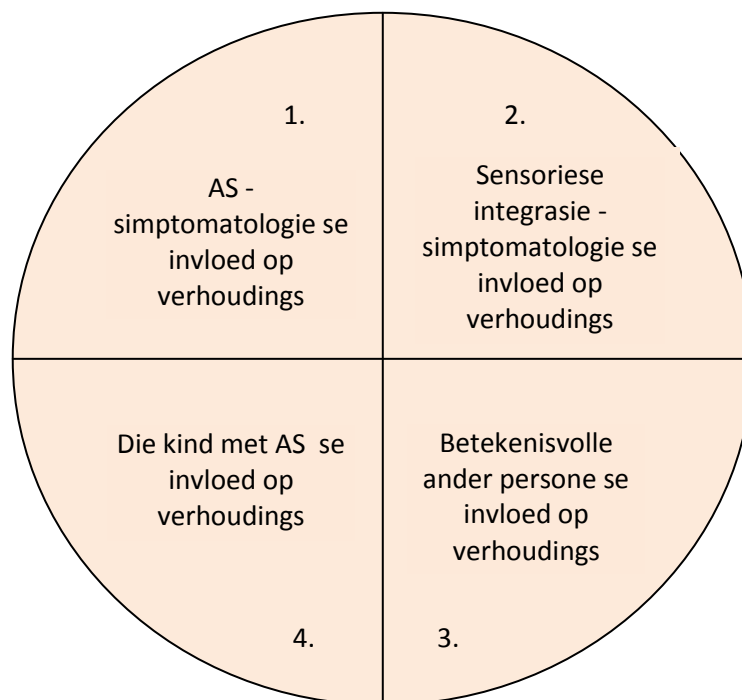
2.9.1.12. Benadering tot die omgewing

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.

HOOFSTUK 3: NIE-DIREKTIEWE SPELTERAPIE: KINDGESENTEERDE- EN SANDKASSPELTERAPIE

3.1. INLEIDING

In hierdie hoofstuk word 'n oorsig oor kindgesentreerde speltherapie (KGS) en sandkasspeltherapie (SKS) binne die raamwerk van Rogeriaanse persoonsgesentreerde teorie (RPT) gegee. Daar word veral gefokus op 'n geïntegreerde bespreking van KGS en SKS binne die riglyne van die interpersoonlike-patroonanalise (IPA) (Ernst-Terblanche, 2011; Vorster, 2011). Oorweging word geskenk aan die 17 interpersoonlike veranderlikes van die IPA as struktuur vir moontlike terapeutiese uitkomstes wat deur 'n kind met AS deur middel van die nie-direktiewe prosesse van KGS en SKS bereik kan word (sien figuur 2.8. in hoofstuk 2).

Vervolgens word die terminologie met betrekking tot KGS en SKS verduidelik.

3.2. TERMINOLOGIE

KGS word in hierdie studie gesien as 'n veelsydige nie-direktiewe wyse van terapie wat ontwikkel het vanuit Carl Rogers se persoonsgesentreerde terapie (Johnson et al., 1999). KGS is 'n proses waartydens die terapeut die kind met AS se innerlike vermoë vertrou om deur middel van konstruktiewe, selfrigtinggewende kreatiewe spel 'n reis van selfondersoek en selfontdekking te onderneem; waardeur die Rogeriaanse persoonsgesentreerde beginsels van selfrealisering en selfaktualisering gestalte kry (Malchiodi, 2003). KGS is nie net 'n terapeutiese tegniek of metode nie, maar eerder 'n basiese filosofie waardeur die kind met AS sy eie vermoë tot persoonlike groei aanwend vir persoonlike- en sosiale transformasie. Klem word geplaas op die proses van spel eerder as die eindresultaat (Landreth & Bratton, 2006). Die kind se fisiese, emosionele en kognitiewe self dimensies word betrek, terwyl sosiale interaksie tussen hom en die terapeut plaasvind (Landreth, 1991).

Wat SKS betref, verwys die literatuur na verskillende terminologie: *Sandspelterapie* verwys na Dora Kalff se werksmetode wat 'n suiwer Jungiaanse benadering volg, terwyl *sandkasterapie* afgelei is van Jungiaanse sandspelterapie wat aangepas kan word by verskeie psigoterapeutiese benaderings. Laasgenoemde is ook 'n uitbreiding op die proses van speltherapie vir kinders en hou verder verband met kunstherapie, ekspressiewe terapie en projektiewe tegnieke (Bradway, 2006; Bradway & McCoard, 1997; Carey, 1994; Homeyer & Sweeney, 2005; Kerry, Murphy & Brattleboro, 2000; Zinni, 1997). In hierdie studie word verwys na *sandkasspeltherapie* (SKS) wat die eklektiese benadering van sandkasterapie gekombineer met beginsels van KGS, behels. Hiervolgens is SKS gerig op 'n holistiese transformasieproses wat beide die psige en die liggaam van die kind met AS betrek gedurende 'n projektiewe, ekspressiewe vorm van psigoterapie. Die kind maak van spesifieke SKS-materiaal as nie-verbale medium van kommunikasie gebruik om intra- en interpersoonlike problematiek te prosesseer (Homeyer & Sweeney, 1998, 2005). In die beperkte ruimte van die sandkaste, gee die kind met AS sy belewenis van die wêreld weer (Ammann, 1991; Dale & Lyddon, 2000).

Die term grensneerlegging is voorheen in hierdie studie gebruik en verwys na die terapeut se optrede in situasies wat met dissipline verband hou en waartydens *grensneerleggingskeuses* gebruik word. *Bewusmakingskeuses* verwys na keuses wat tydens nie-direktiewe respondering gebruik word om persoonlike beheer aan die kind met AS te gee en/of sosiaal aanvaarbare gedrag as alternatiewe optrede vir die kind uit te wys (sien 6.4.1., spesifiek IPA-veranderlikes 3,5,6,8,11 en 12).

3.3. GESKIEDENIS VAN KGS en SKS

KGS

In 1903 het Froebel die simboliese waarde van spel beklemtoon en uitgewys dat ‘n kind bepaalde bewustelike en onbewustelike motiewe tydens spel uitspeel en daardeur sy psige aan die terapeut ontbloom, ongeag die vorm wat die spel aanneem (Landreth, 1991). In 1909 het Sigmund Freud die eerste gevallestudie van ‘n vyfjarige kind, “Klein Hans”, se spel gedokumenteer en het bevind dat kinders se problematiek toegeskryf kan word aan emosionele oorsake en nie net aan gebreke in die kind se opvoeding nie (Ryan & Wilson, 2000a, p. 268). In 1921 het Anna Freud en Melanie Klein uitgewys dat spel direkte toegang tot die kind se onbewuste aan die terapeut kan gee en dat kinders deur middel van spel kan uiting gee aan hulle fantasieë, angstigtheid en verdedigingsmeganismes.

In 1930 het meer gestruktureerde “*Release Play Therapy*” van David Levy ontstaan, wat aangedui het dat spel kinders kon help om spanning te verwerk en dat abreaksie belangrik was sonder om noodwendig van interpretasie of psigo-analise gebruik te maak. Gove Hambidge het in 1955 die werk van Levy uitgebrei en dié speltherapie is “*gestruktureerde speltherapie*” genoem. Hierna het Otto Rank met verhoudingsterapie gevolg wat tydens spel meer op die hier-en-nou begin fokus het en waarin die terapeut-kind-verhouding beklemtoon is sonder om van interpretasie gebruik te maak. Kinders is toegelaat om verantwoordelikheid vir hulle eie proses van emosionele groei te neem en dit het die duur van terapie betekenisvol verkort (Landreth, 1991, pp. 29-32).

Carl Rogers het vanaf 1942 tot 1951 verhoudingsterapie meer uitgebrei en dit bekend gestel as kliëntgesentreerde of persoonsgesentreerde terapie. Virginia Axline, ‘n student en kollega van Rogers, het nie-direktiewe speltherapie verder ontwikkel en dit KGS genoem. Sy het klem gelê op die feit dat kinders ‘n natuurlike strewe tot persoonlike groei het, dat hulle oor die vermoë beskik om rigting aan hulle spel te gee sonder dat die terapeut pogings

aanwend om die kind te beheer of te verander, asook op die ervarings- en verwysingsraamwerk van die kind self (Hutton, 2004; Landreth & Bratton, 2006; Poodhun, 2000; Rennie, 1998). In 1964 het Bernard Guerney, asook Dr Gary Landreth in die negentiger jare, die teoretiese beginsels van KGS as praktiese vaardighede op 'n gestruktureerde wyse aan ouers begin leer en die proses is Filialspelterapie* of kind-ouerverhoudingsterapie genoem (Bratton, Landreth, Kellam, & Blackard, 2006; Landreth, 1991; Landreth & Bratton, 2006).

SKS

H.G. Wells het in 1900 deur sy twee seuns waar te neem gesien dat kinders miniatuur-speelgoed gebruik om hulle probleme op die vloer mee uit te speel. In 1920 het 'n Britse kinderpsigiater, Margaret Lowenfeld, Wells se werk verder gevoer deur miniatuurfigure in haar speelkamer te plaas wat kinders spontaan begin gebruik het om wêreld in 'n sandbak mee te konstrueer. Sy het dit "*The World Technique*" genoem en gebruik om kinders te help uiting gee aan aspekte wat hulle nie kon verwoord nie. Sodoende is kinders geleentheid gegee om hulle emosionele belewenisse met die terapeut te deel. Hierna het Dora Kalff, 'n Switserse Jungiaanse analis wat ook onder Carl Jung en in 1956 onder Lowenfeld studeer het, Lowenfeld se proses uitgebrei en besef dat kinders hulle vrese, woede en geheime gedagtes deur middel van die tegniek kon weergee, asook dat hulle individuering (ontwikkeling van 'n sin van self volgens Jung), daardeur bevorder kan word. In 1962 het Kalff die tegniek as sandspel bekendgestel en in Augustus 1985 die "*International Society for Sandplay Therapy*" (ISST) gestig. Sy het vir 35 jaar lank opleiding in sandspel gegee en so die proses wêreldbekend gemaak (Allan & Berry, 1993; Bradway, 1979; Bradway & McCoard, 1997; Dale & Lyddon, 2000; De Villiers, 2006; Hunter, 1998).

* Sien die voetnota by 5.3. (J se ontwikkelingsfase: spesifiek verbeelding en simboliese spel) vir 'n uiteensetting van hoe 'n aangepaste Filialspelterapieprogram in hierdie studie gebruik is.

Gisela de Domenico het die werk van Lowenfeld en Kalff verder uitgebrei en veral gefokus op die rol van die terapeut as iemand wat saam met die kind betekenis van simbole ondersoek, sonder om die rol van spesialis in die terapeut-kindverhouding te vertolk (Kerry et al., 2000). In 1988 het Estelle Weinrib, Chonita Larsen en Kay Bradway, Kalff se riglyne gevolg en die "*Sandplay Therapists of America*" (STA) gestig (Bradway & McCoard, 1997).

Vervolgens word die basiese nie-direktiewe spelterapeutiese beginsels wat in hierdie studie vir KGS en SKS gebruik is, weergegee.

3.4. BASIESE BEGINSELS VAN NIE-DIREKTIEWE SPELTERAPIE

Met betrekking tot 'n kind met AS, word die 8 fundamentele beginsels van KGS en SKS bespreek:

1. Die terapeut stel 'n emosioneel-toereikende, vriendelike verhouding daar en vestig so spoedig moontlik rapport.
2. Die terapeut aanvaar die kind net soos hy op daardie oomblik voorkom.
3. Die terapeut skep 'n atmosfeer van goedkeuring waarbinne die kind voel hy het toestemming om sy gevoelens vrylik en spontaan te kan kommunikeer.
4. Die terapeut gee erkenning aan die kind se gevoelens en reflekteer daardie gevoelens op 'n empatiese wyse terug aan hom, sodat hy insig in sy gedrag en gevoelens verkry.
5. Die terapeut behou 'n diepliggende respek vir die kind se vermoë om sy eie probleme te kan oplos sodra hy die geleentheid daarvoor gegee word, asook om verantwoordelikheid te neem vir die maak van keuses om sodoende persoonlike groei te bewerkstellig.
6. Die kind neem leiding in spelsessies en die terapeut volg hierdie leiding sonder om die kind se aksies of gesprekke in enige rigting te probeer stuur.

7. Die terapeut is geduldig en wend nie pogings aan om die terapieproses te versnel nie, maar vertrou die verloop van die nie-direktiewe spelproses.
8. Reëls word net neergelê wanneer dit nodig raak om die terapieproses aan realiteit te anker en die kind bewus te maak van sy verantwoordelik in die terapeut-kind-verhouding deur sosiaal aanvaarbare optrede (Axline, 1969; VanFleet et al., 2010).

Vervolgens word die rasionaal vir die gebruik van nie-direktiewe speltherapie (KGS en SKS) uiteengesit.

3.4.1. Rasionaal

Die gebruik van die nie-direktiewe prosesse van KGS en SKS is om verskeie redes oorweeg, naamlik dat kinders op die spektrum van outisme blyk beter aanklank te vind by nie-direktiewe wyses van kommunikasie; kinders met AS behoort van so 'n jong ouderdom as moontlik terapeutiese hulp te ontvang om hulle prognose te verbeter (KGS kan gebruik word by kinders vanaf 2-jarige ouderdom en SKS vanaf 3-jarige ouderdom); KGS en SKS kan beide aangepas word by die heterogene aard van AS en veranderende simptome tydens kinderontwikkeling (Barratt, 2006; Dean, 2001; Geils & Knoetze, 2008; Homeyer & Sweeney, 1998; Landreth & Bratton, 2006; Mattila et al., 2007; Mittedorf et al., 2001; Moolman-Smook et al., 2008; Sweeney, Minnix, & Homeyer, 2003; Wing, 2000).

'n Ander belangrike oorweging is die feit dat KGS en SKS 'n waardevolle bydrae kan lewer in die hantering van verskeie sekondêre diagnoses wat algemeen by kinders met AS voorkom (sien 2.6.3.) (Bratton, Ray, Rhine, & Jones, 2005; Burney & Kawai, 1987; Carey, 1990; Drewes, 2001; Josefi & Ryan, 2004; Landreth, Jacquot, & Allen, 1982; Satoh, 1985; Suga & Hirai, 1982; Takano, 1987, 1988; Whalen, 2004; Wheat, 1995). Dit het volgens die navorser die voordeel dat die kind met AS holisties deur middel van KGS en SKS behandel kan word en dat dit nie nodig is om die simptome van AS en ander sekondêre diagnostiese

simptome op uiteenlopende wyses te probeer hanteer nie. Hierdeur word kosbare tyd en finansiële onkoste gespaar.

Volgende word gefokus op die toerusting wat in KGS en SKS gebruik word.

3.4.2. Toerusting benodig in KGS en SKS

KGS-toerusting

In KGS word speelgoed spesifiek gekies sodat dit volgens Landreth en Bratton (2006) geleentheid bied vir vrye uitdrukking, ervaring van bemeestering, gebruik van verbeelding en fantasiespel, kreatiwiteit en om aktief besig te wees. Rekenaarspeletjies en meganiese speelgoed word vermy, omdat dit nie kreatiewe spel bevorder nie. Speelgoedkategorieë sluit speelgoed in vir die uitspeel van realistiese en vertroetelende spel; aggressie en uitreagerende gedrag; kreatiewe en ekspressiewe spel (Landreth, 1991; Norton & Norton, 2002).

Foto's 3.1. tot 3.8. vertoon van die speelgoedkategorieë in die navorser se KGS-kamer:



Foto 3.1. Pophuis met poppies, 'n groot pop met bad en badbenodighede



Foto 3.2. Die Barbiepoppe en rooidakplaashuis



Foto 3.3. Handpoppe, mediese toerusting, aksiefiguurtjies, kameras en voertuie



Foto 3.4. Sagte speelgoed, eetgerei en kos, gereedskap, dinosorusse en leeus, waterbottel, boublokkies en tikmasjien



Foto 3.5. Tafel met tekenpapier, kasregister en winkelsakkies



Foto 3.6. Kastele, ridders, perde, draak en wapens



Foto 3.7. Skatkissies, weermagmannetjies, kanonne en wilde- en plaasdiere



Foto 3.8. Nog dinosorusse, wilde diere, plaasdiere, seediere en insekte



Foto 3.9. Die sandbak in die SKS-kamer

SKS-toerusting

Twee waterdigte sandbakke, een met droë en een met nat sand, word gebruik. Sandbakke kan gemaak word van hout, plastiek of metaal. Die bodem van die sandbakke

word blou geverf om die illusie van water of blou lug te suggereer (sien foto 3.9. hierbo). Swembadverf skilfer nie af na 'n jaar of twee nie, beskerm die houtbakke en verseker duursaamheid. Deur sand skoon te spoel en met growwe sout te behandel, word dit vry van skadelike organismes gehou. Die sandbakke se grootte is 57cm x 72cm x 7cm en staan tafelhoogte sodat daar met een oogopslag vanaf 'n neutrale punt gewerk kan word. Die genoemde grootte is maklik hanteerbaar en verhoed 'n oorweldigende vloed van fantasie. Die reghoekige vorm van die sandbak stimuleer 'n behoefte aan voortoe beweeg of groei by die kind (Amatruda & Simpson, 1997; Ammann, 1991; Baker, 2004; Dale & Lyddon, 2000; Homeyer & Sweeney, 1998; Mayes, Mayes, & Williams, 2004; Steinhardt, 1997; Sweeney et al., 2003; Toscani, 1998).

'n Groot verskeidenheid (300 tot 3000) miniatuurfiguurtjies word in SKS beskikbaar gestel en kan van hout, klip, plastiek, glas, klei, metaal of ander materiaal gemaak wees. Miniatuurfiguurtjies word die woorde waardeur die kind met AS metafores sy persepsies, gedagtes, gevoelens en wense kommunikeer en moet daarom oor doelgerigte, simboliese waarde beskik. Figuurtjies moet die goeie en slegte, die aanvaarbare en onaanvaarbare, die mooi en vriendelike aspekte, maar ook die lelike, donker en vreesaanjaende aspekte, selfs die absurde, in die lewe uitbeeld. Die verskillende kategorieë miniatuurfiguurtjies sluit in: mensfigure; diere; plantmateriaal; geboue, huise en huishoudelike gereedskap; religieuse figuurtjies; strukture soos torings en brûe; voertuie; natuurobjekte; landskapfiguurtjies; simboliese- en fantasiefiguurtjies soos 'n wensput; ander uiteenlopende figuurtjies soos mediese toerusting; en selfs beroepsgerigte figuurtjies soos 'n dokter, polisieman, ensomeer (Allan & Berry, 1993; Amatruda & Simpson, 1997; Ammann, 1991; Baker, 2004; Dale & Lyddon, 2000; Homeyer & Sweeney, 1998, 2005; Hunter, 1998; Mayes et al., 2004; Sweig & Sachs, 1993). Foto 3.10. bied 'n visuele indruk van die navorser se SKS-kamer.



Foto 3.10. Die navorser se SKS-kamer

Vervolgens word die proses van KGS en SKS uiteengesit.

3.4.3. Die proses van KGS en SKS

KGS-proses

KGS-sessies vind meestal een keer per week plaas en duur gewoonlik 'n halfuur lank. *“Research shows that these once-per-week special playtimes significantly improve children’s behavior, significantly impact the parent-child relationship, and significantly reduce parenting stress. ...children develop more confidence and self-control, and as a result, behavior problems improve”* (Landreth & Bratton, 2006, p. 132). Die navorser beskou KGS as meer tyd- en kostebesparend as byvoorbeeld die meer intensiewe programme wat gewoonlik vir kinders met AS gevolg word.

Die proses wat deur die navorser as terapeut gebruik is, word visueel in Figuur 3.1. hieronder voorgestel en verloop as volg: In die bekendstellingfase kan die kind met AS alleen saam met die terapeut na die speelkamer gaan of sy moeder mag hom vergesel. In die speelkamer sit die terapeut (en die moeder) altyd op dieselfde plek, gewoonlik in ‘n hoek van die speelkamer sodat sy die spelproses gemaklik kan sien. Met die kind se aankoms word die

volgende inligting gegee: “*J, hier is baie speelgoed in die speelkamer waarmee jy op baie maniere waarvan jy hou, kan speel. Ons gaan 30 minute speel en ek sal jou waarsku wanneer daar 5 minute speeltyd oor is*”.

Vir die res van die sessie neem die kind met AS algehele leiding, met die terapeut wat volg en empatiese nie-direktiewe terapeutiese respondering gebruik terwyl sy let op speltemas wat na vore kom. Sodra die sessie einde se kant toe staan, waarsku die terapeut: “*J, jy het nog 5 minute speeltyd oor vir vandag*”, sy respondeer minder as nie-verbale teken dat die sessie amper verby is. Hierdie vyf minute gee die kind met AS tyd om klaar te maak waarmee hy besig is. Die terapeut bly egter waaksaam, aangesien kinders soms hierdie laaste vyf minute gebruik om moeilike of angswekkende problematiek uit te speel en hulle verwag dat die terapeut hulle sal red van ongemaklike emosies deur die sessie na vyf minute te stop (R. Seedat, persoonlike kommunikasie, Julie 9-10, 1999 en Junie 14-15, 2007).

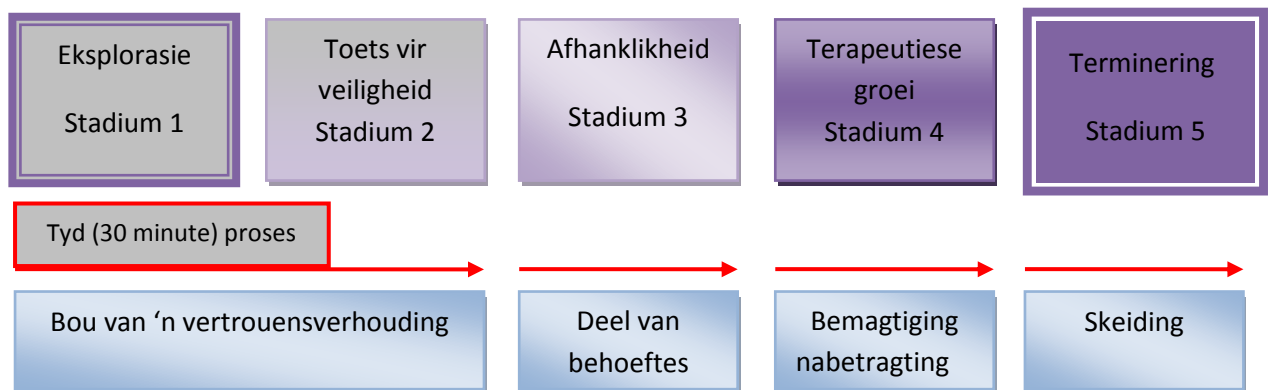
Sodra die sessie verby is, sê die terapeut: “*J, jou speeltyd vir vandag is verby*” en staan op om duidelik ‘n nie-verbale sein te gee dat die speelsessie werklik verby is. Indien die kind met AS nie reageer en die speelkamer verlaat nie, word van grensneerlegging deur middel van keuses gebruik gemaak om die kind sover te kry om uit eie keuse die speelkamer te verlaat (Landreth & Bratton, 2006). Die terapeut ruim eers na die tyd die speelkamer op, omdat speelgoed kinders se woorde is en as sulks gerespekteer word (R. Seedat, persoonlike kommunikasie, Julie 24-25, 2000). Figuur 3.1. wat die KGS-proses voorstel, word vervolgens weergegee.



Figuur 3.1. Die proses van KGS

Figuur 3.2. hieronder gee 'n visuele voorstelling van die vyf stadiums in KGS. In elke sessie let die terapeut op met watter van die vyf stadiums die kind met AS besig is en laat hom toe om op sy eie tyd deur elke stadium te werk. Die stadiums kan met mekaar oorvleuel. In stadium 1 (*eksplorasiespel*) eksploreer die kind sy eie asook die terapeut se rol in die speelkamer, ontdek hy watter speelgoed beskikbaar is en wat hy daarmee mag doen. In stadium 2 (*toets vir veiligheid*) wil die kind seker maak dat die terapeut konsekwent is in die respek, omgee, aanvaarding en veiligheid wat sy aan hom bied. Die kind gebruik soms uitreagerende gedrag om die vertrouensverhouding tussen hom en die terapeut te toets en dit is belangrik dat die terapeut van konsekwente grensneerlegging deur middel van keuses gebruik maak sonder veroordeling, kritiek of verwerping van die kind. In stadium 3 (*afhanklikheid*) voel die kind veilig genoeg om die terapeut te vertrou en sy vrese en bekommernisse met die terapeut, deur middel van metaforiese spel, te deel. In hierdie stadium mag sy emosies buite beheer raak en empatiese respondering van die terapeut is noodsaaklik om weer 'n gevoel van veiligheid en beskerming te bied. In stadium 4 (*terapeutiese groei*) is die vrese en bekommernisse van die kind gehanteer en beweeg die kind spontaan na selfbemagtiging en begin algehele funksionering verbeter. Die kind met AS kan sy identiteit ontwikkel, deur die selfbemagtiging wat hy in sy spel ontdek het te internaliseer en so sy eiewaarde te verbeter. In stadium 5 (*terminering*) bereik die kind 'n nuwe vlak van emosionele gesondheid, waardigheid en persoonlike beheer. Uitspeel van traumatiese gebeure word nou vervang met

uitspeel van alledaagse lewensvaardighede wat ooreenstem met sy ontwikkelingsfase. Die kind se behoefte om na die speelkamer te kom verminder en sy behoefte om in die gesin en gemeenskap betrokke te raak vermeerder. Genoeg tyd word gegun vir die kind met AS en die terapeut om afskeid te neem van mekaar, asook van die unieke proses wat tussen hulle in die speelkamer ontvou het (Norton & Norton, 2002).

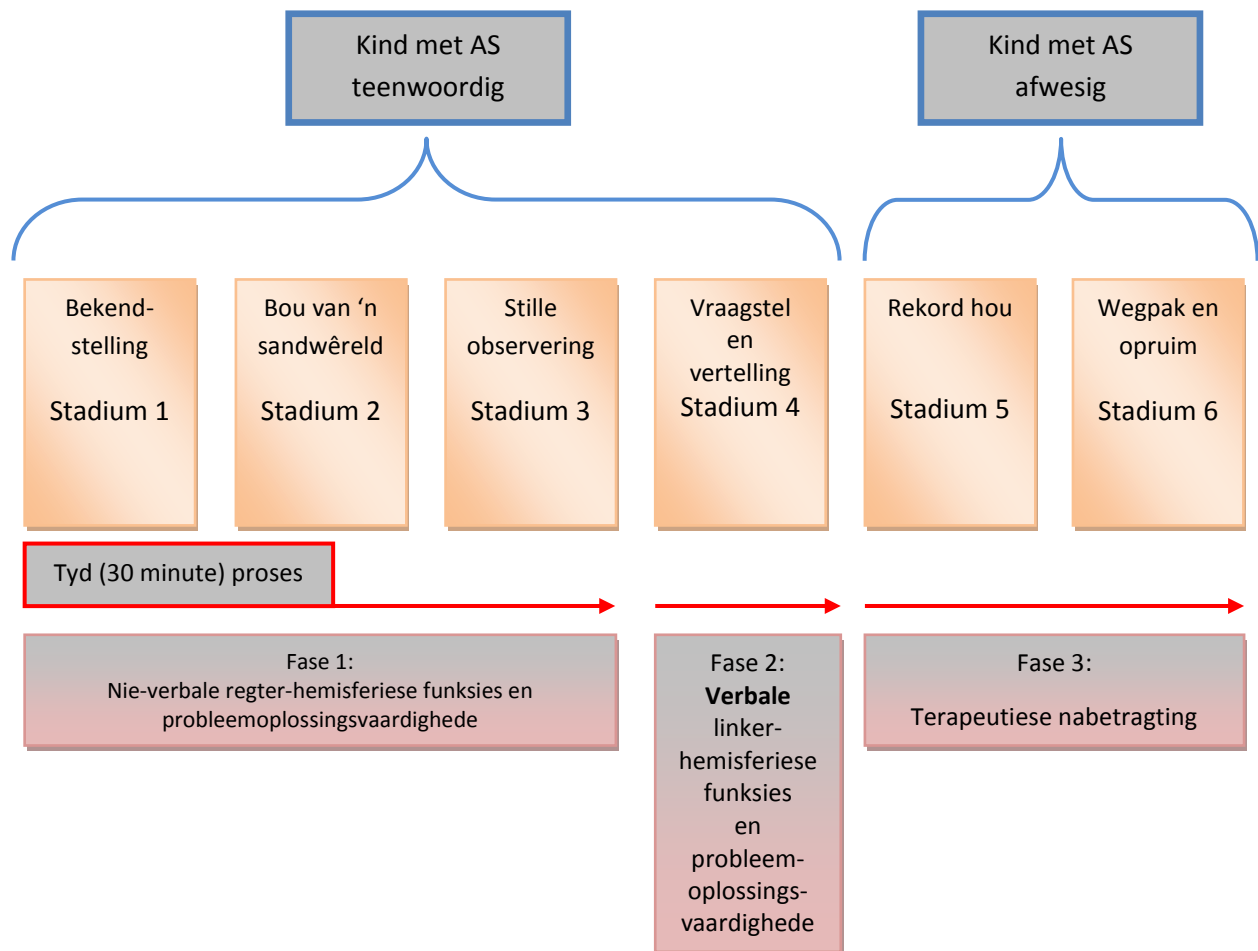


Figuur 3.2. Stadiums in KGS (eie voorstelling gebaseer op Norton & Norton, 2002)

SKS-proses

In die praktyk maak die navorser as terapeut gebruik van een weeklikse SKS-sessie wat 'n halfuur duur. SKS vind in 3 fases plaas waarbinne 6 stadiums geïdentifiseer kan word, soos visueel voorgestel word in onderstaande Figuur 3.3. Die fases verloop as volg: Fase 1 en 2 gebeur in die teenwoordigheid van die kind met AS. In die eerste fase word die kind gevra om 'n wêreld in die sand te bou, terwyl die terapeut die rol van stille waarnemer inneem en so min moontlik verbaliseer. Hierdie fase is nie-verbaal en betrek regter-hemisferiese funksies en wyses van probleemoplossing. In die tweede fase word vraagstelling sonder enige interpretasie gebruik om meer te wete te kom oor betekenisgewing wat die kind met AS aan sy sandwêreld heg. Dit is 'n meer verbale fase wat linker-hemisferiese funksies en probleemoplossingsvaardighede betrek. Die derde fase gebeur in die afwesigheid van die kind wanneer die terapeut reflekteer oor die sandwêreld en rekord hou deur foto's te neem of

sketse te maak van die sandwêreld. Hierna ruim die terapeut die sandwêreld op nadat die kind vertrek het (Ammann, 1991; Dale & Lyddon, 2000).



Figuur 3.3. Die proses van SKS

Figuur 3.3. toon dat in elke SKS-sessie, benewens die 3 fases, ook 6 stadiums plaasvind. In stadium 1 (*bekendstelling*) word die sandbakke met gladgestrykte sand, asook die verskillende miniatuurfiguurtjies aan die kind met AS gewys. Die terapeut se opdrag aan die kind is: "Jy kan jou tyd gebruik en kyk na al die figuurtjies op die rakke. Jy kan enige hoeveelheid van die figuurtjies gebruik om 'n prent, of 'n wêreld, of 'n storie in die sandbakke te bou. Daar is nie 'n regte of verkeerde manier van bou nie en elke figuurtjie kan enige iets voorstel". In stadium 2 (*bou van 'n sandwêreld*) kan die kind self besluit hoe hy sy wêreld wil bou en word hy toegelaat om die miniatuurfiguurtjies binne of buite die sandbakke

te gebruik. In stadium 3 (*stille waarneming*) sit die terapeut elke keer op een plek skuins oorkant die sandbakke en hoewel sy nie verbaliseer nie, behou sy gefokusde aandag op die kind deur doelbewus aan die volgende aandag te gee, naamlik bewuswees van haar eie instinktiewe, fisiese reaksies, asook haar subtiële sensoriese persepsies, liggaamlike gevoelens en intuïsie; om die kind in sy geheel te verstaan en ontvanklik te wees vir dit wat hy in sy sandwêreld deel; om bewegings van die kind te observeer, asook waar miniatuur-figuurtjies geplaas word; om op te let watter figuurtjies gebruik of weggelaat word, hoeveel tyd met 'n spesifieke figuurtjie spandeer word, hoe die figuurtjies hanteer word (byvoorbeeld met sorg of hardhandig); om te luister na verbaliserings van die kind, sy betekenisgewing en assosiasies met figuurtjies te observeer; en laastens om geduldig te wag vir nuwe ontwikkelinge wat in die verskillende sandwêrelde kan plaasvind. In stadium 4 (*vraagstel en vertelling*) bestudeer die terapeut en die kind die sandwêreld saam en word die kind gevra om te vertel van verskillende dele van sy sandwêreld. Die kind met AS se interpretasie en betekenisgewing aan sy wêreld is altyd belangriker as dié van die terapeut. In stadium 5 (*rekord hou*) laat die terapeut die kind met AS toe om self foto's van sy sandwêreld te neem en dit huis toe te neem. Kinders is baie trots op hulle sandwêrelde en sal verskeie foto's neem. Die terapeut sal hierna in die afwesigheid van die kind rekord hou van die sessie deur foto's, video-opnames, sketse en notas van dit wat vertel is. Stadium 6 (*wegpak en opruim*) gebeur in die afwesigheid van die kind met AS wanneer die terapeut opruim. Die rede hiervoor is om te verseker dat die kind nie die wegpakaksie internaliseer nie, maar eerder die innerlike visuele prentjie of herinnering wat hy van sy sandwêreld gevorm het. Dit laat 'n emosionele effek wat gedurende die daaropvolgende week bly voortbestaan, totdat 'n volgende sandwêreld gebou word (Ammann, 1991; Baker, 2004; Bowyer, 1970; Bradway & McCoard, 1997; Carey, 1990; Dale & Lyddon, 2000; Homeyer & Sweeney, 1998, 2005;

Kerry et al., 2000; Mayes et al., 2004; Ryce-Menuhin, 1992; Sweig & Sachs, 1993; Weinrib, 1983).

Dit is interessant dat dit in die praktyk blyk dat kinders met AS die proses van KGS waar die terapeut aanhoudend respondeer, gemakliker vind as die direkte vraagstelling in SKS. Hulle sal geneig wees om in SKS te speel soos wat hulle in KGS speel en is meer verbaal in SKS-sessies as wat verwag sou word.

In die volgende afdeling sal KGS en SKS vanuit die Rogeriaanse persoonsgesentreerde teorie (RPT) bespreek word.

3.5. KGS EN SKS VANUIT ‘N ROGERIAANSE PERSOONSGESENTREERDE PERSPEKTIEF

KGS het sy oorsprong vanuit Rogeriaanse persoonsgesentreerde teorie (RPT) (Johnson et al., 1999; VanFleet et al., 2010), en soos reeds genoem is, word SKS in die huidige studie ook binne hierdie teoreties-terapeutiese konteks gebruik en nie as suiwer Jungiaanse sandspel nie (Homeyer & Sweeney, 1998, 2005).

Vervolgens word RPT bespreek met spesifieke verwysing na terapeutiese uitkomst wat moontlik deur middel van KGS en SKS in die konteks van RPT bereik kan word (sien 2.8.1., Figuur 2.4.).

3.5.1. KGS en SKS as deel van die humanistiese benadering van RPT

Soos voorheen genoem is, glo KGS-terapeute dat kinders oor innerlike kennis op ‘n onbewuste vlak beskik wat hulle op ‘n natuurlike wyse lei om weg te beweeg van wanaanpassing en te groei na psigologiese gesondheid. Literatuur dui aan dat KGS bekend is daarvoor om selfaktualisering, persoonlike- en sosiale transformasie, ontwikkeling van eie vermoëns en verwesenliking van eie potensiaal by kinders te bevorder (Landreth & Bratton, 2006; Norton & Norton, 2002; VanFleet et al., 2010).

SKS-terapeute gaan van die aanname uit dat die kind psigies oor die potensiaal beskik om sigself op 'n onbewuste vlak te genees, terwyl kognitiewe begrip mettertyd daarop sal volg (Amatruda & Simpson, 1997). Volgens die literatuur is SKS 'n tasbare, visuele proses waar metafore en verbeelding gebruik word om uitdrukking aan sosiale ervarings, lewensgebeurtenisse en persoonlike realiteite te gee. Verandering in hierdie realiteite kan plaasvind deur die herken, aflê en vervanging van uitgediende houdings, patrone van optrede en ingesteldhede. Sodoende word betrokkenheid by die gemeenskap en sosiale verhoudings aangemoedig, asook persoonlike groei en innerlike heling by kinders bevorder (Baker, 2004; Bradway & McCoard, 1997; Carey, 1994; Dale & Lyddon, 2000; Grubbs, 1994; Homeyer & Sweeney, 2005; Hunter, 1998; Sweeney et al., 2003).

Getrou aan die aannames van RPT, aanvaar KGS- en SKS-terapeute dat elke kind oor 'n unieke verwysingsraamwerk met unieke sienswyses beskik (VanFleet et al., 2010) - 'n innerlike realiteit en 'n uiterlike realiteit.

Die innerlike realiteit

Kinders beleef hulle innerlike wêreld as baie werklik en soos reeds genoem is, bepaal dit hulle uiterlike oordele en gedrag (sien 2.8.1.) Tydens nie-direktiewe spel vind verandering in die innerlike realiteit plaas wat uiteindelik terapeutiese verandering in kinders met AS se uiterlike beleweniswêreld teweeg mag bring. Die literatuur bevestig dat beide KGS en SKS sodanige verandering kan bewerkstellig (Landreth, 1991; Landreth & Bratton, 2006; Malchiodi, 2003).

In SKS vind 'n subtiele samewerking tussen die terapeut, sandspeltoerusting en die kind met AS se liggaam, verbeelding, emosies, persoonlike-, sosiale-, innerlike- en uiterlike realiteite plaas. Tydens die konstruksiefase gee die kind sy innerlike beleweniswêreld weer, terwyl die terapeut tydens die vraagstellingsfase op die unieke betekenis wat hierdie innerlike simboliese wêreld vir die kind inhou, fokus. Dit lei daartoe dat die kind moontlik sy

die problematiek, innerlike behoeftes en wense beter sal verstaan en die nodige aanpassings kan maak (Ammann, 1991; Dale & Lyddon; Homeyer & Sweeney, 2005).

Die uiterlike realiteit

‘n Unieke toegang tot die wese van ‘n kind met AS kan moontlik ontstaan deurdat SKS tegelykertyd omgaan met die innerlike- en uiterlike realiteite van so ‘n kind. Die sandbak is nie net 'n houer waarin miniatuurobjekte geplaas word nie, dit is 'n "*...container of the psyche as well*" (Homeyer & Sweeney, 1998, p. 24).

In SKS reflekteer die innerlike wêreld van ‘n kind die uiterlik-ervaarde realiteit van daardie kind en omgekeerd. Die minatuurfiguurtjies wat gebruik word kan ‘n drie-dimensionele visuele beeld bied van wat ‘n kind met AS moontlik in sy innerlike en uiterlike realiteite op ‘n gegewe oomblik ervaar. Sy persoonlike wêreldsiening, asook die psigiese kragte wat op daardie stadium in hom werksaam is, kan weerspieël word. Die kind se keuse en plasing van figure, asook sy storievertelling oor die figure kan aan die terapeut waardevolle inligting verskaf oor hoe hy sy wêreld ervaar (Amman, 1991; Block, 2004; Carey, 1994; Dale & Lyddon, 2000; Hunter, 1998; Kranz, 1982; Murphy, 2000). Praktykervaring laat blyk dat SKS kinders met AS wat dit moeilik vind om hulle subjektiewe innerlike ervarings aan ander mense te kommunikeer, kan instaatstel daartoe (Georgiou, 2006; Whitaker, 2006).

3.5.1.1. KGS en SKS se effek op die Self

KGS kan moontlik die selfkonsep van kinders met AS (sien 2.8.1.1.) verbeter deurdat positiewe agting en opbouende terugvoer van ‘n empatieke terapeut ontvang word. Dit kan volgens Hawtin en Moore (1998) en Rogers (1959), bewustheid van die **Self** en bewustheid van ander mense bevorder. Positiewe terugvoer word geïnternaliseer en bevorder ‘n kind se groei na selfaktualisering. Die kind met AS kan sy selfkonsep tydens KGS verbeter, deur aan

homself positiewe terugvoer kan gee; homself bemagtig; homself begin aanvaar en sukses kan beleef wanneer hy self probleme in die speelkamer oplos (Landreth & Bratton, 2006).

Volgens Stroh (1992) kan die onvermoë van 'n kind met AS om sy behoeftes effektief te deel (sien 2.9.1.11.), 'n negatiewe effek op die vorming van sy selfkonsep hê. KGS kan dus die selfkonsep verbeter en identiteit versterk deurdat dit 'n wyse bied waarop behoeftes deur middel van spel gekommunikeer kan word. In die praktyk blyk dit dat sommige kinders met AS sosiaal meer aanvaarbare maniere deur KGS vind om hulle behoeftes aan die terapeut en betekenisvolle ander te kommunikeer, asook hul behoeftes te vervul. Volgens Poodhun (2000) is dit die terapeutiese respondering wat meebring dat die kind met AS voel hy word deur die terapeut gehoor en verstaan en dit gee innerlike vertroue om sy werklike **Self** verder te ontdek, mee te deel en uit te leef. Die feit dat kinders in KGS self leiding neem, besluite maak en keuses uitvoer en leer om hulle emosies te herken en hanteer, verbeter selfkonsep en selfvertroue (Guerney, 1983a; Johnson et al., 1999; Josefi & Ryan, 2004; Landreth & Bratton, 2006; Landreth et al., 1982; Osborne, 2003).

SKS lewer 'n bykomende bydrae omdat die kind met AS deur ervaringsleer sy **Self** kan verken, nuwe moontlikhede kan ondersoek en as ware die kunstenaar raak wat sy **Self** ontwikkel en uiting daaraan gee (Block, 2004; Homeyer & Sweeney, 2005; Hunter, 1998; Sweeney et al., 2003). Machiodi (2005, p. 9) sê byvoorbeeld “...*self-expression is used as a container for feelings and perceptions that may deepen into greater self-understanding or may be transformed, resulting in emotional reparation, resolution of conflicts, and a sense of well-being*”. SKS het verder die voordeel dat dit ego-ontwikkeling bevorder en balans bring tussen die innerlike dryfkragte en die uiterlike wêreld (Allan & Berry, 1993). As transformasieproses ontwikkel SKS die kind se basiese wêreldsiening, wat weer 'n uitwerking op die eiewaarde en egosterkte kan hê (Ammann, 1991).

In hoofstuk 2 (sien 2.8.1.1.) is verwys na die effek van sensoriese integrasieversteurings op kinders met AS se selfkonsep. Alhoewel geen studies gevind is waar KGS en SKS spesifiek as behandeling vir sensoriese integrasieversteurings by kinders gebruik is nie, beveel VanFleet et al. (2010) aan dat sodanige versteurings geïdentifiseer en deur goed opgeleide terapeute behandel moet word. Die navorser is van mening dat die gewig, tekstuur en kleur van verskillende speelgoed, miniatuurfiguurtjies en sand in die sandbakke kinders met AS bykomend blootstel aan sensoriese ervarings. Daarby stem praktykervaring ooreen met 'n onlangse digitale videoskyf wat vertoon hoe 'n seuntjie met outisme en erge sensoriese integrasieversteurings se simptome van beide toestande merkwaardig verbeter het, deurdat hy terapie vir sensoriese integrasie tesame met nie-direktiewe speltherapie ('floor time') ontvang het (Stein, 2008). SKS verskaf unieke tassintuiglik-kinestetiese ervarings deur die teksture en massa van die verskillende miniatuurfiguurtjies en die nat en droë sand. Dus word sintuiglike stimulering en bewuswording van visuele-, taktiese- en ouditiewe funksies bevorder (Ammann, 1991; Carey, 1994; Dale & Lyddon, 2000; De Villiers, 2006; Homeyer & Sweeney, 1998, 2005; Malchiodi, 2005). In die praktyk verwys sommige kinders met AS na hoe skurf of glad die figuurtjies is en kinders wat aanvanklik nie daarvan hou om aan sand te vat nie, begin later met hulle hande in die sand te speel.

In hoofstuk 2 (sien 2.8.1.1.) is ook verwys na hoe interpersoonlike inkongruensie die selfpersepsie van kinders met AS negatief kan beïnvloed. In KGS werk die terapeut doelbewus aan haar eie kongruensie en kan die kind met AS deur ervaringsleer kongruente optrede ervaar wanneer die terapeut geen bymotiewe het nie en haar innerlike opregtheid teenoor die kind uiterlik in haar liggaamstaal, stemtoon, gesigsuitdrukkings en woordgebruik sigbaar maak (Biermann-Ratjen, 1998; Rennie, 1998; Ryan, 2004; Schmid, 1998; VanFleet et al., 2010). In die praktyk repondeer die terapeut op kongruente gedrag van die kind,

byvoorbeeld: “*J, jy is verras oor die nuwe speelding en jy glimlag om te wys jy is gelukkig*”. Inkongruente optrede kan uitgewys word deur te respondeer met: “*J, jy sê jy is gelukkig, maar jy het ‘n diep frons tussen jou oë wat my laat dink jy is kwaad...*” KGS-respondering bring volgens die literatuur mee dat ‘n kind met AS bewus kan raak van sy eie ervarings tydens sosiale interaksie met die terapeut. Dit beïnvloed verder hoe hy in ander verhoudings reageer, asook dat hy leer om emosionele warmte te ontwikkel en empatiese vertrouwensverhoudings tussen homself en sy ouers, onderwysers en portuurgroep te bewerkstellig (Hutton, 2004; Landreth & Bratton, 2006; Petty, 2002).

In hoofstuk 2 (sien 2.8.1.1.) is die rol van positiewe agting in selfkonsep bespreek. In KGS en SKS leer ‘n kind met AS deur ervaringsleer dat sy kreatiewe idees, eie keuses en optrede met waardering, goedkeuring, aanmoediging en respek deur die terapeut bejeën word. Hy ontvang deurlopend positiewe terugvoer en positiewe agting van die terapeut. So ervaar die kind dat hy waardig en aanvaarbaar is wanneer hy op ‘n gegewe manier dink, doen en voel en word sy selfstruktuur optimaal ondersteun (Hawtin & Moore, 1998; Rogers, 1959). In SKS word positiewe agting ‘n stap verder geneem aangesien daar nie gekies word tussen positiewe en negatiewe aspekte van die **Self** nie, maar word hierdie aspekte eers onderskei en dan met mekaar geïntegreer. ‘n Kragtige transformasieproses ontstaan waarbinne die kind met AS leer dat elke mens oor positiewe en negatiewe aspekte in sy **Self** beskik. Dit maak van hom ‘n unieke mens wat waardig deur homself en ander geag kan word (Baker, 2004; Bradway & McCoard, 1997; Grubbs, 1994; L.B. Hunter, persoonlike kommunikasie, Februarie 27-28 tot Maart 1, 2003).

In hoofstuk 2 (sien 2.8.1.1.) is ook verwys na die rol van rigiditeit en hoe dit die selfkonsep van ‘n kind met AS beïnvloed. Die navorser verskil van mening met literatuur wat aandui dat die proses van nie-direktiewe speltherapie te ongestruktureerd en onvoorspelbaar vir kinders met AS sal wees (sien 1.2. in hoofstuk 1). Voorspelbaarheid en struktuur is in

KGS- en SKS-sessies ingebou deur die konsekwente wyse waarop die terapeut optree, soos wat in 3.4.3. hierbo uiteengesit is. Sodanig word 'n subtiële roetine verleen aan die nie-direktiewe spelproses van KGS en SKS. Ervaring in die praktyk stem ook ooreen met Josefi en Ryan (2004) wie bevind het dat 'n seuntjie met outisme, na blootstelling aan KGS, verandering in roetine beter voorsien het en sy behoeftes omtrent roetine veranderinge beter aan sy ouers begin kommunikeer het.

KGS bevorder selfaktualisering by kinders en help hulle om te groei, te ontwikkel en hulle omstandighede en omgewing sinvol te hanteer. Die literatuur dui aan dat nie-direktiewe terapie soos KGS 'n veilige omgewing skep wat kinders se eiewaarde, selfvertroue en selfaktualisering verbeter, hulle veilig laat voel om hulleself te ontdek en psigososiale probleme te hanteer, asook hulle vertroue in interpersoonlike verhoudings verbeter (Landreth & Bratton, 2006; Malchiodi, 2003, 2005; Ogawa, 2004; Petty, 2002; Rennie, 1998; Ryan, 1999).

Vervolgens word die rol van die terapeut in KGS en SKS bespreek.

3.5.2. Terapeut-kind met AS-verhouding in KGS en SKS

Die rol van die terapeut in KGS en SKS word bespreek deur onder andere te verwys na die kernvoorwaardes van persoonsgesentreerde terapie (akkurate empatiese begrip, onvoorwaardelike aanvaarding en positiewe agting, opregte belangstelling, kongruente optrede en gefokusde aandag), wat ook voorheen bespreek is (sien 2.8.2.; 2.8.2.1.; 2.8.2.2.).

In nie-direktiewe spelterapie (KGS en SKS) is die nie-direktiewe terapeut-kind-verhouding die agent vir verandering wat noodsaaklik is vir terapeutiese groei. In hierdie verhouding kan die kind met AS vryheid ontdek om sy eie potensiaal en sterkpunte te ondersoek en in te oefen (Amatruda & Simpson, 1997; Landreth & Bratton, 2006; Norton & Norton, 2002; VanFleet et al., 2010).

Schmid (1998) noem dat die ontwikkeling van 'n opregte hier-en-nou-verhouding tussen die terapeut en die kind die basis, proses en doel van nie-direktiewe terapie is. Die aanvanklike ontmoeting met die kind mag deur weerstand, afsydigheid, onttrekking of probleme gekenmerk wees, maar die navorser is van mening dat die unieke taal van KGS die terapeut help om die terapieproses ten spyte hiervan sinvol te fasiliteer, omdat dit nie die doel van die terapeut is om die kind aan die gesels te kry nie (Landreth, 1991). Terapie kan sinvol voortgaan sonder dat die kind met AS enigsins verbaliseer of aandag aan die terapeut gee, omdat meer op die spelproses as sulks gefokus word (Ginott, 1982; Guerney, 1983a; Naylor, 2005). Deur die kind nie te dwing om interaktiewe kontak met die terapeut te maak nie, maar doodgewoon die nie-direktiewe spelproses te volg, kan die navorser 'n goeie terapeut-kindverhouding met kinders met AS bewerkstellig.

In die praktyk word die terapeut se frustrasie van nie-die-kind-met-AS-verstaan-nie merkbaar verminder omdat, volgens Sweeney et al. (2003), die fokus meer is op die begryp en verstaan van die kind se leefwêreld eerder as om diagnoses of interpretasies te gebruik om die kind se gedrag te voorspel. In KGS en SKS word geen interpretasies van die kind met AS se spel gemaak nie, omdat die spelproses die agent vir verandering is en nie interpretasies nie. Die kind se interpretasie of betekenisgewing aan sy spel is altyd meer belangrik as dié van die terapeut (Bainum et al., 2006; Bradway & McCoard, 1997; Homeyer & Sweeney, 1998; Hunter, 1998; Kerry et al., 2000; Sweig & Sachs, 1993; VanFleet et al., 2010; Weinrib, 1983). Dit is die navorser se ervaring dat nie-direktiewe werk met kinders met AS soms "blind" geskied deurdat die terapeut nie altyd alles omtrent die kind se spel verstaan nie, maar omdat die spelproses vertrou word, voel die terapeut nie gefrustreerd of verlore nie. Bradway en McCoard (1997, pp. 46, 49, 50) verduidelik verder: "*It is not my conscious that leads the process but the unconscious of the sandplayer....My role is not to educate, direct or even guide. It is the mutual trust in the inner guide of the sandplayer that makes it work. I need to*

provide a caring, personal presence and to use my understanding of the process to stay in tune with the sandplayer. ...it is the sandplayer's experience of the process that heals. ...not my understanding of the process. ...my intellectual understanding is less important than my empathy".

Die terapeut stel haar eie behoeftes en verwysingsraamwerk ter syde en werk teen die tempo van die betrokke kind, sonder om die terapieproses aan te jaag (Dale & Lyddon, 2000; Homeyer & Sweeney, 1998). In die praktyk vertrou die terapeut die verskillende KGS- en SKS-prosesse om verandering in die verhouding met die kind met AS te bewerkstellig. KGS is 'n meer verbale proses waar die terapeut poog om ongeveer elke 30 sekondes empaties te respondeer op die kind se aksies, verbaliserings en gevoelens, sonder die gebruik van enige vraagstelling aangesien dit die kind sal terugruk na die werklikheid en hom die gebruik van fantasiespel (waarin hy probleme oplos) sal ontnem (VanFleet et al., 2010). Kinders met AS gebruik wel fantasiespel, maar dit verskil kwalitatief van dié van ander kinders in die sin dat hulle nie ander kinders by hulle spel betrek nie (Attwood, 2008). Deur middel van aanhoudende terapeutiese respondering behou die terapeut kontak met die kind met AS, selfs al wil dit voorkom asof hy haar ignoreer.

SKS daarenteen, is 'n meer nie-verbale proses waar die terapeut 'n stille waarnemer is terwyl die kind met AS sy sandwêreld konstrueer. Indien die kind wel verbaliseer en interaksie met die terapeut uitlok, word die nie-direktiewe response van KGS gebruik. Die terapeut poog egter steeds om verbalisering te minimaliseer. Slegs na afloop van die bouproses sal die terapeut direkte vraagstelling gebruik om die kind met AS te laat uitbrei oor die betekenis van sy sandwêreld (Allan & Berry, 1993; Ammann, 1991; Bradway & McCoard, 1997; Dale & Lyddon, 2000; De Domenico, 2002; Homeyer & Sweeney, 1998).

Uit bogenoemde kan gesien word hoe die verbale proses van KGS en die nie-verbale proses van SKS, unieke interaksie-moontlikhede aan die terapeut en kind met AS bied, sonder

dat die terapeut in die duister gelaat word. In die praktyk waag die terapeut dit en laat kinders met AS toe om met elke sessie self tussen KGS of SKS te kies. Dit is verrassend om te sien hoe kinders met AS beide prosesse gebruik om terapeutiese verandering in hulleself te bewerkstellig, terwyl dit die terapeut-kindverhouding telkemale versterk. Dit is verder interessant om te sien dat menige kinders met AS die prosesse van KGS en SKS ooglopend om die beurt gebruik om so verskillende oplossings vir dieselfde probleem te soek. Dit mag moontlik verband hou met onbewuste behoeftes om beide verbale en nie-verbale prosesse in te span om groei te bewerkstellig, aangesien SKS beide linkerhemisferiese (verbale prosesse) en regterhemisferiese (nie-verbale prosesse) funksies betrek (Hunter, 1998; Ryce-Menuhin, 1992).

Nog 'n faktor wat die terapeut-kindverhouding versterk, is die feit dat die nie-direktiewe terapeut daarop ingestel is om deurlopend empaties (sonder kritiek of veroordeling) op die behoeftes van die kind met AS te reageer (Landreth, 1991; Ryan, 2004; Ryan & Wilson, 1995, 2000a). Amatruda en Simpson (1997, p. 30) beskryf empatie in SKS as volg: *“Witnessing sandplay is witnessing healing; the soul’s struggle to become and understand fully its potential. It is a process beyond words. Like a mother with her child, it is a feeling of being totally “with” a client; connected, empathic, accepting and compassionate”*.

Met betrekking tot die terapeut-kindverhouding, dui literatuur die volgende moontlike terapeutiese uitkomst aan wat deur middel van KGS en SKS deur kinders met AS bereik kan word: 'n unieke terapeut-kindverhouding ontwikkel; wanneer nodig kan die kind self inisiatief neem en 'n veilige afstand tussen hom en die terapeut skep; aanhoudende terapeutiese respondering in KGS gee aan die kind 'n boodskap dat die terapeut gefokus aandag gee, selfs al onttrek hy self; sandwêreld bied 'n venster op hoe die kind probeer om sy alledaagse gebeure en probleme, innerlike konflik en verskeie sosiale verhoudings, asook

die gevoelens wat dit meebring, uit te beeld; die terapeut kan sien hoe die inhoud van die sandbakke verband hou met ander alledaagse aspekte van die kind se lewe; spontane, intuïtiewe denke ontwikkel; foute kan gemaak word en nuwe probleemoplossings kan gesoek word; die maak van oogkontak en aangesig tot aangesig interaksie neig om te verbeter (Bradway & McCoard, 1997; Dale & Lyddon, 2000; Ginott, 1982; Homeyer & Sweeney, 1998; Hunter, 1998; Landreth et al., 1982; Mitteldorf et al., 2001).

Laastens wys Josefi en Ryan (2004) se studie en die digitale videoskyf van Stein (2008), dat twee seuntjies met outisme daartoe in staat was om 'n beter verhouding met die terapeut en hul ouers op te bou en selfs fisiese kontak te inisieer weens blootstelling aan nie-direktiewe speltherapie. Nie-direktiewe speltherapie skep die regte toestande om 'n vertrouensverhouding tussen kinders op die spektrum van outisme en die terapeut te bewerkstellig en wel om drie redes: 1) nie-direktiewe speel bied emosionele veiligheid en ontspanning; 2) dit skep 'n omgewing waarin die volwassene sterk gefokusde aandag aan die kind kan gee en saamspeel beklemtoon word; en 3) dit berus op die terapeut se aanname dat elke kind oor die innerlike vermoë beskik om sy eie terapeutiese verandering en uitkomst te bewerkstellig (Josefi & Ryan, 2004; Van Vollenstee, 2006).

Die interpersoonlike patroonanalise (IPA) en moontlike terapeutiese uitkomst wat deur middel van KGS en SKS binne die 17 veranderlikes bereik kan word, word hierna bespreek.

3.6. KGS EN SKS BINNE DIE RAAMWERK VAN INTERAKSIONELE

PATROONANALISE (IPA)

In hoofstuk twee is die IPA voorgestel as 'n raamwerk waarbinne diagnostiese kenmerke van AS verstaan en bestudeer kan word. In hierdie bespreking word aandag geskenk aan terapeutiese uitkomst wat moontlik deur 'n kind met AS deur middel van KGS

en SKS, in die konteks van die 17 interpersoonlike dimensies soos vervat in die Interaksionele Patroonanalise (IPA), bereik sal kan word (sien ook 2.9.1.).

3.6.1. Akkurate empatie

Blakemore-Brown (2002) wys daarop dat kinders met AS baie tyd in hulle lewens bestee om hulle eie motiewe en intrapsigiese funksionering te probeer verstaan. Dit laat hulle vir ander voorkom as selfgerig, egosentries en sonder empatie. Nie-direktiewe spelterapie kan kinders met AS op die volgende unieke wyses help om hulleself beter te verstaan en hulle eie ontwikkeling te bevorder, naamlik dit bevorder die kind se selfreflektering wat ook ontwikkeling van empatie aanspoor; die kind verkry insig in en kan sy gevoelens, houdings, gedagtes en ervarings herorganiseer vanweë die terapeut se empatiese respondering daarop; en die terapeut se toon van empatie op 'n verbale- asook nie-verbale vlak word 'n spieël waarin die kind homself kan evalueer (Ernst-Terblanche, 2011; Hutton, 2004; Landreth & Bratton, 2006; Poodhun, 2000; Toates, 1996).

Dit is insiggewend om te sien hoe kinders met AS in die praktyk gaandeweg meer empaties begin optree teenoor hulle ouers en besef dat hul uitreagerende gedrag byvoorbeeld 'n negatiewe effek op hul ouers het. Dit gebeur ook dat wanneer die terapeut se frustrasie vanweë weerstand of geslotenheid van die kind verander na empatie teenoor die kind met AS, hierdie kind se innerlike dinamika al duideliker verstaanbaar raak deur die venster wat KGS en SKS daarop bied.

In SKS kan terapie net suksesvol plaasvind indien die terapeut werklik empatie het met die kind en die kind die terapeut vertrou. Volgens Bradway en McCoard (1997) raak hierdie proses later omgekeerd wanneer die terapeut die kind kan vertrou en die kind weer op sy beurt empatie met die terapeut kan hê. In SKS suggereer die gebruik van religieuse simbole en liggewende figure soos lampe, kerse en lighuise die ervaring van deernis en

empatie. Dit mag verder daarop wys dat 'n kind erkenning gee aan wat tussen homself en ander persone gebeur (Amatruda & Simpson, 1997).

3.6.2. Opregte belangstelling en kongruente optrede

Tydens nie-direktiewe spelterapie kan die kind met AS ervaar dat iemand soos die terapeut werklik kongruent omgee en belangstel in hom en sy wêreld. Omdat die terapeut deel is van die eksterne omgewing, ontvang hy kongruente terugvoer vanuit sy eksterne realiteit, wat ooreenstem met belewenisse van sy innerlike realiteit (Bratton et al., 2006; Johnson et al., 1999; Landreth, 1991; Landreth & Bratton, 2006; Naylor, 2005; Norton & Norton, 2002; Petty, 2002).

Die literatuur dui aan dat KGS en SKS kinders se belangstelling in ander dinge tot so 'n mate begin prikkel, dat die toon van belangstelling in nuwe dinge selfs 'n aanduiding word dat terapie getermineer kan word (Allan & Berry, 1993; Norton & Norton, 2002). Volgens Ammann (1991) verander SKS as transformasieproses dikwels kinders se persoonlike wêreldsiening. Dit beteken dat terwyl die kind met AS probeer om sy eie sandwêreld beter te verstaan en bewustelik betekenis daaraan te heg, hy sy siening van die wêreld verken en dikwels verander en selfs uitbrei. 'n Verandering in wêreldbeskouing verhoog volgens Weinrib (1983), die kind met AS se bewuswees van wat hy voel, dink en doen en kan hom laat beseef dat hy oor meer keuses in sy lewe beskik, wat ook nuwe belangstellings na vore kan bring.

3.6.3. Onvoorwaardelike aanvaarding en positiewe terugvoer

Die onvoorwaardelike aanvaarding wat kinders met AS van die terapeut ontvang kan terapeutiese uitkomste bewerkstellig soos 'n verbetering van die selfkonsep, selfbevoegdheid en onafhanklikheid (Biermann-Ratjen, 1998; Hawtin & Moore, 1998; Landreth & Bratton, 2006; Rogers, 1959). In 'n verwysing na Josefi en Ryan (2004), sê Van Vollenstee (2006, p. 90) spesifiek oor kinders met AS: "...the therapeutic conditions of unconditional positive

regard, empathy and congruence, provided by nondirective play therapy, point to the possibility that this form of intervention may enable children to gain socially and emotionally”.

Kinders op die spektrum van outisme se ontwikkeling stem nie ooreen met ‘n spesifieke ouderdom of ontwikkelingsfase nie, wat meebring dat die riglyne vervaag vir wat aanvaarbare of onaanvaarbare ouderdomsverwante spel by hulle is (Moor, 2008). In KGS en SKS kan onvoorwaardelike aanvaarding en positiewe terugvoer aan die kind met AS spruit uit die terapeut se realistiese verwagtinge en begrip vir die betrokke kind se emosionele wêreld en sy unieke spel. Die terapeut poog om die kind as unieke persoon te beleef en te ontdek en dit kan help dat die kind se vertroue in mense herstel word, omdat hy aanvaar en waardeer word vir wie hy is en nie soseer vir wat hy kan vermag nie. Opregte aanvaarding beteken verder om geduldig te wees met die tempo waarteen ‘n kind kies om deur die spelproses te werk (Bradway & McCoard, 1997; Johnson et al., 1999; Landreth, 1991, 1994; Landreth & Bratton, 2006; Petty, 2002; Ryan, 2004).

Uit KGS het gespruit dat beginsels van nie-direktiewe spel in die vorm van Filialspel aan ouers en onderwysers geleer kan word, wat volgens Landreth en Bratton die volgende uitkomst vir kinders met AS kan meebring: *“Parents are taught basic child-centered play therapy principles and skills including reflective listening, recognizing and responding to children’s feelings, therapeutic limit setting, building children’s self-esteem... Parents learn how to create a nonjudgmental, understanding, and accepting environment that enhances the parent-child relationship, thus facilitating personal growth and change for child and parent”* (2006, p. 11). Ander uitkomst by kinders met AS wat Filialspel kan meebring, is die verbetering van interaksie en affeksie tussen gesinslede; ouer-kind- en onderwyser-kind-verhoudings verbeter; kwaliteit van ouers se opvoedingspraktyke verbeter; en die ouers en

onderwysers bevorder die kinders se selfvertroue en selfbevoegdheid (Athanasiou & Gunning, 1999; Hutton, 2004; Landreth & Bratton, 2006; Petty, 2002).

SKS bied ook 'n metaforiese bloudruk van gesinsverhoudings en die gesinsklimaat aan die terapeut. Selfs inligting wat die kind met AS nie verbaliseer oor homself en sy gesin nie, kan vir die terapeut sigbaar raak en in die terapieproses hanteer word (Bradway & McCoard, 1997; Carey, 1991; Grubbs, 1994; Homeyer & Sweeney, 1998; Sweeney et al., 2003).

3.6.4. Konteks

Geen navorsing kon deur die navorser gevind word oor die veralgemening van vaardighede by kinders met AS na nie-direktiewe terapie nie. Literatuur wys wel dat ander kinders vaardighede wat hulle tydens die KGS en SKS aanleer, veralgemeen en op die langtermyn in ander kontekste soos die gesin, skool en die gemeenskap volhou. Dit sluit in veralgemening van vaardighede soos, die neem van innerlike en uiterlike beheer; selfbeheer; om te stop en te dink voor hulle optree; die handhawing van persoonlike ruimte; en beter aanpassingsgedrag (Bradway & McCoard, 1997; Dale & Lyddon, 2000; De Villiers, 2006; Guerney, 1983b; Harper, 1988; Johnson et al., 1999; Landreth & Bratton, 2006; Malchiodi, 2005; Mitteldorf et al., 2001).

Vir kinders met AS om nuwe vaardighede te kan veralgemeen na ander kontekste buite die terapiekamer is dit belangrik, volgens Autism South Africa (M. Greyling, persoonlike kommunikasie, April 23-24, 2008), dat hulle vaardighede soos innerlike motivering, neem van inisiatief, selfbeheer en volgehoue aandag moet aanleer. Dit blyk dat KGS positiewe terapeutiese uitkomst bewerkstellig in hierdie vaardighede, asook in vaardighede soos onafhanklikheid en selfstandigheid (Guerney, 1983a; Josefi & Ryan, 2004; Landreth et al., 1982; Landreth & Bratton, 2006; Malchiodi, 2003; Osborne, 2003).

Daarbenewens kan SKS vir die terapeut 'n wyse bied om eksentrieke en soms onvanpaste gedrag van kinders met AS vanuit die spesifieke kind se konteks te evalueer en verstaan (Sweeney et al., 2003). In SKS bly die terapeut daarvan bewus dat kinders deur middel van dinamiese, voortdurend veranderende metaforiese simboliek kommunikeer, waarvan die betekenisgewing van die konteks afhang waarbinne die simboliek gebruik word (Bradway & McCoard, 1997; Vorster, 2011a). Dit is die navorser se ervaring dat spelkontekste binne die speelkamer dikwels verband hou met gedragskontekste van die kind met AS buite die speelkamer.

Daar is in hoofstuk 2 daarop gewys dat kinders met AS 'n woord dikwels net in 'n sekere konteks sal gebruik (sien 2.9.1.4.). Die nie-direktiewe wyse waarop die KGS- en SKS-terapeut reageer kan hier van waarde wees, aangesien die terapeut nie name vir speelgoed of miniatuurfiguurtjies gee alowerens die kind met AS dit self benoem het nie (R. Seedat, persoonlike kommunikasie, Julie 24-25, 2000). Die terapeut gebruik dieselfde woordeskat as die kind, wat misverstande uit die weg ruim.

3.6.5. Definiëring van verhoudings met ander mense

Dit wil voorkom asof die gebruik van KGS en SKS terapeutiese uitkomst sal kan bewerkstellig vir kinders met AS wat betref die vorming van gesonder sosiale verhoudings met spesifieke verwysing na *komplimentêre*- en *parallele* verhoudings (sien 2.9.1.5.).

Komplimentêre verhoudings word gekenmerk deurdat een party leiding neem en die ander party volg (Vorster, 2011). KGS fasiliteer komplimentêre verhoudings deurdat die kind met AS toegelaat word om die leiding in die spelsessie te neem wat die terapeut dan navolg (Josefi & Ryan, 2004; Landreth & Bratton, 2006; Malchiodi, 2003). Die ontwikkeling van gesonder *parallele* verhoudings waar beide partye mekaar se gelyke is, word deur KGS gefasiliteer wanneer kinders met AS as unieke mense gesien word wat waardig is om gerespekteer te word. Die terapeut doen moeite om op ooghoogte met die kind te

kommunikeer en gee die boodskap dat sy nie 'n alwetende spesialis is aan wie die kind ondergeskik moet wees nie (Landreth, 1991; R. Seedat, persoonlike kommunikasie, Julie 24-25, 2000). Die navorser is van mening dat kinders met AS die skep van komplimentêre en parallelle verhoudings deur middel van ervaringsleer ontdek en dat dit meer suksesvol mag wees as om byvoorbeeld die beginsels van hierdie tipe verhoudings op 'n kognitiewe vlak aan die kind te probeer leer.

Kinders met AS is geneig om sosiale verhoudings te definieer deur van *simmetriese* verhoudings gebruik te maak waar die verhouding gewoonlik deur 'n magstryd gekenmerk word, omdat die kind poog om ten alle koste persoonlike- asook beheer oor sy omgewing te bekom (sien 2.9.1.5.). Die oorsake van die magstryd (met ander woorde die faktore wat die kind met AS beheerverlies laat beleef) kan sinvol deur KGS en SKS hanteer word, omdat hierdie nie-direktiewe prosesse persoonlike beheer aan die kind gee wat betref ervaring en hantering van eie emosies; voorspelbaarheid van situasies; verandering in roetine; die volhou van spontane gesprekvoering; hantering van moeilike en oorweldigende take; en die hantering van ang en spanning (Bainum et al., 2006; Bowyer, 1970; Dale & Lyddon, 2000; Grubbs, 1994; Guernsey, 1983a; Josefi & Ryan, 2004; Klin, Sparrow, Marans, Carter, & Volkmar, 2000; Landreth & Bratton, 2006; Malchiodi, 2003, 2005).

Die wyse waarop dissipline deur middel van keuses in KGS en SKS neergelê word, beperk lang redenasies en 'n magstryd en het die voordeel dat hierdie wyse van grensneerlegging ook aan ouers en onderwysers geleer kan word. Kortliks behels hierdie wyse van grensneerlegging die volgende stappe:

Stap1: Noem die kind se naam.

Stap 2: Gee erkenning aan die gevoelens, wense, begeertes of motiewe van die kind.

Stap 3: Kommunikeer die reël duidelik, direk.

Stap 4: Wys 'n alternatiewe sosiaal meer aanvaarbare manier van optrede aan die kind uit (Ginott, 1982; Landreth, 1991; Landreth & Bratton, 2006).

3.6.6. Beheer

Literatuur dui daarop dat uitreagerende gedrag by kinders met AS moontlik verband hou met 'n gevoel van beheerverlies (M. Greyling, persoonlike kommunikasie, April 23-24, 2008) (sien veral 2.9.1.6.). Volgens Tsatsanis et al. (2004) behoort kinders met AS te leer om hulself emosioneel te reguleer en selfbeheersing toe te pas. KGS en SKS kan moontlik goeie terapeutiese uitkomste hierin bewerkstellig.

SKS is volgens die literatuur bekend daarvoor om 'n sin vir persoonlike beheer aan 'n kind te gee (Bradway & McCoard, 1997; Dale & Lyddon, 2000; De Villiers, 2006; Harper, 1988; Landreth, 1991; Nagliero, 1995; Ogawa, 2004). Homeyer en Sweeney (1998) noem dat die emosionele-, psigologiese- en fisiologiese beheerverlies wat in trauma ontstaan, deur die selffrigtinggewende proses van SKS aan die kind teruggegee word. Studies dui verder daarop dat SKS persoonlike beheer oor uitreagerende woede by kinders kan herstel deurdat sulke gevoelens in die veiligheid van die sandbakke uitgespeel kan word (Bowyer, 1970; Dyle & Lyddon, 2000; Homeyer & Sweeney, 2005; Ono, 1987).

KGS kan aan kinders met AS persoonlike beheer oor aggressie en uitreagerende gedrag gee (Landreth, 1991), omdat die intensiteit van hierdie gevoelens neig om te verminder wanneer die terapeut empaties daarop reflekteer en omdat die kind leer om sy eie emosies beter te verstaan, te verwoord en op 'n sosiaal meer aanvaarbare wyse daaraan uiting te gee (Landreth & Bratton, 2006). KGS bied 'n dinamiese proses waarbinne die terapeut geleentheid kry om waar te neem watter situasies 'n kind met AS beheerverlies laat ervaar en hoe hy poog om beheer te herwin (Landreth, 1991). Chaloner (2001) noem dat speltherapie 'n kragtige wyse is waarop jong kinders ouer-kindverhoudings, oorsaak-gevolg-denke,

impulsbeheer en sosiale vaardighede kan verbeter. Dit bied ook 'n wyse waarop die kind spanningsvolle gebeure kan verwerk.

3.6.7. Emosionele afstand

Praktykervaring dui aan dat direkte terapie meebring dat hoe meer die terapeut probeer om die emosionele afstand tussen haar en die kind met AS te verklein, hoe meer probeer die kind die emosionele afstand tussen hom en die terapeut vergroot (Vorster, 2011). In nie-direktiewe spel terapie werk die terapeut geduldig teen die kind met AS se tempo sonder om hom aan te jaag of te dwing om die emosionele afstand te verklein (Baker, 2004; Carey, 1990; Landreth & Bratton, 2006; Petty, 2002; Weinrib, 1983). Ervaring laat blyk dat kinders met AS wel die emosionele afstand tussen hulle en die terapeut begin verminder deur meer oogkontak te maak en die terapeut meer spreekbeurte te gun. Dit stem ooreen met bevindings van Ryan en Wilson (1995), wat aandui dat KGS oogkontak en gesig-tot-gesiginteraksie van kinders bevorder.

Kinders met AS blyk angstig te raak in sosiale verhoudings waar hulle spontane gesprekke moet voer. Wanneer hulle bewus raak van hulle ongemak in sosiale situasies, neig hulle om die emosionele afstand tussen hulle en die ander party te vergroot deur te onttrek. Selfregulering, uitdrukking en hantering van hulle eie emosies raak 'n probleem in sulke situasies (Attwood, 2006; Barrat, 2006; Klin & Volmar, 2000; Parritz & Troy, 2011; Stobart, 2009; Van Vollenstee, 2006). Dit wil voorkom asof KGS en SKS beide 'n unieke bydrae hier kan lewer. In KGS kan die kind met AS onttrek deur nie met die terapeut interaksie te hê nie. Die terapeut kan egter ten volle gefokusde aandag aan die kind bly gee deur middel van empatiese terapeutiese respondering. Die kind met AS het die keuse om die afstand tussen hom en die terapeut verder te vergroot deur te kies om van SKS gebruik te maak waar die terapeut nie aanhoudend respondeer nie. Tog bly die terapeut gefokusde aandag gee in die rol van stille waarnemer en kan die interaksie tussen haar en die kind aan die einde van die sessie

tydens die vraagstellingproses van SKS verdiep. Die navorser is van mening dat kinders met AS afstand op hierdie wyses kan skep, maar terselfertyd deur ervaringsleer twee kommunikasieprosesse ervaar: een waar gereflekteer word sonder vraagstelling (KGS) en een waar vraagstelling gebruik word. Dit sal interessant wees om te sien of kinders met AS hul unieke waarnemingsvermoë sal gebruik om hieruit nuwe sosiaal-interaktiewe gedrag aan te leer.

Navorsing toon dat KGS kinders se emosionele uitdrukking en aanpassing verbeter (Johnson et al., 1999; Josefi & Ryan, 2004; Landreth, 1991; Mitteldorf et al., 2001) en dat hulle leer om hulself op gevoelsvlak te aanvaar, asook om verantwoordelikheid te neem vir die beheer van hul emosies (Guerney, 1983a). Deur die proses van aktiewe uitdrukking kan aan negatiewe emosies soos ongemak en angs uiting gegee word, in plaas daarvan om die emosies te probeer ontken of onderdruk. Meer positiewe emosies word ervaar wat kinders se emosionele welstand en hulle natuurlike ontwikkeling bevorder (Johnson et al., 1999; Landreth, 1991; Landreth en Bratton, 2006; Malchiodi, 2003, 2005).

Literatuur dui daarop dat kinders spontaan betrokke raak in SKS en met die sand en miniatuurfiguurtjies hul diepste emosies, belewenisse en psigiese dinamika uitspeel. SKS kan kinders met AS moontlik help om hul verskillende emosies te identifiseer, selfbeheersing te toon, emosies te kanaliseer en op gepaste wyse daaraan uiting te gee. Negatiewe emosies, selfs abreaksies, kan in 'n veilige omgewing deurgewerk word (Allan & Berry, 1993; Dale & Lyddon, 2000; Hunter, 1998; Mayes et al., 2004; Nagliero, 1995; Sweeney et al., 2003; Zinni, 1997).

3.6.8. Helderheid van selfuitdrukking

Konkrete denke bring mee dat kinders met AS kommunikasie letterlik opneem en dit kan helderheid van selfuitdrukking belemmer en aanleiding tot misverstande gee (Beers, 2006; Mash & Wolfe, 2005; Mattila et al., 2007; Szatmari et al., 2003). Landreth (1991) wys

daarop dat speel met tasbare speelgoed 'n meer konkrete en gemakliker wyse van self-uitdrukking aan kinders gee en dat hulle daardeur geleentheid kry om byvoorbeeld positiewe asook negatiewe gevoelens en ervarings op 'n meer gefokusde wyse met die terapeut te deel (Poodhun, 2000). KGS verbeter verder kinders se nie-verbale kommunikasievaardighede deurdat die terapeut die kind se nie-verbale gedrag aan hom terugreflekteer (Guerney, 1983b). Landreth en Bratton (2006, p. 91) beweer: *“This process helps children understand, accept, label, and communicate”*.

Kommunikasie deur middel van spel is minder beperk en daar kan makliker op gevoelens, behoeftes, wense, begeertes, fantasieë, ervarings en gedagtes wat op 'n gegewe oomblik vir 'n kind problematies of belangrik is, gefokus word (Kranz, 1982). Ginott (1982) beklemtoon dat verbaliserings, asook spelaktiwiteite wat oënskynlik lyk asof dit geen verband hou nie, vergelyk kan word met vrye assosiasies wat deur volwassenes gebruik word. Dit kan 'n aanduiding gee van kernproblematiek wat deur kinders met AS ervaar word (Homeyer & Sweeney, 2005; Zinni, 1997).

Mittledorf et al. (2001) beskryf byvoorbeeld 'n studie waar KGS-respondering gebruik is met 'n hoogfunksionerende outistiese kind en noem dat eenvoudige verbale reflektering die kind se aandag getrek en gepaste response by die kind ontlok het. Na drie jaar het hierdie kind meer direk en meer gereeld begin kommunikeer. Mittledorf et al., asook Osborne (2003) en Geils en Knoetze (2008), verwys na studies met outistiese kinders waar direkte terapie sessies onsuksesvol was. Nie-direktiewe terapeutiese respondering was meer geslaagd om die terapeut te help om die kind se wêreld te betree. Dit blyk ook vanuit praktykervaring dat kinders met AS moontlik deur middel van KGS 'n meer effektiewe wyse van kommunikasie kan ontdek om hulle innerlike beleweniswêreld aan die terapeut te kommunikeer (Landreth & Bratton, 2006; Malchiodi, 2003). Josefi en Ryan (2004) bevestig hierdie waarneming in hulle studie van 'n jong kind met outisme.

Indien kinders met AS kies om nie te kommunikeer nie, kan SKS 'n unieke bydrae tot helderheid van self-uitdrukking lewer, omdat SKS as sulks 'n primêre wyse is waarop kinders met spraak- en taalprobleme, of sosiale- en verhoudingsprobleme op 'n nie-verbale vlak hulle innerlike gevoelens, behoeftes, wense, vrese, bewuste- en onbewuste konflikte, emosionele kwessies en ander inligting aan die terapeut kan kommunikeer. Die speelgoedfiguurtjies word hulle woordeskat en die speelproses hulle geselsproses. Kinders met AS wat geneig is om van oormatige verbalisering, rasionalisering of intellektualisering gebruik te maak, kan ook sinvol deur die nie-verbale proses van SKS hanteer word (Bainum et al., 2006; Boik & Goodwin, 2000a; Carey, 1999; Dale & Lyddon, 2000; De Villiers, 2006; Harper, 1991; Homeyer & Sweeney, 1998, 2005; Hunter, 1998). Harper (1988, p. 17) beskryf die potensiaal van SKS-wêreld as medium tot helderheid van selfuitdrukking as volg: *“In every instance the worlds accurately reflected the real life concerns, preoccupations, worries and conflicts confronting children. Even the very young and the emotionally disturbed were able to express their inner feelings through the metaphor of the world they created in the sandtray”*. Laastens noem Hunter (1998) dat SKS 'n proses is wat kinders toelaat om uiting te gee aan nie-verbale-, metaforiese- en visuele- intrapsigiese gebeure en omdat kinders met AS geneig is om visueel ingestel te wees (Volkmar & Klin, 2000), word vermoed dat hulle goeie aanklank by SKS sal vind.

3.6.9. Potensiaal om aanvaarding/verwerping uit te lok

Daar is reeds in hoofstuk twee beskryf dat kinders met AS maklik verwerping van mense ontlok (sien 2.9.1.9.). Volgens die literatuur kan SKS positiewe terapeutiese uitkomst meebring en kinders met AS help om gevoelens soos die volgende deur te werk: verwerping en vrese vir verwerping; geïsoleerdheid; onaanvaarbaar wees; afdreiging; straf; aggressie en selfblaam (Harper, 1988; Homeyer & Sweeney, 2005; Sweeney et al., 2003; Sweig & Sachs, 1993). Volgens Poodhun (2000) en Stroh (1992) wys kinders dikwels hulle vrese en

onvervulde behoeftes in sosiaal onaanvaarbare optrede. KGS en SKS fasiliteer die meedeel van innerlike behoeftes en vrese en mag help om sosiaal onaanvaarbare gedrag en daaropvolgende verwerping by kinders met AS te verminder (Kranz, 1982; Landreth, 1991; Landreth & Bratton, 2006).

Hiermee saam kan die kind met AS se potensiaal om aanvaarding by ander mense te verkry deur SKS verbeter word, waar die sandbakgrense die kind help om sy eie innerlike grense vas te stel en persoonlike beheer te neem oor hoe hy met begrensing, handhawing van grense en selfbeheer te werk gaan. SKS kan baie sinvol in die verkenning en hantering van respek vir grense binne die gesin aangewend word (Amman, 1991; Carey, 1990, 1994; Dale & Lyddon, 2000; De Villiers, 2006; Kalff, 1980).

Literatuur dui daarop dat kinders tydens nie-direktiewe spel ervarings en gedrag in verhoudings uit die verlede in verband bring met huidige persepsies en gedrag en dat dit selfontdekking bevorder. Hierdeur kan aanpassings in kinders met AS se sosiale interaksie met ander plaasvind (Hutton, 2004; Landreth, 1991; Petty, 2002). Athanasiou en Gunning (1999) meen dat KGS sosiaal aanvaarbare gedrag by kinders bevorder. Dit kan verder meebring dat kinders met AS moontlik die gevolge van hulle aksies, asook die effek wat hulle gedrag op ander mense het deur middel van SKS kan insien (Hunter, 1998). In SKS kan hulle verskeie fasette van interpersoonlike verhoudings op die miniatuurfiguurtjies projekteer (Homeyer & Sweeney, 1998) en op 'n drie-dimensionele vlak daaraan aandag gee (Bainum et al., 2006; Bowyer, 1970; Murphy, 2000).

3.6.10. Bevestiging deur erkenning en goedkeuring

In nie-direktiewe terapie moedig die terapeut die kind aan om sy eie vaardighede te ontdek, te ontwikkel en te aanvaar (sonder oordeel) en gee erkenning aan die kind vir die moeite wat hy doen. Landreth en Bratton (2006) verduidelik dat opmerkings wat erkenning gee aan die tyd, moeite en harde werk wat dit neem om byvoorbeeld 'n toring met blokke te

bou, deur 'n kind geïnternaliseer en deel van sy selfkonsep kan word. Hierdie tipe aanmoediging bevorder die ontwikkeling van interne lokus van kontrole en innerlike motivering en kinders begin krediet aan hulleself gee en toon waardering vir hulle eie pogings en vermoëns wat hul eiewaarde verbeter.

3.6.11. Effektiewe bekendmaking van behoeftes

Hier word terugverwys na 2.9.1.11. in die vorige hoofstuk. Spontane spel is die natuurlike taal van kinders waardeur hulle hul behoeftes aan die terapeut kommunikeer en sodoende word onuitgesproke behoeftes en bekommernisse van kinders met AS deur middel van speltemas vir die terapeut sigbaar, terwyl die terapeut die fisiese-, sosiale-, emosionele-, morele- en kognitiewe ontwikkelingsfases asook agtergrondkennis aangaande AS van die betrokke kind in ag neem (Landreth, 1991; Landreth & Bratton, 2006; Malchiodi, 2003; VanFleet et al., 2010). Ondervinding dui aan dat dit sinvol kan wees om die insig wat die terapeut op hierdie wyse bekom met die ouers te deel en sodoende 'n geïntegreerde benadering tot voordeel van die kind te vorm. Josefi en Ryan (2004) het in hulle studie van KGS wat 'n jong kind met outisme behels, dieselfde waarneming gemaak en beskryf hoe hierdie kind uiteindelik sy behoeftes beter aan sy ouers kon kommunikeer. Voorts wil dit voorkom asof sommige kinders met AS deur middel van nie-direktiewe spel bewus raak van ander mense se behoeftes en dit aan hulle begin verbaliseer en daardeur empatie toon. Nie-direktiewe persoonsgesentreerde terapie is volgens die literatuur geskik om empatie by kinders te bevorder (Ernst-Terblanche, 2011; Hutton, 2004; Landreth & Bratton, 2006; Petty, 2002; Toates, 1996).

Behalwe vir die bekendmaking van eie behoeftes en die raaksien en respondeer op ander mense se behoeftes (dit wil sê emosionele intelligensie), kan nie-direktiewe spel terapie geleentheid bied vir die kind met AS om sy eie behoeftes tydens die spelproses te hanteer, soos byvoorbeeld die verbetering van sosiale vaardighede, interaksiepatrone, gesig tot gesig

interaksie en die gebruik van wedersydse- en simboliese spel, wat uiteindelik die kind se behoefte aan beter sosiale interaksie in verhoudings kan bevredig (Attwood, 2006; Murray & Lesser, 2006; Nel, 2005). Ryan en Wilson (1995, pp. 29, 35) verduidelik dat nie-direktiewe speltherapie 'n situasie soortgelyk aan 'n gesonde verhouding tussen 'n baba en sy moeder daar kan stel: *“By the heightening in therapy of essentially normal developmental processes the child with harmful or inadequate relationship experiences is enabled to rework and reintegrate these into normal interactive patterns”*.

3.6.12. Benadering tot die omgewing

Die wyse waarop dissipline tydens KGS en SKS neergelê word, kan verandering bring van ongesonde liniêre verhoudings na meer gesonde sirkulêre verhoudings waar die kind met AS begin verantwoordelikheid neem vir sy aandeel in wat verkeerd gaan in sy verhoudings (Vorster, 2011). Dissipline maak gebruik van keuses, sodat 'n kind met AS deur ervaringsleer besef dat elke keuse positiewe of negatiewe gevolge het en dat slegs hyself verantwoordelik is vir keuses wat hy maak. Ander mense kan nie meer blameer word vir dit wat fout gaan in sy verhoudings nie (Hutton, 2004; Landreth & Bratton, 2006; Ogawa, 2004). Grensneerlegging kan dus aan kinders met AS insig gee in die gevolge van hulle optrede en frustrasiehantering by hulle ontwikkel (Borenstein, 1996; Landreth, 1991).

Outeurs is dit eens dat die dissiplineproses in nie-direktiewe speltherapie fokus op die regstel van sosiaal onaanvaarbare gedrag wat die kind met AS teenoor homself asook die ander party in die verhouding mag wys, byvoorbeeld: bedreiging van beide partye se veiligheid; disrespek toon; beskadiging van toerusting; nie-inagneming van persoonlike behoeftes en/of reëls; gebrek aan respek vir ander se tyd of enige ander sosiaal onaanvaarbare gedrag (Ginott, 1982; Landreth, 1991). Landreth en Bratton (2006) noem dat verantwoordelikheid en selfbeheer in verhoudings net aangeleer kan word in werklike situasies wat verantwoordelikheid en selfbeheer verg. Grensneerlegging deur middel van

stellings, soos: “*Die muur is nie daar om op geverf te word nie*”, maak kinders deur ervaringsleer bewus daarvan dat hulle verantwoordelikheid vir hulle optrede moet neem, ook tydens die ervaar van intense gevoelens.

SKS neem die proses van verantwoordelikheid ‘n stap verder, waar die kind met AS verantwoordelik raak vir alles wat hy in sy sandwêreld konstrueer. In hierdie sandwêreld observeer hy hoe figuurtjies met mekaar verband hou en deur sodanige observasie begin die kind homself oriënteer met betrekking tot die ander figuurtjies in die sand (Ammann, 1991; Homeyer & Sweeney, 1998).

3.6.13. Rigiditeit/buigsaamheid in verhoudings

Kinders met AS se interpersoonlike buigsaamheid is dikwels beperk en behoort verbeter te word, wat beteken dat hierdie kinders moet kan aanpas in verskillende kontekste en tussen verskillende individue. KGS verbeter volgens die literatuur kinders se aanpassingsgedrag en help hulle om aanpassings in sosiale verhoudings en verandering in roetine te kan maak (Hutton, 2004; Josefi & Ryan, 2004; Ogawa, 2004; Petty, 2002; Ryan, 1999; Ryan & Needham, 2001; Wilson & Ryan, 2001). Wanneer KGS-beginsels tesame met kennis oor AS in die vorm van Filialspeltherapie aan ouers en onderwysers geleer word, kan dit meebring dat hierdie partye ook by die individuele kind met AS se ontwikkelingsfase aanpas en minder rigied is in hulle optrede teenoor die kind (Josefi & Ryan, 2004; Ryan & Wilson, 2000).

Volgens Machiodi (2005) word selfeksplorاسie in SKS by ‘n kind met AS aangemoedig, wat meebring dat hy homself leer ken en kans kry om nuwe aanpassingsgedrag te verken en in te oefen. Bewustheid van die **Self** lei daartoe dat die kind met AS sy gedagtes oor situasies kan evalueer en aanpas. Na ‘n tyd van emosionele spanning en onsekerheid kan die bou van sandwêrelde ‘n vorm van innerlike herorganisasie verteenwoordig (Bowyer 1970; Dyle & Lyddon, 2000; Homeyer & Sweeney, 1998, 2005).

Wat rigiditeit betref, beveel Attwood (2008) aan dat kinders met AS aangemoedig moet word om betrokke te raak in fantasiespel en om meer buigsaam in hulle verbeeldingspel te raak. Hulle moet bewus gemaak word daarvan om verby die ooglopende funksionele gebruike van objekte te kyk en te besef dat iets nie noodwendig foutief is net omdat dit anders is nie. Volgens Attwood kan buigsaamheid in verbeelding- en fantasiespel probleemoplossingsvaardighede vir kinders met AS bevorder en dit kan ook help dat hulle nie so rigied en reëlgebonde optree in hulle spel met ander kinders nie. Nie-direktiewe spel terapie (KGS en SKS) kan hier 'n bydrae lewer wanneer die terapeut die kind met AS toestemming gee dat enige speelding enige iets anders mag voorstel (Norton & Norton, 2002). Dit impliseer egter dat terapeute minder rigied in hulle eie oortuigings moet raak en die nie-direktiewe prosesse van KGS en SKS moet vertrou as nie te ongestruktureerd vir kinders met AS nie.

3.6.14. Metakommunikasie

VanFleet et al. (2010) en Vorster (2011a) wys daarop dat die terapeut tydens empatiese luister fokus op die kind se verbale response, stemintonasie, liggaamstaal, bewegings en enige ander optrede wat 'n aanduiding kan gee van dit wat die kind op daardie oomblik ervaar. Hierdie waarnemings kan gebruik word om metakommunikatief te respondeer en om die kind met AS bewus te maak van sy eie verbale en nie-verbale kommunikasie en die emosionele effek wat dit op die terapeut of ander mense kan hê.

Metakommunikasie kan ook in SKS gebruik word wanneer empatiese reflektoring aangewend word om spesifiek die kind met AS se aandag te vestig op dit waarmee hy op 'n gegewe oomblik besig is (Bowyer, 1970; Malchiodi, 2005). Reflektoring kan kinders met AS bewus maak van alternatiewe wyses van gedrag en lei tot verandering in die kind se optrede (Stevens, 1996). Die terapeut moet egter daarteen waak om nie te begin interpreteer of die rigting van die spel te verander nie, maar moet bloot respondeer op dit wat die kind se

karakters in die sand doen of sê. Of kinders met AS uit hulle eie sal begin metakommunikeer met ander mense bly steeds 'n vraag.

3.6.15. Effektiwiteit van probleemoplossingsvaardighede

In nie-direktiewe spel terapie (KGS en SKS) los die terapeut nie probleme vir die kind op nie en bied nie hulp aan indien die kind nie daarvoor vra nie. Wanneer die terapeut gevra word om te help, word response so gegee dat die kind met AS self aanhou om na 'n oplossing te soek. Indien die terapeut wel prakties help met die vind van 'n oplossing, word response op so 'n wyse gegee dat die kind met AS voel hy het self die oplossing ontdek (Landreth & Bratton, 2006). Hierdeur word die ontwikkelingstaak van streef na outonome optrede in ag geneem en kan kinders genot daaruit put om by verskillende probleemoplossings uit te kom (Poodhun, 2000), terwyl hulle stapsgewys op 'n kreatiewe wyse self na oplossings soek, dit ontdek en inoefen (Guerney, 1983a).

Jong kinders voor die ouderdom van 6 jaar toon soms swak probleemoplossingsvaardighede vanweë 'n gebrek aan abstrakte kognitiewe denke en 'n onvermoë om hulle emosies en impulse sinvol te beheer. Nuwe take en uitdagings mag hulle eiewaarde bedreig en mislukking word maklik as 'n bedreiging beleef. Sulke kinders wantrou hulle eie vermoëns en verwag vooraf dat hulle gaan misluk. Mettertyd kan hulle egter verskillende alternatiewe oorweeg. Drewes (2001) is van mening dat kinders deur middel van dramatiese spel op 'n veilige afstand hulle vrese en fantasieë kan verken, bemeester en persoonlike beheer daaroor kan verkry.

In KGS vind beheertoeëining plaas wanneer kinders gestalte gee aan hulle eie fantasiespel waardeur hulle hulself en die terapeut op 'n reis na groei en wording neem (Norton & Norton, 2002). Volgens Landreth (1991) vertrou die terapeut die KGS-proses. Al verstaan sy nie altyd wat die spel van die kind met AS beteken nie, vergesel sy die kind op hierdie ontdekkingsreis sonder om in te meng. Enige pogings van die terapeut om die

probleem vir die kind op te los, kan die kind se eie ontdekking van probleemoplossingsvaardighede deur ervaringsleer belemmer.

Nie-direktiewe spelterapie is uniek daarin dat die spelproses die terapeut kan waarsku wanneer 'n kind aan dieperliggende probleme wil aandag gee. Dit gebeur deurdat 'n kind met AS weer die grense tussen hom en die terapeut sal toets om seker te maak of hy die terapeut wel kan vertrou om hom nie in die steek te laat nie en haar dan saamneem na 'n dieper vlak van soek na probleemoplossings (Norton & Norton, 2002). Die terapeut luister en let op na probleme wat hierna deur die kind met AS uitgespeel word en fokus veral op hoe die kind poog om die betrokke probleem op te los, asook of 'n sinvolle oplossing gevind word al dan nie. Die terapeut bly ingestel vir enige wyse waarop terapeutiese respondering die kind met AS bewus kan maak van aspekte rakende probleemoplossingsvaardighede. Literatuur wys daarop dat KGS die aanleer van nuwe en beter probleemoplossingsvaardighede fasiliteer en daardeur kinders se selfbeeld verbeter (Bratton et al., 2006; Guerney, 1983a; Landreth & Bratton, 2006; Petty, 2002). Josefi en Ryan (2004) het in hulle studie aangedui dat KGS die probleemoplossingsvaardighede van 'n seuntjie met outisme verbeter het. Vir die doel van hierdie studie, kon geen ander navorsing gevind word wat die effek van KGS op die aanleer van probleemoplossingsvaardighede met kinders met AS bestudeer het nie.

SKS lewer 'n bykomende bydrae tot die aanleer van nuwe probleemoplossingsvaardighede en kan 'n goeie idee bied van hoe 'n kind met AS poog om alledaagse probleme op te los. Aksie wat deur middel van spel gebeur, vorm 'n primêre deel van kinders se gedrag en kan volgens Zinni (1997) waardevolle inligting oor die problematiek wat 'n kind ervaar verskaf. Hiermee saam word die SKS-proses self soms 'n manier van probleemhantering deurdat kinders hulle probleme eksternaliseer en op 'n veilige afstand drie-dimensioneel daarna kan kyk. Wanneer die kind om sy sandwêreld stap om vanuit verskillende hoeke daarna te kyk, word nuwe perspektiewe op die probleem en

gepaardgaande oplossings gevind. Kinders kan deur middel van SKS hulle eie swakpunte of skadukant ontdek, erken, hanteer en integreer met die res van die Self (Ammann, 1991; Bainum et al., 2006; Block, 2004; Bradway & McCoard, 1997; Carey, 1994; Dale & Lyddon, 2000; Harper, 1988; Homeyer & Sweeney, 2005; Murphy, 2000; Sweeney et al., 2003).

Hunter (1998, p. 4) verduidelik die krag van SKS in probleemoplossing as volg: *"Heroes and wise, protective figures can be introduced to balance the shadow power, and can be used to help fight internal battles. Resolutions are created, changed, rehearsed, and understood. The treasure of resiliency is found internally and expressed externally"*.

SKS bied verskeie wyses waarop die terapeut insig kan kry in hoe 'n kind met AS probleme hanteer. Die terapeut kan sien of die kind met AS elke keer dieselfde wyse van probleemoplossing gebruik en of nuwe probleemoplossingsvaardighede ontdek en gebruik word. Uitgediende, oneffektiewe probleemoplossingspogings word ook na vore gebring in sandkasspeltherapie (Bainum et al., 2006). Bowyer (1970) noem dat kinders hulle sandwêreld soms benamings gee wat dui op 'n probleem wat die kind ervaar. Deur te luister na storievertellings tydens spel kan aanduidings gekry word van watter probleme ervaar word, wie hulp vra of aanbied en tot watter oplossings gekom word (Amman, 1991; Block, 2004; Brandell, 2000; Carey, 1994; Landa, 2000; Teglassi, 2001). Speltemas wat herhaaldelik voorkom mag aandui dat die kind met AS vasgeval is in 'n probleem en nog soek na oplossings (Amatruda & Simpson, 1997; Grubbs, 1994).

In die geval van kinders met AS kan SKS 'n verdere unieke bydrae lewer in die aanleer van verbeeldingspel as wyse tot probleemoplossing. Hunter (1998) noem dat SKS die gebruik van verbeelding bevorder en dat dit 'n kreatiewe deel uitmaak van die kind se probleemoplossingsgereedskap. Deur middel van verbeeldingspel kan die kind heling vind vir ervarings uit die verlede, die hede hanteer en homself voorberei op die toekoms. 'n Studie wat gedoen is met kinders met outisme het ook bevind dat SKS verbetering in hierdie kinders

se gebruik van simboliese spel bevorder (Lu et al., 2010). Die navorser is van mening dat daar 'n groot leemte in navorsing rakende die effek van SKS op kinders met AS se bemeestering van nuwe probleemoplossingsvaardighede, bestaan.

3.6.16. Traumatiese gebeure

Getraumatiseerde kinders se spel dui daarop dat hulle minder spontaan en buigsaam blyk te wees; hulle kan fantasie en realiteit verwar; hulle ondersoek nie sommer nuwe omgewings en ervarings nie omdat hulle nie maklik vertrou nie; hulle bou nie hegte verhoudings met betekenisvolle ander nie en vind dit moeilik om in samehorigheid met ander kinders te speel; is geneig om te onttrek en emosionele afstand tussen hulleself en ander te bewerkstellig; beleef hulle wêreld as vyandig, onveilig, emosioneel koud en pynlik; is konstant op soek na ondersteuning, huil maklik, is behoeftegeoriënteerd en veeleisend; en mag probleme ervaar met probleemoplossing, abstrakte denke, aggressie, uitreagerende gedrag en beheer van hulle emosies (Drewes, 2001). Dit is opmerklik hoe baie van hierdie simptome ook by kinders met AS voorkom (sien 2.9.1.1. - 2.9.1.16.). Hierdie gedrag mag volgens Norton en Norton (2002) in die werkstadium van nie-direktiewe terapie verander, deurdat kinders hulle ervarings kan herdefinieer en nuwe gevoelens van veiligheid en persoonlike beheer kan ervaar. Die kinders se fokus kan verander van die uitspeel van traumatiese gebeure na spel waarin hulle alledaagse lewenstake eksploreer en inoefen. Daar word geleidelik meer spontaan opgetree, gelag en genot gewys en uiteindelik toon die kind meer samewerking en interaksie met die terapeut, gesinslede en portuurgroep.

Literatuur dui aan dat KGS sinvol gebruik kan word om bogenoemde simptome van trauma asook traumatiese gebeure te hanteer, soos byvoorbeeld betrokkenheid in motorongelukke, gesinsgeweld, verhuising, die koms van 'n nuwe baba, beide ouers wat vir lang ure in beroepe werksaam is en nie tyd saam met kinders kan deurbring nie, veranderinge

in die gesin se inkomste en akademiese spanning (Ogawa, 2004; Ryan, 1999; Ryan & Needham, 2001; Ryan & Wilson, 2000a; Wilson & Ryan, 2001).

Volgens Ryan en Needham (2001) vind kognitiewe verwerking van traumatiese gebeure spontaan plaas tydens die werkstadium van KGS, waar die kind met AS sy vrese, trauma, pyn en worstelinge deur speeltemas kommunikeer. In KGS is dit opmerklik dat kinders neig om deur middel van fantasiespel traumatiese gebeure doelgerig weer te gee en hulle mag selfs regresseer na 'n jonger ontwikkelingsfase waarbinne hulle trauma ervaar het. Wat KGS effektief maak, is die feit dat daar 'n terugkeer na homeostase plaasvind. Sodra 'n kind met AS emosioneel oorweldig raak, mag hy geneig wees om weereens die grense te toets in 'n poging om te bepaal of die terapeut steeds vertrou kan word en of hy steeds veilig is binne die terapeutiese proses. Indien die terapeut grense konsekwent en empaties neerlê, sal die kind met AS weer kan terugkeer na die verwerking van dieperliggende trauma (Norton & Norton, 2002).

SKS kan toegang gee tot traumabelewing wat bewustelik of onbewustelik deur die kind met AS onthou word, asook tot kinders se pre-verbale ervarings deurdat die aanraking van die sand en water onderdrukte herinneringe vanuit die kinderjare op 'n nie-verbale vlak na vore mag bring (Baker, 2004; Bowyer, 1970; Bradway & McCoard, 1997; Carey, 1994). Getraumatiseerde kinders neig om op 'n visuele en nie-verbale wyse uiting aan hulle ervarings en gevoelens te gee. SKS bied 'n proses waarbinne 'n kind post-traumatiese stres, of trauma uit die verlede of die hede kan hanteer en 'n gevoel van magteloosheid kan vervang met persoonlike beheer. Hiermee saam kan SKS meebring dat die ego weer optimaal begin funksioneer en beheer en bemeestering van innerlike dryfkragte teweegbring (Allan & Berry, 1993; Dale & Lyddon, 2000; De Villiers, 2006; Harper, 1988; Homeyer & Sweeney, 2005; Nagliero, 1995; Sweeney et al., 2003; Zinni, 1997).

3.6.17. Aspekte wat skakel met die aanmeldingsprobleem

Uit die bogaande uiteensetting blyk dit volgens literatuurgebaseerde bronne dat die gebruik van KGS en SKS 'n unieke bydrae tot die hantering van die kind met AS se problematiese gedrag kan lewer, soos dit voorkom in elk van die interpersoonlike veranderlikes op die interaksionele patroonanalise (IPA) (Vorster, 2011). Praktijkervaring toon dat sommige kinders met AS problematiese situasies in hulle alledaagse lewe in KGS asook SKS uitspeel. Ouers en onderwysers bevestig tydens terugvoersessies dat die kind se gedrag binne die verskillende interpersoonlike veranderlikes verband hou met probleme wat in die betrokke kind se alledaagse werklikheid teenwoordig is.

3.7. SLOT

In hierdie hoofstuk is KGS en SKS binne die konteks van Rogeriaanse persoonsgesentreerde teorie (RPT) bespreek. Daar is gefokus op die bydrae wat KGS en SKS moontlik kan bied in terme van terapeutiese uitkomst wat deur 'n kind met AS bereik kan word binne elk van die veranderlikes van die interaksionele patroonanalise (IPA) (Ernst-Terblanche, 2011; Vorster, 2011). Vanuit die literatuurstudie blyk dit dat die IPA 'n goeie riglyn kan bied waarvolgens KGS en SKS-gebaseerde terapeutiese uitkomst van 'n kind met AS verstaan en bestudeer kan word.

In hoofstuk 4 word die metode van ondersoek bespreek.

HOOFTUK 4: METODE VAN ONDERSOEK

4.1. INLEIDING

In hierdie hoofstuk word die navorsingsdoelwitte en navorsingsontwerp beskryf. Die navorsingstrategie asook hoe die deelnemers betrek is, word weergegee en dan word gefokus op die metode en proses van data-insameling en -analise. Laastens word aandag gegee aan hoe die vertrouenswaardigheid van die navorsing verseker is sodat nougesette kwalitatiewe navorsing gedoen kon word.

4.2. NAVORSINGSDOELWITTE

Die oorhoofse navorsingsvraag van hierdie studie was: Watter terapeutiese uitkomst is deur middel van die nie-direktiewe metodes van KGS en SKS deur 'n kind met AS bereik? Die navorsingsdoel wat daaruit voortgevloei het was om te beskryf watter terapeutiese uitkomst deur middel van nie-direktiewe metodes van KGS en SKS deur 'n 5-jarige kind met AS gedemonstreer is en om die rykheid, diepte en kompleksiteit van sy terapeutiese groei weer te gee (Terre Blanche, Kelly, & Durheim, 2006). Literatuur oor AS is verken en die volgende aspekte wat in 'n AS-behandelingprogram aandag behoort te geniet, is geïdentifiseer: Ontwikkeling van verbale en nie-verbale kommunikasievaardighede; wederkerige sosiale interaksie; probleemoplossingsvaardighede; selfbestuur; onafhanklike deelname aan aktiwiteite; regulering van emosies; ontwikkeling van 'n kind-terapeut- en ouer-kindverhouding; dissipline waarvan keuses en besluitneming deel uitmaak; alternatiewe tot uit-reagerende gedrag; die bou van selfbeeld en selfvertroue; gebruik van verbeeldingspel en metafore; en die veralgemening van gepaste gedrag na verskeie sosiale omgewings (Josefi & Ryan, 2004; Klin & Volkmar, 2000; Osborne, 2003; Ryan & Bernard, 2000; Tsatsanis et al., 2004). Hierdie aspekte vanuit die literatuur het vyf verdere navorsingsvrae meegebring, naamlik:

1. Hoe het die kind met AS aanklank kan vind by die ongestruktureerde verbeeldingryke proses van nie-direktiewe terapie (KGS en SKS) en sal die verhouding tussen die terapeut en kind met AS bevorder word deur nie-direktiewe respondering?
2. Hoe het die kind met AS, probleemoplossingsvaardighede gevind in nie-direktiewe terapie (KGS en SKS) gebruik om van sy alledaagse situasies te hanteer en sy sosiale interaksie en kommunikasie te verbeter; en sal hy hierdie vaardighede kan veralgemeen na ander kontekste buite die terapie?
3. Hoe het nie-direktiewe terapie (KGS en SKS) 'n kind met AS se ouer-kindverhouding verbeter en sy uit-reagerende gedrag verminder?
4. Hoe het in nie-direktiewe terapie (KGS en SKS) die kind met AS reageer op die gebruik van keuses tydens dissiplinering?
5. Hoe het nie-direktiewe terapie (KGS en SKS) 'n kind met AS se uitdrukking, selfregulering en hantering van emosies asook empatie bevorder?

Al bogenoemde konstrunkte wat in die vrae vervat is kan beskou word as aanduiders van terapeutiese uitkomst wat moontlik binne en deur middel van die terapeutiese kontekste van KGS en SKS deur die seun bereik kon word. Daarbenewens is 'n raamwerk van 17 interpersoonlike analise (IPA)-veranderlikes gebruik om terapeutiese uitkomst wat die seun sou kon demonstreer, te beskryf en evalueer.

Vervolgens word die navorsingsontwerp bespreek.

4.3. NAVORSINGSONTWERP

In hierdie studie is op kwalitatiewe metodologie besluit en 'n gesatureerde, holistiese, intrinsieke enkelgevalstudie is as navorsingsontwerp gebruik. Verkennend-beskrywende kwalitatiewe navorsing is benut om die terapeutiese verloop, gebeure en uitkomst van 'n unieke enkelgeval binne die konteks van AS, nie-direktiewe speltherapie (KGS en SKS) en die

IPA-veranderlikes te beskryf. Die motivering vir bogenoemde was onder andere dat hierdie studie 'n bydrae kan lewer tot die dringende behoefte wat aan 'n navorsingsdatabasis bestaan wat effektiewe terapeutiese intervensies en uitkomst by kinders met AS beskryf (Autism South Africa, 2002a; Tsatsanis et al., 2004).

Die navorsingstrategie wat in hierdie studie gebruik is, word vervolgens weergegee.

4.4. NAVORSINGSTRATEGIE

In hierdie verkennend-beskrywende kwalitatiewe navorsing is van 'n enkelgevalstudie gebruik gemaak waarin 'n vyfjarige seun met AS in 'n beperkte ('bounded') terapeutiese proses waargeneem en nie-direktief begelei is (Creswell, 2009, pp. 12, 159). Ander verbandhoudende data (onderhoude met die ouer, onderwysers en skoolwaarnemings) is ook geïntegreer in 'n proses wat deur Creswell (2009) triangulasie genoem word. Sodanige proses het ten doel om gevarieerde en ryk inligting te versamel ter verheldering van die waargenome gedrag en terapeutiese prosesse, ten einde 'n koherente en geregverdigde getekstureerde beskrywing van die navorsingsfenomeen te konstrueer. Temas van waargenome gedrag wat uit veelvoudige bronne saamgestel is verklaar en bevestig betekenis, vergemaklik interpretasie en bevorder vertrouenswaardigheid van die navorsing (Creswell, 2009). Nog 'n kwalitatiewe proses wat in hierdie enkelgevalstudie gebruik is, is die sogenaamde deelnemerbevestiging ('member checking') waarmee die akkuraatheid van kwalitatiewe bevindings getoets word deur dit na deelnemers te neem vir bevestiging (Creswell, 2009, p. 191). In hierdie geval is die waargenome terapeutiese uitkomst met voorbehoud bejeën totdat dit in opvolggesprekke met die seun se ouers, meestal die moeder, asook onderwysers en soms die arbeidsterapeut bevestig is dat die gedrag positief-funksioneel in buite-terapeutiese verband voorkom.

Vervolgens word die literatuurstudie en intrinsieke enkelgevalstudie kortliks beskryf.

4.4.1. Literatuurstudie

Volgens M. Greeff (persoonlike kommunikasie, September 3, 2010), moet 'n literatuurstudie reeds bestaande navorsing bestudeer en aantoon hoe die huidige studie 'n bydrae sou lewer in 'n bepaalde navorsingsdomein. Die literatuurstudie het in hierdie navorsing meestal 'n teoretiese konteks eerder as 'n teoretiese raamwerk gebied waarbinne die data ontleed is, met die uitsondering van die IPA-veranderlikes. Die literatuurstudie is apart aangebied en die studiebevindings is uiteindelik met die literatuur vergelyk, 'n proses wat literatuurkontrole genoem word. Daar is aangedui of soortgelyke navorsing al onderneem is en of ander navorsing dieselfde of kontrasterende bevindings verkry het.

In hierdie navorsing het die literatuurstudie wel 'n verwysingsraamwerk verskaf om die terapeutiese uitkomst wat deur die deelnemer gedemonstreer is binne 'n gegewe konteks te ondersoek en te beskryf. In hoofstuk 2 is literatuur oor AS vanuit 'n Rogeriaans-persoonsgesentreerde perspektief verken en daar is beskryf hoe kinders met AS en hul betekenisvolle ander teenoor mekaar optree binne die konteks van 17 IPA-veranderlikes, ook gebaseer op die Rogeriaanse benadering. Die literatuurstudie in hoofstuk 3 het ondersoek hoe nie-direktiewe speltherapie (KGS en SKS) benut kan word om terapeutiese groei, binne die konteks van die IPA-veranderlikes, te fasiliteer met 'n kind met AS,

4.4.2. Enkelgevalstudie

Alhoewel 'n enkelgevalstudie nie eksperimentele navorsing is nie, kan dit 'n bydrae lewer tot kennis oor die moontlike effek van 'n behandelingsprogram met 'n spesifieke deelnemer met AS. Hierdie kennis kan ander navorsing verder toelig en Kazdin (1998, pp. 404, 415) noem dat gevallestudies: “...*have exerted remarkable influence on subsequent research and practice*”. Kazdin sê verder dat gevallestudies 'n noodsaaklike bydrae in kliniese werk binne- en buite hospitaalverband lewer, omdat hipoteses oor kliniese

problematiek daardeur geformuleer word wat dan kan bydra tot die ontwikkeling van meer effektiewe behandelingsprogramme. Persaud (2003, p. 25) bepleit die gebruik van in-diepte enkelgevalstudies in die psigiatrie en kliniese sielkunde, omdat “...*the properly detailed case report puts the correct object of study back into the frame – the whole person...*”.

’n Gesatureerde, holistiese, intrinsieke enkelgevalstudie is in hierdie navorsing gebruik omdat ’n spesifieke seun met AS se terapieproses reeds afgehandel was en die navorser retrospektief die unieke terapeutiese uitkomst wat hy gedemonstreer het, wou verken en beskryf. Hierdie enkelgevalstudie kan ’n bron van ryk kliniese materiaal wees en betekenisvolle terapeutiese inligting wat nie voorheen beskikbaar was nie, verskaf (Poodhun, 2000; Smith, 2005; Stake, 2000; Tellis, 1997).

Die verkennend-beskrywende, gesatureerde, holistiese, intrinsieke enkelgevalstudie het beskrywende vrae soos “*wat het gebeur?*” en “*hoe het J opgetree?*” gevra om vanuit verskillende perspektiewe en invalshoeke te verken wat in die terapeutiese gebeure met J plaasgevind het, asook om dig en ryk beskrywings en verduidelikings te gee van hoe J die nie-direktiewe spelproses (KGS en SKS) gebruik het en watter terapeutiese uitkomst deur hom bereik is (Burns & Grove, 2009; Creswell, 1998; Henning, 2005; Smith, 2005; Tellis, 1997; Terre Blanche et al., 2006; Yin, 2004).

Die navorser het gepoog om alle aspekte van J, as kind met AS, se terapeutiese groeiproses met soveel moontlik databronne en uit verskeie gesigspunte te beskou (gesatureerd) en holisties en omvattend in diepte te verstaan en te beskryf, aangesien die bevindings van die studie moontlik kan bydra tot die uitbreiding en wysiging van huidige kliniese benaderings met betrekking tot kinders met AS (Baxter & Jack, 2008; Henning, 2005; Mertens, 2009).

Hierdie was ’n intrinsieke enkelgevalstudie omdat J ’n spesifieke seun met AS is wat die nie-direktiewe speltherapieproses, in teenstelling met verwagtinge en die literatuur, op ’n

besondere wyse gebruik het om te groei en terapeutiese uitkomst te bereik. Die doel was om hierdie uitkomst wat deur hom gedemonstreer is in diepte te verstaan. Nog 'n rede vir die gebruik van 'n intrinsieke enkelgevalstudie was om meer uit J se 'geval' en sy proses te leer, eerder as om iets daardeur te bewys en ook omdat navorsingsbevindings oor 'n kind met AS uniek is en nie veralgemeen kon word na ander kinders met AS nie (Austism South Africa, 2002a; Baxter & Jack, 2008; Flyvbjerg, 2006; Henning, 2005; M. Greeff, persoonlike kommunikasie, September 3, 2010; Stake, 2000; Yin, 2004).

Volgende word beskryf hoe die deelnemers vir hierdie studie geselekteer is.

4.5. DEELNEMERS EN PROSEDURE

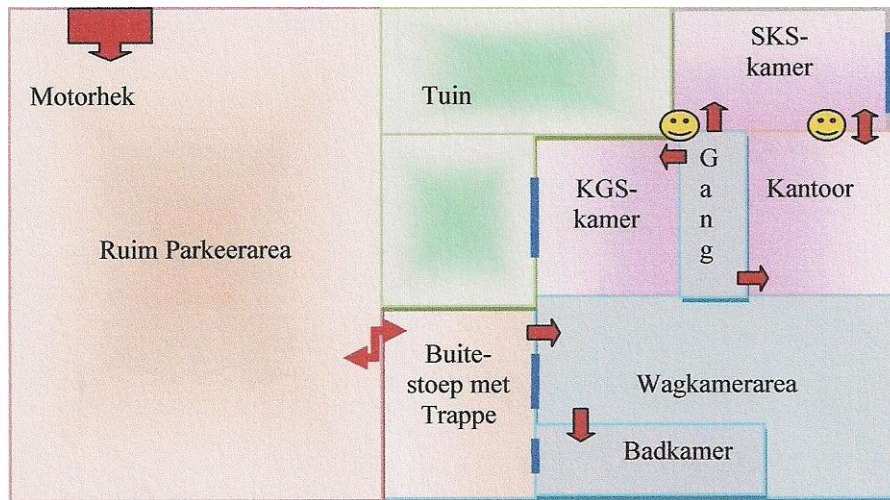
In hierdie studie was die volgende deelnemers betrokke: die terapeut; 'n 5-jarige seun met AS afkomstig van 'n plattelandse dorp; sy ouers en die onderwysers by die kleuterskool.

Die terapeut se rol het na afloop van die terapieproses verander in dié van navorser wat die terapieproses retrospektief deeglik ondersoek, geanaliseer en beskryf het. Volgens M. Greeff (persoonlike kommunikasie, September 3, 2010) word die toevallige beskikbaarheid van 'n enkelgevalstudie nie aanbeveel nie, behalwe indien die deelnemer se verhaal 'n unieke, sinvolle en duidelik betekenisvolle bydrae tot navorsing kan bied, wat wel hier die geval was. Die rol van die terapeut was reeds afgehandel en die rol van navorser kon beklee word sonder dat die seun, sy ouers, die onderwysers en die navorser se optrede en terugvoer tydens die terapeutiese gebeure daardeur beïnvloed sou kon word, of dat vooroordele die data sou kon kontamineer.

Mev X, die moeder van die seun, het hom vir terapie aangemeld. Na gesprekke met mev X waarin J se agtergrond en problematiek deeglik deurgepraat is, het die terapeut die kleuterskool besoek om J daar waar te neem en die gedragsprobleme eerstehands te ervaar. Hierna is afsprake met mev X gemaak vir die terapeutiese sessies met J.

Die praktyk waarheen J sou kom is geleë in 'n stil, boomryke voorstad en soos Figuur 4.1. toon, bestaan dit uit 'n klein badkamer, wagkamer, 'n KGS-kamer, SKS-kamer en kantoor. Gedurende die terapie sessies het die terapeut die uitleg van die spreekkameropset strategies gebruik om aan J die keuse te gee in watter speelkamer hy daardie dag wou wees. Die rede hiervoor was om hom gerus te stel en in beheer te laat voel.

Die speelgoed en ander toerusting in die speelkamer is in hoofstuk 3 vertoon, terwyl die terapeutiese ruimte volledig in hoofstuk 5 bespreek word.



Figuur 4.1. Uitleg van die spreekkamerkompleks

Nota:		Deure
		Vensters
		Deure waar keuses gegee is
		Trappe

4.5.1. Etiese aspekte

Net soos in die geval van Smith (2005) se navorsing, was hierdie aanvanklik aktiewe terapie en het die werk wat met J gedoen is hoofsaaklik gefokus op sy terapeutiese behoeftes en die gepaardgaande terapeutiese prosesse. Vanweë etiese redes is besluit om nie J se arbeids- en spraakterapie te staak nie, omdat dit deel uitgemaak het van die aanbevole multidissiplinêre spanbenadering tot kinders met AS (Autism South Africa, 2002a; Josefi & Ryan, 2004; Tsatsanis et al., 2004).

Die ouers van hierdie seun met AS se geskrewe toestemming om die terapeutiese prosesse vir navorsingsdoeleindes te gebruik, is na afloop van die terapieprosesse verkry. Die doel van die studie en hoe die resultate gebruik sou word, is deeglik met die ouers bespreek (Christians, 2005; Creswell, 2005; De Villiers, 2006).

Verskeie etiese aspekte is volgens riglyne in die literatuur in ag geneem (Christians, 2005; Creswell, 2005; De Villiers, 2006), onder andere dat die terapeutiese proses afgehandel moes wees voordat die navorsingsproses begin; en dat gedurende die terapeutiese proses streng vertroulikheid gehandhaaf word en die ouers die nodige toestemming gee vir observasie van J by die kleuterskool en gesprekvoering met sy onderwysers. Die ouers het ook toestemming gegee dat J blootgestel mag word aan KGS en SKS, met die wete dat die terapeut op daardie stadium nie literatuurkennis of persoonlike ondervinding van die moontlike uitkomst van die behandeling van 'n kind met AS deur middel van nie-direktiewe speltegnieke gehad het nie en dus geen waarborge kon gee dat KGS en SKS tot terapeutiese groei en ontwikkeling sou lei nie. Die ouers was egter vertrouwd met die kwalifikasies en etiese verpligtinge van die terapeut, asook haar ondervinding met KGS en SKS met talle ander kinders. Die ouers het toestemming verleen dat die sessies met J op video geneem kon word en dat foto's van die sandbakke geneem kon word.

Na afloop van die terapeutiese proses is die ouers ingelig oor die moontlike waarde wat die analisering en beskrywing van J se terapeutiese proses en -groei kon inhou vir die sielkunde, asook vir nie-direktiewe speelterapieprosesse van ander kinders met AS. Daar is aan die ouers verduidelik wat die neerskryf van 'n enkelgevalstudie behels en hulle het toestemming daartoe verleen met die wete dat hulle enige tyd uit die navorsingsproses kon onttrek en kon eis dat dit gestaak word. Die ouers het toestemming verleen dat alle roudata wat in die terapieproses bekom is vir die navorsingstudie gebruik kon word. Op die ouers se aandrang en om J se identiteit te beskerm, bly die video's (wat verwerk is na 'n digitale videoskyf) in die besit van die navorser en die studieleier van die Noordwes-Universiteit (M. Greeff, persoonlike kommunikasie, September 3, 2010; Poodhun, 2000), vanwaar dit beskikbaar gemaak kan word vir bevestiging of uitklaring van die navorsingsbevindings.

Die identiteite van die gesin word verder beskerm deurdat hulle werklike name, die verskeie dorpe waar hulle gewoon het, J se kleuterskool en die werklike gesinsgrootte nie bekend gemaak is nie. Die gesin het geen finansiële- of ander voordeel, behalwe die terapeutiese uitkomst wat J bereik het, uit die navorsing geput nie (Christians, 2005). Niemand in die gesin is deur die navorsing benadeel of beseer nie.

Vervolgens word die metode van data-insameling verduidelik.

4.6. METODE VAN DATA-INSAMELING

Na afhandeling van die terapeutiese proses het die navorser oor die volgende databronne beskik: onderhoude met ouers en onderwysers; aantekeninge oor waarnemings by die skool en tydens terapie; digitale videoskywe van J se KGS-sessies; foto's van sommige van J se SKS-sessies en prosesnotas van die terapeut. Hierdie kwalitatiewe studie is geloofwaardig gemaak deur hierdie verskillende metodes van data-insameling met mekaar te kombineer (Creswell, 1998; Henning, 2005; Hoepfl, 1997; Poodhun, 2000; Tellis, 1997).

4.6.1. Onderhoude

Met die aanvang van terapie is 'n volledige kliniese onderhoud van ongeveer 90 minute lank met mev X gevoer. 'n Ongestruktureerde onderhoud is ook met J se onderwysers by die skool gevoer. Ouers en onderwysers is uitgevra oor J se tipiese gedrag, gedragsprobleme wat hy getoon het en ander bekommernisse wat hulle oor J gehad het, asook behoeftes waarop gefokus moes word (sien onderhoude: sessie 1, blok 1 tot 56 en sessie 2, blok 57 tot 101). Daarna is bykans na afloop van elke terapisessie terugvoeronderhoude met J se moeder gehou waartydens eksplorerende- en oop vraagstelling gebruik is om meer van die gesin se probleme, ervarings, ander belewenisse en behoeftes ten opsigte van J te wete te kom en ook om 'n vertrouensverhouding en rapport met mev X te bewerkstellig (Poodhun, 2000; Tellis, 1997). Hierdie terugvoeronderhoude is nooit in die teenwoordigheid van J

gehou nie om te voorkom dat terugvoer van sy moeder sy terapeutiese proses in die speelkamers beïnvloed.

Volgens Poodhun (2000) was die aanmeldingsonderhoud reeds die eerste databron vir die gevallestudie, aangesien die aanmeldingsprobleem belangrike inligting met betrekking tot die agtergrondgeskiedenis en ander kontekstuele inligting van die problematiek van J, as seun met AS, verskaf het. Hiermee saam is die nie-verbale kommunikasie en gedrag van mev X deurlopend waargeneem en het dit waardevolle aanduidings van onuitgesproke bekommernisse en moontlike terreine van konflik uitgewys.

4.6.2. Nie-direktiewe spelsessies (KGS en SKS)

Daar is tydens die eerste onderhoud ooreengekom dat J een nie-direktiewe spelsessie (KGS of SKS) van 'n halfuur per week sou bywoon. Om die spelterapieproses vir J in die regte konteks te plaas, is die volgende ooreenkomstig die riglyne van R. Seedat (persoonlike kommunikasie, Julie 24-25, 2000) aan J meegedeel: *“Sometimes things happen that cause children to feel scared or angry. Then they come visit Dinelle and play in the playrooms and it helps them to feel better again”*. Die emosies van vrees en woede is spesifiek genoem na aanleiding van die aanmeldingsprobleem wat deur ouers en onderwysers meegedeel is. Om die terapeut se rol vir J in konteks te plaas, is die volgende aan hom meegedeel: *“I am not a teacher who will teach you things and I am not a doctor who gives shots or medicine. Here we play in many of the ways you would like to play in the playrooms”*.

In 'n poging om uit-reagerende gedrag by J te voorkom, en 'n gevoel van beheer aan hom te gee is hy toegelaat om self te kon kies of hy 'n betrokke sessie in die KGS- of SKS-kamer wou deurbring. Literatuur beveel aan dat kinders met AS 'n sin vir beheer gegee word deur van keuses gebruik te maak (Attwood, 2006; Moxon, 2006; Murray & Lesser, 2006; Volkmar & Klin, 2000). J het in sessie 7 aangedui dat hy sy moeder, mev X saam in die speelkamer wou hê en dit was toegelaat in 'n poging om die ouer-kindverhouding te help

verbeter. Mev X is aan 'n aangepaste Filialspelprogram blootgestel. Om kontinuïteit te behou, is J nie toegelaat om beide speelkamers in dieselfde terapiesessie te gebruik of om speelgoed tussen die speelkamers uit te ruil nie. Laastens is daar streng by die nie-direktiewe prosesse van KGS en SKS gehou sonder dat enige ander sessies of direktiewe insette gegee is.

4.6.3. Observasies van die terapeut

Observasie is een van die belangrikste metodes waardeur data ingesamel kan word. Volgens Poodhun (2000, p. 46) word tydens 'n observasie gefokus op die kind se *“...appearance, separation from his/her parent/s, adjustment to the therapeutic sessions, degree of cooperation, effort, attention, attitude towards therapy and his/her abilities are observed; ...speech and pitch of voice, level of vocabulary and ability to express himself/herself, spontaneity and initiative, general mood and sociability, evidence of anxiety, and the ability to shift from one activity to the next; ...mother-child interaction”*. Gedurende die terapieproses het die terapeut rekord gehou van haar observasies van J binne en buite die speelkamers asook by die kleuterskool. Hierdie waarnemings wat as prosesnotas aangeteken is, is deur die navorser as databron in die studie gebruik.

4.6.4. Die terapeut se prosesnotas

Tydens die terapieproses is volledige prosesnotas volgens die normale werkswyse in 'n kliniese praktyk gehou. Alle inligting bekom uit onderhoude met ouers en onderwysers is noukeurig deur die terapeut aangeteken sodat J se terapeutiese groei daardeur gemonitor kon word en dit kon dien as rekord van sy terapieproses. In hierdie prosesnotas is ook die terapeut se waarnemings van J tydens 'n skoolbesoek, asook van sy optrede binne en buite die speelkamers genotuleer.

Tabel 4.1 (a tot c). gee 'n voorstelling van die verloop van J se terapieproses en bied 'n aanduiding van wanneer die terapeut onderhoude gevoer en observasies gemaak het;

wanneer J KGS of SKS verkies het; en wanneer J se moeder sy spelsessies bygewoon het en die aangepaste Filialspelprogram begin deurloop het (sien 5.3. voetnota). Die tabel dui ook die drie fases van terapeutiese groei wat J gedemonstreer het, aan en wat in hoofstuk 5 bespreek word (sien 5.6.).

Tabel 4.1(a). Verloop van die terapieproses: Fase 1 (Sessie 1 tot 6)

SESSIE NR	ONDERHOUD	OBSERVASIE	KGS-SPEL	SKS-SPEL	FILIAL GEBASSEERDE OPLEIDING	AFDELINGS (Tabelkleur dui hoofteema aan oor verloop van sessies)
1	Mev X					FASE 1 J fokus op homself (sessie 1 tot 6)
2	Onderwyser / Mev X	Kleuterskool				
Ter toeligting:				J in SKS (nie opgeteken)		
3		KGS sessie	J in KGS Dvd 1 1Josh1			
Ter toeligting:	J kan weekliks kies tussen die KGS- en SKSkamer					
4	Mev X	KGS sessie	J kies KGS Dvd 1 2Josh2			
5	Mev X	KGS sessie	J kies KGS Dvd 1 3Josh3			
6	Mev X	SKS sessie		J kies SKS		

Tabel 4.1(b). Verloop van die terapieproses: Fase 2 (Sessie 7 tot 11)

SESSIE NR	ONDERHOUD	OBSERVASIE	KGS-SPEL	SKS-SPEL	FILIAL GEBASSEERDE OPLEIDING	AFDELINGS (Tabelkleur dui hoofteema aan oor verloop van sessies)
7		SKS sessie		J kies SKS	Mev X woon die sessie by	FASE 2: J fokus op die ouer-kindverhouding (sessie 7 tot 11)
8	Mev X	KGS sessie	J kies KGS Dvd 2 1Josh4		Mev X woon die sessie by. Sy deurloop die aangepaste Filialspeltherapie program	
9	Mev X	KGS sessie	J kies KGS Dvd 2 2Josh5		Mev X woon die sessie by. Sy deurloop die aangepaste Filialspeltherapie program	
10		KGS sessie	J kies KGS (Nie op dvd)		Mev X woon die sessie by. Sy deurloop die aangepaste Filialspeltherapie program	
11	Mev X	KGS sessie	J kies KGS Dvd 2 3video 2Josh5		Mev X en J alleen in die KGSsessie: Filialgebaseer	

Tabel 4.1(c). Verloop van die terapieproses: Fase 3 (Sessie 12 tot 19)						
SESSIE NR	ONDERHOUD	OBSERVASIE	KGS-SPEL	SKS-SPEL	FILIAL GEBASSEERDE OPLEIDING	AFDELINGS (Tabelkleur dui hoofteema aan oor verloop van sessies)
12		SKS sessie		J kies SKS	Mev X woon die sessie by. Sy deurloop die aangepaste Filialspeltherapie program	FASE 3: J fokus op sosiale verhoudings met familie, maats en vreemdelinge (sessie 12 tot 19)
13		SKS sessie		J kies SKS	Mev X woon die sessie by. Sy deurloop die aangepaste Filialspeltherapie program	
14	Mev X	KGS sessie	J kies KGS dvd 3 1Josh8		Mev X en J alleen in die KGS sessie: Filialgebaseer	
15	Mev X	KGS sessie	J kies KGS Dvd 3 2Josh9		Mev X woon die sessie by. Sy deurloop die aangepaste Filialspeltherapie program	
16		SKS sessie		J kies SKS	J vra mnr X moet die sessie bywoon	
17	Mev X	KGS sessie	J kies KGS Dvd 3 3Josh10		Mev X woon die sessie by. Sy deurloop die aangepaste Filialspeltherapie program	
18		SKS sessie				
19	Mev X					

4.6.5. Video's en foto's van J se spelsessies

Gedurende die spelproses is video's van J se KGS gemaak. Die video-apparaat was so klein soos 'n vuurhoutjiedosie en is hoog teen die KGS-kamer se plafon (buite sig) gemonteer om geen ongemak in die speelkamer te verseker. J is daarom ook nie herkenbaar

op die video's nie. Die klankapparaat was sensitief en selfs fluisteringe kon in die speelkamer gehoor word.

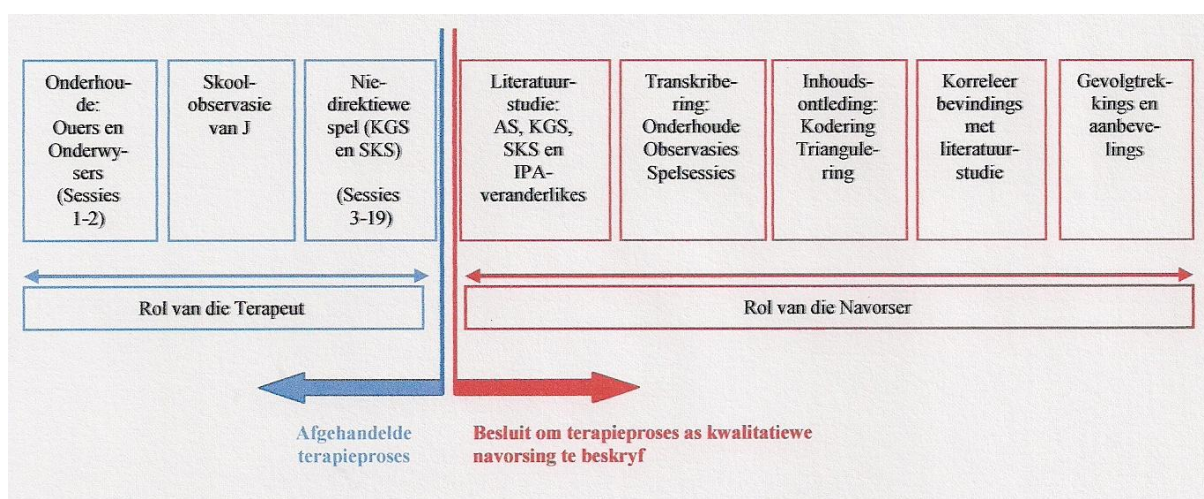
Foto's is van J se sandwêreld geneem. Gedurende die terapieproses het die terapeut soms net die belangrikste aspekte van 'n sandwêreld vir rekorddoeleindes afgeneem eerder as die volledige sandwêreld.

Die proses van data-insameling word vervolgens weergegee.

4.7. DATA-INSAMELINGSPROSES

Daar is van veelvoudige databronne gebruik gemaak soos vermeld is in 4.6.

Figuur 4.2. bied 'n visuele voorstelling van die data-insamelingsproses.



Figuur 4.2.: Die data-insamelingsproses

Volgens Yin (2004) is daar nie 'n vaste resep vir hoe lank data ingesamel moet word voordat 'n gevallestudie ontleed en bespreek kan word nie. In J se terapeutiese proses is 'n totaal van 47 sessies opgeteken en vir die doel van hierdie studie is die eerste 19 sessies gebruik omdat dataversadiging begin voorkom het en omdat die data genoegsaam was om die navorsingsfenomeen in diepte te beskryf.

’n Gesatureerde gevallestudie beteken dat ongestruktureerde onderhoude gebruik is waar die deelnemers herhaalde kere hervra is (M. Greeff, persoonlike kommunikasie, September 3, 2010). In dié geval is J se moeder herhaalde kere tydens terugvoer ondervra en J self is herhaalde kere aan KGS en SKS blootgestel.

Die wyse waarop data-analise plaasgevind het, word vervolgens weergegee.

4.8. DATA-ANALISE

Data wat ingesamel word in kwalitatiewe navorsing behoort ’n beeld te gee van wat die deelnemer gevoel, verstaan en beleef het in sy alledaagse lewe (Denzin & Lincoln, 2005; Merriam, 1998; Ryan & Bernard, 2000). Volgens Tellis (1997) moet daar ’n analitiese strategie wees wat tot geldige gevolgtrekkings kan lei. In hierdie navorsing was die strategie om geanaliseerde databrokke/eenhede te kombineer met die uitdruklike doel om terapeutiese uitkomst wat J bereik het met behulp van KGS en SKS te beskryf (Creswell, 1998; Ryan & Bernard, 2000; Tellis, 1997; Yin, 2004).

Data is georganiseer deur ’n breë raamwerk daar te stel wat patrone of temas in J se response of gedrag geïdentifiseer het. Hierdie was ’n stapsgewyse, maar ook sikliese proses (Cohen, Manion, & Morrison, 2000; De Villiers, 2006; Hoepfl, 1997; Marshall & Rossman, 1989):

Stap 1: Alle roudata is getranskribeer

Stap 2. ’n Geheelbeeld is verkry van alle roudata wat bekom is vanuit onderhoude, observasies en spelsessies deur transkripsies herhaaldelik deur te lees.

Stap 3: Die getranskribeerde terapieproses en J se gedrag daarin is gekodeer waarna kodes in groter temas gegroepeer is. Temas wat herhaaldelik voorgekom het asook unieke temas wat as belangrik beskou is, is geïdentifiseer.

Stap 4: Hierna is die temas weer deurgelees en kategorieë van terapeutiese uitkomst wat binne die konteks van die IPA-veranderlikes voorgekom het, is geïdentifiseer.

Stap 5: Hierdie kategorieë van terapeutiese uitkomst is daarna deur middel van triangulering geëvalueer en na bevestiging aanvaar. Dit het verseker dat die data vanuit verskillende hoeke bestudeer is en betekenis daaraan gegee kon word (Atkins & Sampson, 2002; De Villiers, 2006; Guion, 2002; Tellis, 1997; Yin, 2004).

Stap 6: Terapeutiese uitkomst wat deur triangulering vanuit onderhoude, observasies en spelsessies bekom is, is as bevindings weergegee (Yin, 2004).

Die IPA-veranderlikes en die navorsingsvrae is as riglyne gebruik om die data te analiseer (Creswell, 2005; Nieuwenhuis, 2007c). Konsensusgesprekke met twee ander sielkundiges wat onafhanklik die data geanaliseer het, verseker tussen-kodeerder-betroubaarheid. Teenstrydighede wat waargeneem is, word uitgeklaar om so die geloofwaardigheid van die studie te verhoog (De Villiers, 2006; Guion, 2002).

Hoe die navorsing se vertrouenswaardigheid verseker is om nougesette kwalitatiewe navorsing daar te stel, word nou bespreek.

4.9. NOUGESETTE KWALITATIEWE NAVORSING ('RIGOUR')

Vir kwalitatiewe navorsing om vertrouenswaardig te wees moet genoeg detail verskaf word om die gevolgtrekkings wat gemaak word, te staaf. Die navorser moet krities ingestel bly en verskeie databronne evalueer en integreer ten einde te verseker dat data regverdig en sonder vooroordeel beoordeel is (Charles & Mertler, 2002).

Volgens Poodhun (2000) is kwalitatiewe metodologie gepas vir hierdie studie omdat die wyse waarop kliniese sielkundiges data bekom en analiseer tydens kliniese en terapeutiese onderhoude, dieselfde vaardighede behels as wat vir kwalitatiewe navorsing benodig word. Smith (2005, p. 24) sluit hierby aan met die stelling dat "*Case study research*

draws strength from the authenticity of the therapist position as it allows for greater substance and validity with regards to data collection". Hiervolgens kon die navorser in haar vooraf rol as terapeut deeglike insig en begrip vir J kry en dit het later in haar rol as waarnemer en navorser 'n sterk grondslag geskep waarop die gevallestudienavorsing gebaseer kon word.

4.9.1. Vertrouenswaardigheid

By kwalitatiewe navorsing word verwys na vertrouenswaardigheid, eerder as betroubaarheid of geldigheid (M. Greeff, persoonlike kommunikasie, September 3, 2010). De Villiers (2006), Guion (2002) asook Charles en Mertler (2002), het vereis dat die navorser krities na die data kyk (seker maak sy observeer wat sy dink sy observeer, of hoor wat sy dink sy hoor). In hierdie studie is vertrouenswaardigheid op die volgende wyses verhoog (De Villiers, 2006; McMillan & Shumacher, 2001):

Multimetode-strategieë – Data is vanuit verskillende bronne ingesamel en triangulering of kristallisering is tydens data-analise gebruik.

Verskeie navorsers – Beskrywende data is met twee ander sielkundiges bespreek vir uitklaring.

Meganiese data-insameling – Daar is van video's en foto's gebruik gemaak.

Deelnemeropvolging – Daar is deurlopend deur die spelterapieproses met mev X en J se onderwysers kontak gehou om te verseker dat die navorser response en situasionele optrede van hierdie seun akkuraat begryp het en dit het verseker dat response en gebeure meer akkuraat aangeteken kon word.

Deelnemerterugvoer – Misverstande, onsekerhede en ander konsepte is deurlopend tydens die terapieproses met mev X en J se onderwysers uitgeklaar alvorens die data geïnterpreteer is.

Teenstrydige data – Indien enige negatiewe of teenstrydige data voorgekom het wat verskillende patrone in die data-insameling sou voorstel, is daarvoor verslag gedoen.

Vertrouenswaardigheid van die studie is verder bevorder deur die omvattende terapeutiese verloop (19 van die 47 terapiessessies) wat in die navorsing gebruik is en wat 'n ryk beskrywing van die deelnemer ingesluit het. Daar is ook van triangulering gebruik gemaak om aan data toe te voeg of dit uit te klaar (Denzin & Lincoln, 2005; Merriam, 1998).

Vertrouenswaardigheid behels vier ander aspekte, naamlik eerlikheidswaarde en geloofwaardigheid, oordraagbare toepassingswaarde en erkenning van meervoudige invloede waaraan voldoen moes word (M. Greeff, persoonlike kommunikasie, September 3, 2010):

4.9.1.1. Eerlikheidswaarde

Die eerlikheidswaarde van 'n studie hou verband met vertrouenswaardigheid. Eerlikheidswaarde van hierdie studie is verseker deurdat alle onderhoude, observasies en spelsessies getranskribeer is, asook deur die insluiting van inhoudsanalise en triangulering vir die leser om te kan evalueer (sien Bylaag A tot F op digitale videoskyf en Tabel 5.2.) (Denzin & Lincoln, 2005; Lincoln & Guba, 1985; Merriam, 1998; Mertens, 1998; Potter, 1996). Volgens Smith (2005, p. 23): “...the session notes were assumed sufficient as they were written in service of the therapeutic process rather than the research process and would therefore be free from researcher bias”.

Die omvattende spelgebeure (19 sessies), triangulering en uitklaring van bevindings met ander sielkundiges, het geloofwaardigheid bevorder.

4.9.1.2. Oordraagbare toepassingswaarde ('transferability')

Toepassingswaarde behels die mate waartoe navorsingsbevindings van 'n studie oorgedra en toegepas kan word na ander situasies en kontekste (Merriam, 1998; Mertens, 1998). Bevindings van 'n enkelgevalstudie, asook bevindings wat met 'n kind met AS bereik word, kan nie na ander populasies veralgemeen word nie en die doel was eerder om die

gevallestudie breedvoerig en in diepte te beskryf om sodoende betekenisgewing binne 'n sekere konteks te verseker. Die proses wat met J gevolg is, is breedvoerig weergegee sodat ander navorsers die proses sou kon herhaal (Autism South Africa, 2002a; De Villiers, 2006; Flyvbjerg, 2006; M. Greeff, persoonlike kommunikasie, September 3, 2010; Terre Blanche & Durrheim, 2002; Yin, 2004).

4.9.1.3. Geloofwaardigheid

Geloofwaardigheid verwys na die mate waarin bevestig kan word dat die navorsingsbevindings objektief geïnterpreteer is en deur ander navorsers bevestig kan word. In kwalitatiewe navorsing moet die navorser se vooroordele geminimaliseer word (Lincoln & Guba, 1985) en 'n ketting van bewyse ('chain of evidence') moet beskikbaar gestel word wat die logika kan aandui wat gebruik is om die data te interpreteer (Mertens, 1998, p. 184). In hierdie studie is deurlopend verwys na waar die navorser inligting bekom het (vanuit onderhoude, observasies en spelsessies) en hierdie volledige stelle data is beskikbaar vir die leser (sien bylaag A tot F op digitale videoskyf). Die spelsessies is op videoskyf beskikbaar en het gedien as 'n bewys dat die terapeut wel 'n nie-direktiewe spelterapieproses met die deelnemer gevolg het (die videoskyf is op aanvraag beskikbaar by die navorser of NWU).

Alle data-analiseringsmetodes, kodering, kategorisering en tematisering is afsonderlik deur twee ander sielkundiges nagegaan (M. Greeff, persoonlike kommunikasie, September 3, 2010).

4.9.1.4. Erkenning van meervoudige invloede

Volgens Kazdin (1998) kan 'n navorser nie sondermeer aanvaar dat die navorsingsbevindings uitsluitlik toegeskryf kan word aan die intervensie (in die geval nie-direktiewe spelterapie) wat gebruik is nie. Soos aanbeveel is deur literatuur oor AS het J as deel van die terapeutiese proses ingeskakel by 'n multi-professionele span waarvan 'n arbeids- en spraakterapeut deel uitgemaak het en hierdie studie gee erkenning aan die impak

wat hierdie dissiplines op J se terapeutiese uitkomst gehad het (Autism South Africa, 2002a; Josefi & Ryan, 2004; C. Lombaard, persoonlike kommunikasie, November 18, 2006; Tsatsanis et al., 2004). Hierdie studie maak nie daarop aanspraak dat nie-direktiewe spel terapie uitsluitlik verantwoordelik was vir J se terapeutiese uitkomst nie, maar het ten doel om die terapeutiese uitkomst wat deur hom bereik is, te ondersoek en te beskryf.

4.10. SLOT

In hierdie hoofstuk is die navorsingsdoelwitte beskryf en die navorsingsontwerp en navorsingstrategie wat gebruik is, is weergegee. Die deelnemers is beskryf en die prosedure is uiteengesit, die proses van data-insameling en data-analise is bespreek en aandag is gegee aan hoe die vertrouenswaardigheid van die studie verseker is.

In die volgende hoofstuk word navorsingsbevindings bespreek.

HOOFSTUK 5: NAVORSINGSBEVINDINGS EN BESPREKING

5.1. INLEIDING

In hierdie hoofstuk word die bevindings van hierdie studie weergegee. Aanvanklik word die aanmeldingsprobleem soos aangebied deur die ouers en onderwysers (ondersteun deur skoolwaarnemings van die terapeut*) uiteengesit. Daarna word aandag gegee aan die terapeutiese uitkomst wat J bereik het. Die drie fases waarbinne J terapeutiese uitkomst gedemonstreer het, word kortliks aangetoon en dan word al die terapeutiese uitkomst volledig in 5.4. bespreek om sodoende onnodige herhaling te voorkom. Die rede hiervoor is dat KGS en SKS 'n sikliese proses behels waar die kind herhaaldelik binne dieselfde sessie en oor verskeie sessies oplossings vir dieselfde probleemsituasie kan genereer (R. Seedat, persoonlike kommunikasie, Julie 24-25, 2000). Terapeutiese uitkomst wat J bereik het word as deel van die volgende aspekte weergegee: verbeeldingspel, dramatiese spel, sosiale interaksie (met die terapeut, ouers, familie, onderwysers, portuurgroepverhoudings, vreemdelinge en doktersbesoeke), emosies en uitreagerende gedrag. Daar word gefokus op hoe die terapeutiese uitkomst verband hou met die aanmeldingsprobleem en met verskeie IPA-veranderlikes. Hoewel daar in hierdie hoofstuk kortliks na die rol van ontwikkelingsfasies en -take verwys word, word hierdie aspekte meer volledig in hoofstuk 6 bespreek.

Vervolgens word die aanmeldingsprobleem uiteengesit.

* Die terapeut het J se kleuterskool besoek voordat met terapie begin is. Tydens hierdie besoek is gesprekke met onderwysers gevoer om hulle siening van J se problematiek te verkry. Getrou aan hierdie terapeut se werkwyse is J daarna gedurende klastyd en ook tydens pouse waargeneem en is noukeurige notas van observasies gemaak. Hierdie prosesnotas word ingesluit vir die leser se onthalwe (sien onderhoudsessie 2 blok 57-90 en observasiesessie 2 blok 1-31).

5.2. AANMELDINGSPROBLEEM

Om 'n holistiese beeld van J te skets word die aanmeldingsprobleem hier as vertrekpunt vermeld. Die terapeutiese uitkomst wat hiermee verband gehou het, word gaandeweg in die res van die hoofstuk bespreek. Vanuit onderhoude met mev X en onderwysers, asook gebaseer op die terapeut se klasobservasie van J, is die volgende aspekte van die aanmeldingsprobleem geïdentifiseer (sien onderhoudsessies 1 tot 19 en observasiesessie 2):

Sosiale interaksie met familie, vriende, maats en vreemdelinge

J was 'n vyfjarige kleuter met 'n sterk wil wat verkies het om op sy eie te wees. 'n Pediater het hom kort tevore met AS gediagnoseer. Sy gedragsprobleme was sodanig dat die kleuterskool 'n ultimatum aan die ouers gestel het dat hy geskors sou word indien sy uitreagerende gedrag nie spoedig sou verander nie.

J het dikwels onttrek tussen mense en hy was dan nie gewillig of toeganklik vir interaksie selfs met nabye familielede nie.

In die teenwoordigheid van ander kinders was J geneig om grondwaarts te kyk, sy liggaam toe te vou en in 'n bondeltjie te gaan sit. Hy was stil en het nie teenoor ander kinders gereageer nie, wat hulle ongemaklik gemaak en hul rug op hom laat keer het. Hoewel J so opgetree het, was dit duidelik dat hy wel 'n behoefte aan maats gehad het. Hy kon egter nie op skool spontaan uitreik na maats nie en sy enkele pogings tot kontak was lomp en onbeholpe. Daarom was vriendskappe vir hom problematies en het hy net een dogtertjiemaatjie, M, gehad. Sy het gewoonlik leiding geneem en dan het hy haar inisiatief tydens spel gevolg.

Indien hy wel na heelwat motivering sou saamgaan na 'n openbare plek, soos byvoorbeeld 'n restaurant, sou hy hom onttrek in sy eie ontoeganklike wêreld. Hierdie gedrag het sy moeder tot so 'n mate ontstel dat sy gevoel het of sy hom verloor het en hom nie kon

bereik nie. Sodanige onttrekkingsgedrag het ook in die skool voorgekom en daartoe gelei dat daar op die oog af 'n onoorbrugbare kloof tussen hom en ander kinders ontstaan het.

Vakansietye was problematies vanweë J se gedurige gehuil en uitreagerende gedrag as gevolg van sintuiglike oorstimulasie deur te veel mense in dieselfde motor of vakansiewoonstel. Onder sulke omstandighede kon 'n uitreagerende episode twee tot drie ure duur, gevolg deur nog twee tot drie ure van onttrekking. Vakansietye sou daarom vir die gesin ondraaglik word en 'n opsigtelike agteruitgang in J se gedrag en algemene funksionering meebring. Hierdie regressie kon vir tot ses maande voortduur.

Uitreagerende gedrag

Die primêre aanmeldingsprobleem was J se uitreagerende gedrag wat behels het dat hy sou begin skree, sy ore toedruk of homself begin klap terwyl hy heelyd met homself praat en angstig voorkom. Op skool sou hy weghardloop en op 'n stil plek gaan wegkruip wanneer daar te veel geraas of beweging in die klas was. Die uitreagerende gedrag is as 'n "*tantrum*" of woede-uitbarsting beskryf wat opgevolg is met 'n periode van onttrekking waartydens J in homself gekeer sou wees en moeg en uitgeput sou voorkom. Sodanige uitreagerende gedrag kon vir tot drie ure voortduur waartydens J geensins gekalmeer kon word nie. (Wanneer in hierdie studie na J se uitreagerende gedrag verwys word, verwys dit spesifiek na hierdie gedrag.)

Enige poging om J te probeer kalmeer sou die uitreagerende gedrag vererger. J kon nooit enige aanduiding gee van die rede vir sy uitreagerende gedrag nie, selfs nie as sy moeder hom kalm en sensitief daaroor sou uitvra nie. J sou ook nooit vir hierdie gedrag verskoning vra nie.

Volgens onderwysers en mev X was daar wel verskeie aspekte wat uitreagerende gedrag by J sou ontlok, soos byvoorbeeld die belewing van mislukking, die onvermoë om 'n probleem op te los en as hy verplig sou word om iets teen sy sin te doen. 'n Kompliserende

faktor was dat hy sou weier om hulp te vra of te ontvang en dan ontsteld sou raak as hy nie instruksies kon uitvoer nie. Pogings van mev X om met J in gesprek te tree en misverstande daartydens het ook uitreagerende gedrag ontlok.

Daarbenewens het J nie van fisieke aanraking gehou nie en daarom was sy badroetine 'n sneller vir intense uitreagerende gedrag wat sou eindig in gevegte tussen hom en mev X. Sy uitreagerende gedrag oor die aantrek van winterklere was so oorweldigend, dat mev X dit gestaak het en toe deur onderwysers gekritiseer is omdat J in die winter met somerklere en kaalvoet skooltoe is. Vanweë J se rigiede kosvoorkeure asook sy eiesoortige storieleesroetine net voor ete, was etenstye eweneens 'n bron van uitreagerende gedrag, tuis en op skool.

Die besoek aan onbekende plekke of sosiale byeenkomste het uitreagerende gedrag ontlok. Verjaardagpartytjies het dikwels as gevolg van J se onsekerheid, gebrek aan sosiale vaardighede en veral sensoriese hipersensitiwiteit soveel uitreagerende gedrag by hom ontlok, dat sy moeder hom moes huistoe neem.

Uitreagerende gedrag het tydens doktersondersoeke ontstaan, omdat J nie fisieke aanraking wou toelaat nie. Die toediening van medikasie was ewe problematies.

Selfgeldende gedrag

J was nie selfgeldend tussen kinders nie. Wanneer hy geboelie is, was hy geneig om sy liggaam in 'n bondeltjie te vou sonder om homself te verdedig en sou wag totdat die boelie hom klaar afgeknou het. Sodanige gedrag het tydens familiekuiers en op skool voorgekom. Ander kinders het dikwels negatief teenoor J opgetree, hom beskuldig en geterg.

Oorskakeling na nuwe aktiwiteite

Oorskakeling na nuwe aktiwiteite was problematies en onderwysers moes J lank vooraf waarsku, byvoorbeeld dat hulle sou verander van tekenaktiwiteite na tennis speel buite. Hy sou onttrek en selfs badkamer toe gaan in 'n poging om nuwe aktiwiteite te ontduik.

Ook tuis moes J ongeveer 15 minute vooraf gewaarsku word voordat van hom verwag is om 'n aktiwiteit te verander, anders sou hy met uitreagerende gedrag reageer.

Die toon en hantering van emosie

Misverstande het uitreagerende gedrag ontlok en het ontstaan omdat J oënskynlik nie mense se gedrag kon lees nie. Hy sou, byvoorbeeld, haastigheid as irritasie en rustigheid as hartseer by sy ma interpreteer.

Volgens mev X het J min emosionele uitdrukking getoon en was sy onder die indruk dat hy gevoelens onderdruk. Indien hy wel emosie getoon het, was J se emosionele response en die intensiteit daarvan nie gepas in situasies nie. Hy het oorreageer met woede, frustrasie en angstigheid.

Potensiaal om aanvaarding of verwerping uit te lok

Die vader-kindverhouding is gekenmerk deur on vervulde behoeftes. Mnr X het verwerping beleef as J uitreageer en J se behoefte aan aanvaarding is deur sy eie gedrag gefnuik wat sy pa vervreem het. Gevolglik moes mev X gedurig as mediator tussen pa en seun optree.

Die moeder-kindverhouding is daarenteen gekenmerk deur 'n stryd om mag en beheer. J se reaksie op alledaagse gebeure, byvoorbeeld bad, eet, aantrek, skoolbywoning, doktersbesoeke en sosiale geleenthede was meestal uitreagerend. Mev X se behoefte om J beter te verstaan en sy lewe makliker te maak, was onbevredig en J het nie die vermoë gehad om haar in sy lewe toe te laat en sodoende sy behoefte aan beheer gedeeltelik prys te gee nie.

Op soortgelyke wyse het J die vervulling van sy behoefte om maats te maak ook belemmer. Hy het maats se kommunikasie verkeerd verstaan, sy gesig sou uitdrukkingloos wees en hy het nie altyd oogkontak gemaak nie, wat tot heelwat misverstande gelei het. Hy sou in 'n rigting staar in plaas van om kontak te maak met onderwysers of maats. Hy sou op een toonhoogte gesels en kon nie altyd 'n gesprek volhou nie.

Sterkpunte

J se sterkpunt was dat hy goed was met blokkiekonstruksies waarop hy lank kon konsentreer. Sy konstruksies het meermale die vloeroppervlakte gevul en was indrukwekkend. Hy was lief vir die natuur en het graag oor dinosourusse gesels. J was lief vir stories waarin hy homself sou inleef. (Hy het egter geweier dat die verhaaltjie van Klein Duimpie aan hom voorgelees word en selfs om na die prentjies in die boek te kyk.)

Hierbo is die belangrikste aspekte van die aanmeldingsprobleem bespreek. Vervolgens word drie fases waarbinne J terapeutiese uitkomste gedemonstreer het, kortliks weergegee.

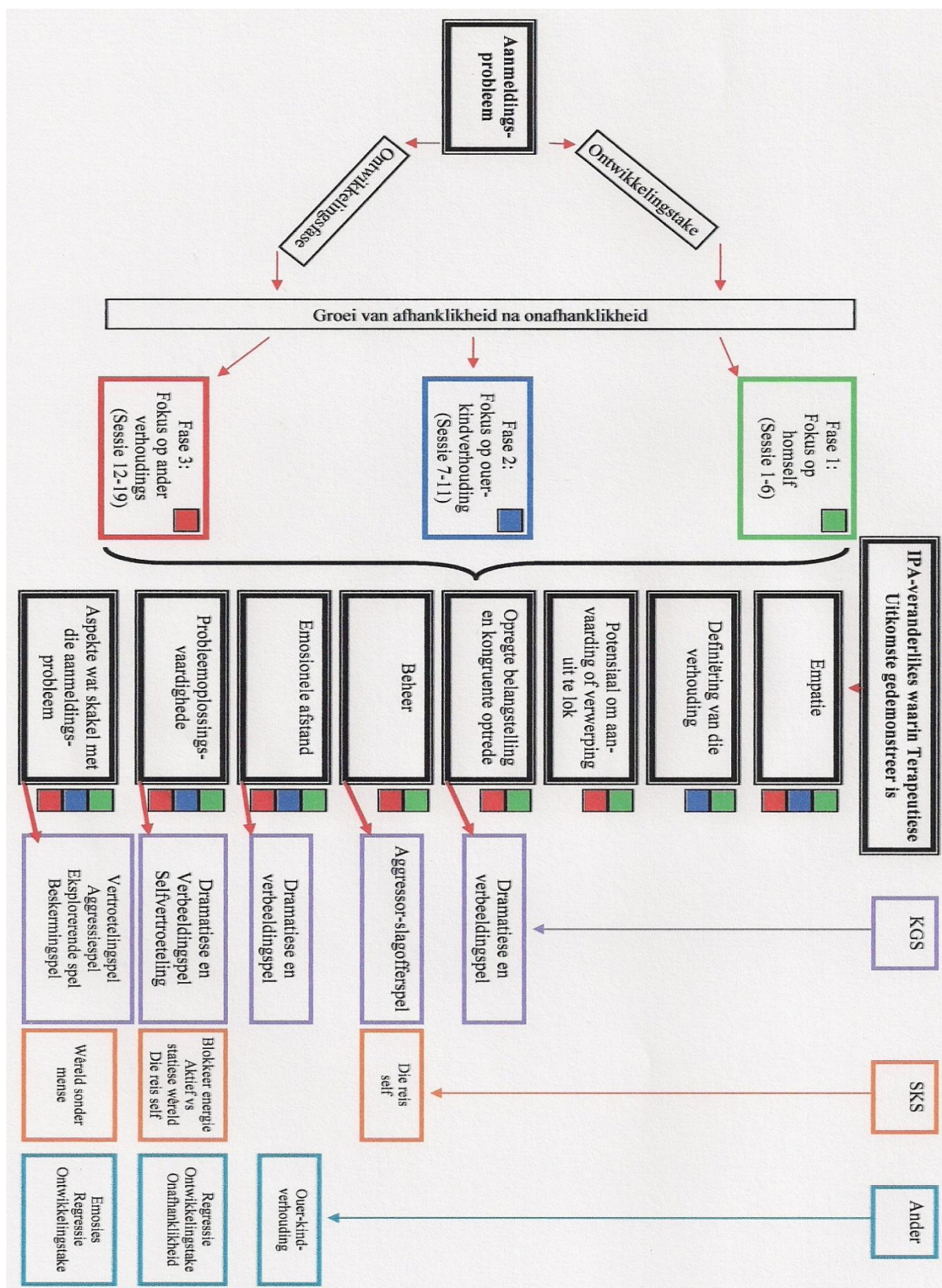
5.3. FASES WAARBINNE TERAPEUTIESE UITKOMSTE BEREIK IS

Volgens die aanduiding van figuur 5.1. hieronder, het J se terapieproses spontaan in hoofsaaklik drie fases verloop, naamlik:

- Fase een: J fokus op homself (sessies 1 tot 6);
- Fase twee: J fokus op sy ouer-kindverhouding (sessies 7 tot 11); en
- Fase drie: J fokus op sy sosiale verhoudings met maats, familielede en vreemdelinge (sessies 12 tot 19).

Hierdie fases word kortliks uiteengesit omdat 'n meer volledige bespreking later volg.

Figuur 5.1. gee 'n visuele voorstelling van hierdie studie se bevindings.



Figuur 5.1. Terapeutiese uitkomstebereik

5.3.1. Die verloop van fase een: J fokus op homself (sessies 1-6)

J het net soos ander kinders van sy ouderdom in die speelkamer eksplorerende spel gebruik om sy eie, asook die rol van die terapeut te bepaal en speelgoed te verken. Hy het deur dramatiese spel aangedui dat hy on vervulde behoeftes het, watter emosies hy beleef het en dat hy homself soms as 'n magtelose slagoffer van sy omgewing en verhoudingskonflik beskou het. Hy kon sy ervaring van sy lewensreis deur middel van nie-direktiewe spel aan die terapeut kommunikeer. Sy spel het aangedui dat hy bewus was van aanvaarbare en onaanvaarbare eienskappe in homself en hoe dit sy verhoudings beïnvloed het. In hierdie fase het J aandag gegee aan aspekte soos selfkonsep, innerlike motivering, selfbeheer, selfvertroeteling en vertroeteling deur ander mense, asook aan die hantering van afhanklikheid, onttrekking, fisieke kontak en bad/slaaptyd. J het terapeutiese uitkomst in agt IPA-veranderlikes bereik, naamlik empatie, definiëring van die verhouding, potensiaal om aanvaarding of verwerping uit te lok, opregte belangstelling en kongruente optrede, beheer, emosionele afstand, probleemoplossing en aspekte wat verband hou met die aanmeldingsprobleem. Hierdie aspekte word breedvoerig in 5.4. bespreek.

5.3.2. Die verloop van fase twee: J fokus op die ouer-kindverhouding (sessies 7-11)

Gedurende fase twee het J primêr aan die ouer-kindverhouding gewerk. Hy het 'n proses gevolg waar hy sy moeder* saamgenooi het speelkamer toe, maar haar dan aanvanklik geïgnoreer het. Hy het geleidelik 'n vertrouensverhouding geskep en interaksie met haar bewerkstellig deur middel van verbale kommunikasie, tekeninge vir haar te maak, storievertelling en uiteindelik alleen saam met haar in die speelkamer te verkeer. In hierdie fase was dit interessant om te sien hoe J aspekte wat met die aanmeldingsprobleem (IPA-veranderlike 17) skakel, deur middel van nie-direktiewe spel aan sy moeder gekommunikeer het. Dit sluit in doktersbesoeke, die deel van emosies en die gebruik van nuutaangeleerde vaardighede soos objekvervanging in verbeeldingspel. Verder het hy aandag gegee aan die

hantering van konflik wat kenmerkend van die ouer-kindverhouding was. Terapeutiese uitkomst in vyf IPA-veranderlikes is bereik, naamlik empatie, definiëring van die verhouding, emosionele afstand, probleemoplossing en aspekte wat verband gehou het met die aanmeldingsprobleem. Hierdie terapeutiese uitkomst word in 5.4. bespreek.

5.3.3. Die verloop van fase drie: J fokus op sy sosiale verhoudings met familieleden, maats en vreemdelinge (sessies 12 tot 19)

In fase 3 het J terapeutiese uitkomst met betrekking tot verhoudings met mense buite gesinsverband gedemonstreer. Hy kon deur nie-direktiewe spel aan die terapeut kommunikeer hoe hy hierdie verhoudings ervaar het en dit was opmerklik dat hy doelbewus gewerk het aan die verbetering van sy sosiale interaksie. Hy het veral gefokus op hantering van verhoudings met die terapeut; familieleden soos sy oom en neef; bekende asook onbekende kinders van sy portuurgroep; en vreemdelinge. In hierdie fase was dit interessant om te sien hoe J spontaan aandag gegee het aan aspekte wat skakel met die

* Anders as wat gewoonlik die gebruik is, het hierdie terapeut toegelaat dat mev X die speelsessies mag bywoon. Die motivering vir hierdie besluit was dat mev X en die terapeut wou voorkom dat J vanweë die nuwe omgewing asook vreemde terapeut, angstig sou raak indien hy gedwing word om alleen saam met die terapeut na die speelkamer te gaan. Nie mev X of die terapeut het kans gesien dat J sy gebruikelike uitreagende gedrag sou wys wat tot 3 ure kon voortduur nie. 'n Verdere motivering was om mev X in speelsessies toe te laat, aangesien J hierdie behoefte in sessie 7 uitgespreek het en dit moontlik sou bydra tot die verbetering van die ouer-kindverhouding. Hierdie besluit het sinvolle voordele vir die studie ingehou (sien 5.9. en hoofstuk 6). Verder is mev X deur middel van ervaringsleer in 'n aangepaste Filialspelprogram (waar slegs syself en die terapeut betrokke was) geleer hoe om basiese beginsels en respondering van nie-direktiewe speltherapie te gebruik. Mev X se ervaringsleer is ingeskerp deurdat die terapeut skielik nie-direktiewe respondering sou verander en direktnief leiding sou neem: “*Sit hierdie kameelperd daar by die boom neer*”; of haarself sou nooi om saam met mev X te speel: “*Kom ons speel eerder hier met die poppe*”; of deur 'n vraag te vra om die terapeut se nuuskierigheid te beantwoord: “*Hoekom sit jy die leeu daar neer?*” Hierdie direktnief kommunikasie sou mev X uit haar fantasiewêreld terugruk na die realiteit, wat tot gevolg sou hê dat sy nie spontaan sou kon voortgaan met haar spel nie. Dit was nodig dat mev X hierdie belewenis ervaar, sodat sy die impak en belangrikheid van haar eie direktnief teenoor nie-direktnief response teenoor J sou besef (sien ook 5.9 en 6.3.1.).

aanmeldingsprobleem (IPA-veranderlike 17) en hoe hy die volgende onder andere hanteer het: vorming van nuwe vriendskappe; toon van belangstelling in ander; hantering van uitreagerende gedrag tydens verjaardagpartytjies, vakansies en openbare geleenthede. J kon ook terapeutiese uitkomst in sewe IPA-veranderlikes bereik, naamlik empatie, potensiaal om aanvaarding of verwerping uit te lok, opregte belangstelling en kongruente optrede, beheer, emosionele afstand, probleemoplossing en aspekte wat as aanmeldingsprobleem aangebied was. Hierdie terapeutiese uitkomst word in 5.4. bespreek.

Tydens fases 1 tot 3 was daar vier IPA-veranderlikes waaraan J deurlopend aandag gegee het, naamlik empatie, emosionele afstand, probleemoplossing en aspekte wat verband gehou het met die aanmeldingsprobleem, soos gesien kan word in figuur 5.1. Bevindings met betrekking tot J se terapeutiese groei tydens die drie fases, het daarop gedui dat hy nie-direktiewe spel (KGS en SKS) effektief kon aanwend om van sy probleme te bemeester. Dit het ooreengekom met literatuur wat aandui dat nie-direktiewe spel veranderinge by kinders mag teweegbring in aspekte van empatie, probleemoplossing, verbetering van sosiale interaksie en sosiale verhoudings, asook dat kinders in staat gestel word om alledaagse problematiek deur middel van spel te hanteer en/of aan die terapeut te kommunikeer (Guerney, 1983a; Harvard Mental Health, 2005; Hutton, 2004; Landreth & Bratton, 2006; Petty, 2002; Ryan & Wilson, 1995; Safran et al., 2003; Tantam, 2000). Vervolgens word terapeutiese uitkomst wat J gedemonstreer het, volledig bespreek.

5.4. TERAPEUTIESE UITKOMSTE BEREIK

In hierdie studie is van triangulering gebruik gemaak en Tabel 5.1(a) en 5.1(b) bied 'n opsommende, visuele voorstelling van J se terapeutiese uitkomst wat in onderhoude gerapporteer en tydens observasies en spelsessies waargeneem is. Terapeutiese uitkomst met betrekking tot IPA-veranderlikes, asook bykomende speltemas word vertoon.

Tabel 5.1(a). Terapeutiese uitkomste volgens onderhoude, observasies en spelsessies, in IPA-veranderlikes.

NO	IPA-VERANDERLIKES	ONDERHOUDE	OBSERVASIES	SPELSESSIES
1	Empatie			
2	Opregte belangstelling en kongruente optrede (skakel met aanmeldingsprobleem IPA)			
3	Onvoorwaardelike aanvaarding en positiewe terugvoer			
4	Konteks			
5	Definiëring van die verhouding met ander mense: Parallel-, komplimentêr-, simmetriese- of magstryd verhouding			
6	Beheer: slagoffer of in beheer			
7	Emosionele afstand			
8	Helderheid van self-uitdrukking			
9	Potensiaal om aanvaarding of verwerping uit te lok			
10	Bevestiging deur erkenning en goedkeuring			
11	Effektiewe bekendmaking van behoeftes			
12	Benadering tot die omgewing: Liniêr of sirkulêr			
13	Rigiditeit versus buigsaamheid			
14	Metakommunikasie			
15	Probleemoplossing (skakel met aanmeldingsprobleem IPA)			
16	Trauma			
17	Skakel met die aanmeldingsprobleem Doktersondersoek Emosies Etenstye Badstye Fisiese aanraking Sosiale interaksie Oorskakeling na nuwe aktiwiteite Ouer-kindverhouding Emosionele afstand (IPA) Opregte belangstelling en kongruente optrede (IPA) Probleemoplossing (IPA)			

Tabel 5.1(b). Terapeutiese uitkomste volgens onderhoude, observasies en spelsessies, in ander speltemas.

NO	IPA-VERANDERLIKES	ONDERHOUE	OBSERVASIES	SPELSESSIES
	(Kleinskrif in hakkies dui aan met watter IPA-veranderlike die tema verband hou)			
	Lesse geleer			
	Emosies (skakel met aanmeldingsprobleem IPA)			
	Ouer-kindverhouding (emosionele afstand IPA)			
	Dramatiese spel (verbeelding) en (You can pretend) (probleemoplossing IPA) (emosionele afstand IPA) (opreëte belangstelling en kongruente optrede IPA)			
	Afhanklikheid (probleemoplossing IPA)			
	Aktiewe teenoor statiese wêreld (Probleemoplossing IPA)			
	Sensoriese integrasieversteuring			
	Vertroetelingspel (skakel met aanmeldingsprobleem IPA)			
	Wêreld sonder mense (skakel met aanmeldingsprobleem IPA) Sosiale interaksie			
	Aggressor-slagofferspel (Beheer IPA)			
	Aggressie: goeie versus slegte karakters)KGS) (skakel met aanmeldingsprobleem IPA)			
	Aggressie: doodspel (KGS) (skakel met aanmeldingsprobleem IPA)			
	Die reis self (Probleemoplossing IPA)(Beheer IPA)			
	Vind of behou van skatte			
	Maskers			
	Spel binne of buite sandbak			
	Stukkende objekte of karakters			
	Herstelspel (Fixing play) KGS (skakel met aanmeldingsprobleem IPA)			
	Eksplorerende spel (skakel met aanmeldingsprobleem IPA)			
	Blokkering van energie (Probleemoplossing IPA)			
	Self-vertroetelingspel (KGS) (Probleemoplossing IPA) (skakel met aanmeldingsprobleem IPA)			
	Houerspel (KGS) (skakel met aanmeldingsprobleem IPA)			
	Beskermingspel (KGS) (skakel met aanmeldingsprobleem IPA)			
	Regressie (Probleemoplossing IPA) (Afhanklik) (skakel met aanmeldingsprobleem IPA)			
	Bemeestering van ontwikkelingstake Probleemoplossing IPA) (Afhanklik) (skakel met aanmeldingsprobleem IPA)			

Nota:

-  Terapeutiese uitkomst in die betrokke IPA-veranderlike was in in al drie stelle data (onderhoude, observasies en spelsessies) gerapporteer/waargeneem.
-  Terapeutiese uitkomst in die betrokke IPA-veranderlike was slegs in een of twee spesifieke stelle data (onderhoude of observasies of spelsessies) gerapporteer/waargeneem.
-  Terapeutiese uitkomst in die betrokke IPA-veranderlike was nie gerapporteer/waargeneem deur middel van triangulering nie.

Ten einde herhaling te voorkom, is die terapeutiese uitkomst gegroepeer en word dit hieronder onder die volgende hoofopskrifte bespreek: verbeeldingspel; dramatiese spel; sosiale interaksie; emosies en uitreagerende gedrag.

5.4.1. Verbeeldingspel

J was 5 jaar oud en het homself in die pre-operasionele stadium van ontwikkeling bevind. Sy kenmerkende optrede in die speelkamers het ooreengestem met Borenstein (1996) se siening dat simboliese- en verbeeldingspel in dié stadium belangrik is. Volgens Drewes (2001) is kinders geneig om in sodanige rollespel met die vertroetelaar, voorsiener, aggressor of die slagoffer te identifiseer.

Anders as literatuur wat aandui dat sommige kinders met AS nie verbeeldingspel gebruik nie, die gebruik daarvan moeilik vind, of verbeeldingspel nie spontaan en sonder hulp sal kan gebruik nie, het J spontaan en sonder direkte hulp van verbeeldingspel gebruik gemaak. J kon homself spontaan inleef in rolle soos dié van 'n baba, "*a grown man*", 'n prins en 'n winkelier (Attwood, 2006; Blakemore-Brown, 2002; Hull, 2011; Mastrangelo, 2010) (sien spelsessies: sessie 3 blok 24 lyn 148-149 en blok 28 lyn 169-175; sessie 4 blok 51 lyn 32 tot blok 52 lyn 339; sessie 5 blok 83 lyn 596-603; sessie 6 blok 110 lyn 974-979 en sessie 12 blok 208 lyn 38-49). J se verbeeldingspel het ooreengekom met aspekte wat skakel

met die aanmeldingsprobleem (IPA-veranderlike 17), en hy kon hom tot so 'n mate inleef in karakters, dat sy vader dit verstommend gevind het (sien 5.4.3.2.).

Die wyse waarop hy verbeeldingspel gebruik het, het egter aanvanklik deels ooreengestem met die literatuur, naamlik dat 'n kind met AS nie spontaan een objek met 'n ander kan vervang tydens verbeeldingspel nie (Blakemore-Brown, 2002), asook dat kinders met AS nie oor 'n ryk verbeelding beskik nie en 'n onvermoë het om voor te gee (Hewitt, 2005). Nie-direktiewe respondering is verskeie kere gebruik om J bewus te maak van die moontlikheid van objekvervanging, maar hy het aanvanklik nie op hierdie uitnodigings gereageer nie (sien spelsessies: sessie 5 blok 95 lyn 727-730 en blok 98 lyn 765-771; sessie 9 blok 167 lyn 156-162 en blok 173 lyn 266-277).

'n Terapeutiese uitkoms is in spelsessie 11 bereik, toe J spontaan begin waag en van objekvervanging gebruik gemaak het deur die ambulans in 'n “*cop-car*” en die tikmasjien in 'n kamera te verander. Hy kon byvoorbeeld ook die kantoorstoel as 'n hok gebruik waaruit slange nie kon ontsnap nie (sien foto's 5.1. en 5.2. hieronder). Die feit dat J die gebruik van objekvervanging kognitief oorweeg het, is bevestig deurdat hy die nuwe vaardigheid ook aan mev X wou leer: “*Cool Mom... I want this (tikmasjien) to be a camera. Pretend, okay? Just pretend, okay Mom? Pretend...*” (Dvd 2 3video 2J6 tydgleuf 03:03:25, tydgleuf 03:11:05 tot 03:18:30 ; sien spelsessies: sessie 6 blok 115 lyn 1052-1054; sessie 11 blok 177 lyn 49-54, blok 181 lyn 95-101, blok 196 lyn 389-394, blok 197 lyn 404-408 en sessie 17 blok 293 lyn 178-184). Foto's 5.1. en 5.2. hieronder verskaf 'n visuele voorstelling van J se gebruik van verbeeldingspel.



Foto 5.1. Verbeelding: Die stoele wat dien as 'n hok waaruit slange nie kan ontsnap nie



Foto 5.2. Verbeelding: Ambulans wat verander het in 'n "cop car"

J se optrede soos hierbo beskryf, kan impliseer dat hy aanvanklik nie die ontdekking gemaak het dat een objek simbolies gebruik kan word om 'n ander te vervang nie, maar dat hy oor die vermoë beskik het om die vaardigheid aan te leer. Dit herinner aan kindergedrag in die pre-operasionele stadium waar kinders nie altyd spontaan aan alternatiewe gedrag dink

nie en van alternatiewe bewus gemaak moet word. J se hantering van verbeeldingspel herinner ook aan Mittedorf et al. (2001, pp. 259-260) se siening dat: “...*children with autism are capable of comprehending play acts and predicting the outcomes of pretend transformations*”. J se bemeestering van verbeeldingspel het ooreengestem met bevindings van navorsers wat nie-direktiewe terapie (KGS en SKS) met kinders op die spektrum van outisme gebruik het (Hull, 2011; Josefi & Ryan, 2004; Lu et al., 2010; Osborne, 2003). Literatuur wat “*Floor Time*” as nie-direktiewe spelterapie met kinders met AS gebruik, moedig die gebruik van bewusmaking by hierdie kinders aan (Bron: Autistic Spectrum Disorders: Fact Sheet: 2011: Electronic version <http://www.autism-help.org/intervention-floor-time-dir2.htm>).

Hierby moet ook onthou word dat, volgens literatuur, ’n kind met AS oor gevorderde kognitiewe vermoëns kan beskik wat die aanleer van sekere nuwe vaardighede waarin hulle belangstel kan bespoedig, terwyl die betrokke kind steeds merkbare tekorte in ander kognitiewe ontwikkelingsareas kan toon (Portway & Johnson 2003).

Dit was verder merkwaardig dat, soos uit die res van hierdie hoofstuk sal blyk, die speelgoed en miniatuurfiguurtjies wat J in KGS en SKS gebruik het, simbolies aanduidend was van psigologiese dinamiek wat op daardie gegewe oomblik in homself teenwoordig was. Daarbenewens kon hy simboliek en verbeeldingspel as probleemoplossingsgereedskap gebruik, wat impliseer dat J die nie-direktiewe en simboliese prosesse van KGS en SKS effektief kon gebruik in die bemeestering van aspekte van sy leefwêreld (Amman, 1991; Attwood, 2006; Blakemore-Brown, 2002; Carey, 1994; Homeyer & Sweeney, 1998; Vinturella & James, 1987).

Laastens was dit opvallend dat J, ’n kind met AS, die gebruik van metafore bo direkte kommunikasie met die terapeut verkies het. Dit het moontlik aan hom veilige afstand gebied, maar terselfdertyd het hy deur dramatiese spel intiem gekommunikeer. Volgens Miller en

Boe (1990) verteenwoordig kommunikasie deur metafore van die mees intieme psigologiese kontak tussen mense. J se spelgedrag het verband gehou met die IPA-veranderlike 7, deurdat hy die emosionele afstand tussen hom en die terapeut met behulp van dramatiese spel verklein het en dit later ook met sy moeder gedoen het.

Vervolgens word terapeutiese uitkomst wat J deur die gebruik van dramatiese spel bereik het, bespreek.

5.4.2. Dramatiese spel

Rigiede stereotipiese spel

Volgens Lemmer (2009) neig kinders met AS om op onbelangrike dinge in hul omgewing te fokus. Hulle kan nie 'n sinvolle begrip van die geheel vorm en ooreed word om herhalende aktiwiteite te verander nie. Daarbenewens beskryf Lemmer hul spel as kompleks, maar ook as rigied en stereotipies. J se gebruik van spontane dramatiese spel tydens nie-direktiewe spel (KGS en SKS), het egter van hierdie patroon afgewyk. Sy gedrag het eerder ooreengekom met Hull (2011) en Winter (2003), wat gerapporteer het dat sommige kinders met AS wel kreatiewe- en fantasiespel, asook probleemoplossingsvaardighede tydens spel kan gebruik. Dit het geblyk dat J deur middel van nie-direktiewe spel kon eksploreer, eksperimenteer en uiteindelik kon orde skep op 'n manier wat aan hom oplossings en persoonlike beheer oor sy lewe besorg het (Landreth, 1991) en wat aanduidend van probleemoplossingsvaardighede is (IPA-veranderlike 15).

Probleemoplossingsvaardighede

Die vind en gebruik van nuwe probleemoplossingsvaardighede kan moontlik toegeskryf word aan die feit dat kinders fantasie- en dramatiese spel gebruik om outonome optrede te bemeester, asook dat hulle dit geniet om self verskillende probleemoplossings te ontdek. Drewes (2001, p. 303) het in dié opsig gesê: *“Children are able to use dramatic play to test out many fearful fantasies under the safe guise of play. They can take distance from*

their frightening fantasies and feel more in control through attempted mastery in staged dramas, both written plays and dramatic play". J het byvoorbeeld in ooreenstemming met die literatuur tydens die aanvang van terapie (net soos ander neuro-tipiese kinders van sy ouderdom), gebruik gemaak van eksplorerende spel om die speelkamers te ondersoek en vas te stel watter speelgoed daar was, wat hy daarmee mag gedoen het en wat die rol van die terapeut sou wees (Norton & Norton, 2002).

Op eiesoortige wyse het J dieselfde sinsnede herhaaldelik gebruik wanneer hy nuwe speelgoed ondersoek het of wanneer hy oënskynlik onseker was, naamlik: *"You know what?"* Hy het aktiwiteite gekies waarmee hy bekend was en wat ooreengestem het met sy sterkpunte, soos deur van konstruksies gebruik te maak en byvoorbeeld 'n vliegtuig met blokkies te bou (sien dvd 1 1J1 tydgleuf 10:00:30 tot 10:05:49; observasiesessie 11 blok 103 lyn 36-50; spelsessie 3 blok 11 lyn 48 tot blok 12 lyn 64, blok 14 lyn 78 tot blok 16 lyn 105). Wat meer is het J, in ooreenstemming met literatuur oor KGS en SKS, verskeie sessies gebruik om deur middel van spontane dramatiese spel sy innerlike dinamika, beleweniswêreld en pogings om alledaagse probleme op te los aan die terapeut gekommunikeer. (Adams, 1982; Carey, 1994; Ginott, 1982; Hull, 2011; Hunter, 1998; Josefi & Ryan, 2004; Landreth & Bratton, 2006; Ryan & Wilson, 2000; Vinturella & James, 1987). Nie-direktiewe spel (KGS en SKS) met J het herinner aan Drewes (2001, p. 305) se uitspraak: *"...play can be a window to children's emotional lives..."*.

Soos reeds genoem, het J se terapeutiese uitkomst op die bemeestering van probleemoplossingsvaardighede (IPA-veranderlike 15) gedui, deurdat hy gedurende spontane dramatiese spel ambivalente gevoelens van afhanklikheid en/of onafhanklikheid hanteer het. Sy dramatiese spelkarakters het behoeftes begin raaksien, hulp gevra, aangebied en ontvang. Oplossings is uiteindelik tot so 'n mate gevind, dat hy beskryf het hoe beseerde karakters hulp ontvang, genees is, positiewe emosies beleef en produktief geword het (sien

onderhouds sessie 17 blok 123 lyn 21-31; spelsessies: sessie 4 blok 52 lyn 328-334; sessie 5 blok 89 lyn 657-672; sessie 6 blok 110 lyn 974-977, blok 115 lyn 1043-1059 en sessie 13 blok 215 lyn 46-58). In J se daaglikse lewe het hy minder regressie getoon. Die nie-direktiewe proses van KGS en SKS en die wyse waarop hy dramatiese spel aangewend het, het moontlik aan J die geleentheid gebied om in ooreenstemming met AS-literatuur sy eie unieke benadering tot probleemoplossing te vind, aangesien hierdie kinders verkies om hulle eie probleemoplossingsmetodes te ontwerp en te gebruik (Winter 2003).

Ontwikkelingstake

In ooreenstemming met literatuur, het J probleme met sekere ontwikkelingstake ervaar (Mash & Wolfe, 2005; Murray, 2006; Volkmar & Klin, 2000). Sy gebruik van spontane dramatiese spel het verband gehou met die IPA-veranderlike 17: Aspekte wat skakel met die aanmeldingsprobleem, toe hy byvoorbeeld die hantering van etenstye ondersoek het. Dit was interessant dat hy in KGS geregresseer het tot die rol van “*the baby*” wat na sy fopspeen, bababottel en sy ma soek. Hy het byvoorbeeld die bababottel met water geneem en gesê, “*the baby was stupid cause it had two bottles*”; terwyl hy plat op die mat sit het hy die water in die bababottel gedrink; “*Then he wants his dummy*”, het hy gesê, die fopspeen in sy mond gesit en oor die vloer gekruip.

Later het J in die rol van die baba aangedui dat hy besef dat voedselinname groei bevorder, toe hy in sessie 4 opgemerk het: “*...Then he eated something. It can make him big...*” (sien spelsessie 4 blok 52 lyn 328-334). In sessie 5 het hy meer onafhanklike optrede getoon toe hy in die rol van die baba kon opstaan en gesê het: “*Then he growed...Ahh! Now I can reach anything...*” (J het na die speelgoedrak gekyk met sy hande in sy broeksak). “*...He growed... uhmm he wanted something...*” Hy het lank staan en kyk en gesê: “*He looked what he wanted. ...a sandwich... and a piece of cake!*” Hy het babageluide gemaak, terwyl hy afsak en op die vloer gaan sit en gesê het: “*Hmm, I don’t want my baby plate, I want a big plate*”.

Hy het 'n groot mes van die rak afgehaal en gesê: “*He had a big knife...*” en het sy kos daarmee gesny en gewys hoe hy dit eet. Tydens hierdie dramatiese spel kon J ook sy behoeftes ten opsigte van voedsel verwoord toe hy verwys het na verskeie voedselsoorte waarvan hy hou: “*Pizza, ...potato... whipped omelet... chicken... fish...*” Dit het herinner aan mev X se beskrywing van J se kos voor- en afkeure (sien dvd 1 2J2 tydgleuf 02:18:52 tot 02:23:20; dvd 1 3J3 tydgleuf 03:07:05 en dvd 3 3J10 tydgleuf 03:11:56 tot 03:15:56; onderhoude: sessie 1 blok 36 lyn 126-132; sessie 2 blok 93 lyn 383, blok 65 lyn 276-277; spelsessies: sessie 4 blok 61 lyn 389-391, blok 67 lyn 427-440, blok 70 lyn 462-747, blok 72 lyn 481-491; sessie 5 blok 89 lyn 657-672 en sessie 17 blok 293 lyn 175-178).

Die verbetering van J se selfhelpvaardighede ten opsigte van voeding is moontlik deur die KGS-terapeut se geloof in J se innerlike potensiaal, kreatiwiteit en vermoë om binne die grense van sy ontwikkelingsstadium self oplossings vir sy probleme met selfhelpvaardighede te vind, gefasiliteer. Hierdie oortuiging is deurlopend deur middel van aktiewe respondering aan J gekommunikeer (Landreth, 1991; Landreth & Bratton, 2006). J se bovermelde, spelende verwerking en singewing aan sy afhanklikheid asook probleme met voeding, kan moontlik toegeskryf word aan die feit dat kinders van nature neig om alledaagse ervarings en problematiek deur middel van ervaringsleer en speel te hanteer en te bemeester (Guerney, 1983a; Hutton, 2004; Landreth & Bratton, 2006; Naylor, 2005; Petty, 2002; Poodhun, 2000; Rennie, 1998; Ryan & Wilson, 2000). In J se geval het dit geblyk dat nie-direktiewe spel (KGS en SKS) aan hom 'n unieke wyse gebied het om problematiek te hanteer wat nie andersins deur middel van direkte aanmoediging, kommunikasie en/of vraagstelling bereik kon word nie (Berney, 2006; Geils & Knoetze, 2008; Murray & Lesser, 2006).

Kommunikeer van sy lewensreis

J het deur middel van spontane dramatiese spel nie net sy vrees en onsekerheid in verhoudings gekommunikeer nie, maar het ook probleemoplossingsvaardighede vermag om

'n gevoel van veiligheid en beskerming te skep. Hy het tydens verskeie sessies, in ooreenstemming met literatuur, spontaan sy ervaring van sy lewensreis deur middel van dramatiese spel voorgestel (Amatruda & Simpson, 1997; Bradway & McCoard, 1997). In sessie 12 het hy byvoorbeeld 'n treinspoor en treinstasie "*with beautiful trees*" gebou, wat hy beskryf het as: "*It's a beautiful place to be*". Die probleem wat hy geskets het, was dié van 'n sneltrein wat bang passasiers moes vervoer. Die oplossing wat hy gevind het, was in die vorm van 'n prins wat 'n tier se hulp gevra het om die passasiers teen vreesaanjaende slange en seerowers te beskerm.

Sy selfvertroue het oënskynlik toegeneem en in sessie 13 het hy na 'n groot, wit ruimteskip verwys waarmee hy in die speelkamer rondgevlieg en gaan kuier het by Gouelokkies, as: "*Here is a space shuttle, they are flying off to a new world*". Gedurende hierdie reis is J se sandwêrelde deur aktiwiteit gekenmerk waar voertuie rondgery en ruimtetuie gevlieg het. Hy het egter soms beleef dat hindernisse sy energie blokkeer, soos die trein wat nie verder kon ry nie (sien foto 5.4.). Hierdie hindernisse het hy aktief uit die weg geruim deur van probleemoplossing gebruik te maak, soos in foto's 5.3. tot 5.5. gesien kan word. Tog het sy spontane dramatiese spel aangedui dat hy sy lewensreis ook ervaar het as een van groei en beweging, eerder as stagnasie (hy het aktiewe wêrelde waar trekkers begin ploeg en vliegtuie gevlieg het, gebruik) (Bradway & McCoard, 1997; L. B. Hunter, persoonlike kommunikasie, Februarie 27-28 tot Maart 1, 2003) (sien foto's 5.3. tot 5.6.; spelsessies: sessie 5 blok 102 lyn 842-858; sessie 6 blok 110 lyn 974-979; sessie 12 blok 205 lyn 17-22, blok 207 lyn 31 tot blok 209 lyn 55; sessie 13 blok 211 lyn 15 tot blok 212 lyn 28; observasiesessie 18 blok 158 lyn 107-127; onderhoude: sessie 1 blok 9 lyn 54-69a en sessie 2 blok 77 lyn 318-324).



Foto 5.3. Die reis: Gekenmerk deur vooruitgang met produktiewe trekkers by die sneltrein; hindernisse soos vrees deur slange voorgestel en probleemoplossing getoon met die tier wat die prins gehelp het



Foto 5.4. Die reis: Ruimtetuig en sneltrein met hindernis op die treinspoor. J het hier die konstruksie met vlae opgerig om die trein betyds te waarsku oor die beskadigde treinspoor (probleemoplossing)



Foto 5.5. Die reis: Hindernisse soos seerowers wat die sneltrein en passasiers bedreig, 'n bruggie wat daarop dui dat aspekte “oorbrug” moes word

Vanuit die bostaande uiteensetting, het dit geblyk dat J die nie-direktiewe proses van KGS en SKS kon gebruik om bepaalde terapeutiese uitkomst te bereik (Josefi & Ryan, 2004; Mitteldorf et al., 2001; Norton & Norton, 2002). Die navorser se ervaring van J se terapeutiese proses het ooreengekom met Greenspan en Bleecker (2011) en Hull (2011) se standpunt, dat 'n terapeut begrip vir die leefwêreld van 'n kind op die spektrum van outisme kan ontwikkel deur die betrokke kind se leiding in die speelkamer te volg.

Groei na onafhanklikheid

In die pre-operasionele stadium van ontwikkeling put kinders genot daaruit om self verskillende probleemoplossings te ontdek en om te streef na onafhanklikheid (Drewes, 2001). J se optrede in die speelkamers het op 'n merkwaardige wyse hiermee ooreengestem. Eerstens was sy dramatiese spel nie herhalend en stereotipies van aard nie, maar het hy kreatief oplossings vir sy probleme gesoek, soos: **bad en hare was** (sien spelsessies: sessie 4 blok 73 lyn 492-506; sessie 5 blok 93 lyn 710-716 en blok 99 lyn 784-807; en sessie 14 blok

231 lyn 259-262; onderhoude: sessie 1 blok 25 lyn 87a-87c; sessie 4 blok 104 lyn 438-443 en sessie 5 blok 106 lyn 471-478); **doktersbesoeke** (sien spelsessies: sessie 4 blok 45 lyn 267-273 en blok 66 lyn 409-417 en sessie 5 blok 101 lyn 817-833; onderhoudsessie 5 blok 105 lyn 454-470); **fisieke kontak** (sien spelsessies: sessie 4 blok 68 lyn 451-454; sessie 5 blok 84 lyn 604-618 en sessie 9 blok 161 lyn 49-65; onderhoude: sessie 1 blok 26 lyn 88; sessie 1 blok 50 lyn 203-206 en sessie 4 blok 103 lyn 427-431) **en die hantering van vrese en hindernisse in sy alledaagse lewe** (sien spelsessies: sessie 4 blok 48 lyn 304-307; sessie 6 blok 112 lyn 989-1000; sessie 12 blok 206 lyn 23-30 en sessie 13 blok 212 lyn 23-28; onderhoudsessie 1 blok 20 lyn 80 en blok 23 lyn 85).

Tweedens het J verskeie nie-direktiewe spelsessies gebruik om deur middel van dramatiese spel van afhanklikheid na onafhanklikheid te groei. Sy spel dui op sy persoonlike progressie van 'n hulpelose "*baby*" na "*the baby*" wat selfversorgend raak, na "*the man*" (soos uiteengesit in 5.4.2.). Verwysings na homself in die derde persoon as "*the baby*" of "*the man*" het soms verander na verwysings na homself in die eerste persoon: "*Now I can reach anything...*", wanneer hy probleemareas soos eettyd ondersoek het (sien spelsessie 5 blok 89 lyn 657-672). Sy bemeestering van selfgeldende, proaktiewe en produktiewe probleemoplossingsvaardighede is uitgespeel waar een trekker goed gaan koop en die ander trekker begin ploeg het naby die treinspoor van die sneltrein wat passasiers vervoer (sien foto 5.3.; spelsessie 12 blok 205 lyn 17 tot blok 206 lyn 25). In sy spel het hy ook hindernisse oorkom waar die ruimteskip deur 'n berg gevlieg en vir Gouelokkies gaan kuier het (sien foto 5.4.; spelsessie 13 blok 211 lyn 12 tot blok 212 lyn 28). Hy kon aanbeweeg vanaf 'n beseerde man (seuntjiepop) wat genees is met die hulp van twee paramedici, na 'n man wat kon opstaan en hardloop (sien foto 5.6.; spelsessie 13 blok 215 lyn 46-85); asook die prins wat 'n tier gekry het om hom te help teen die seerowers wat die sneltrein wou aanval (sien foto 5.5.; spelsessie

12 blok 208 lyn 38 tot blok 209 lyn 58). Hy het sy beleweniswêreld uitgebrei in die veiligheid van die speelkamer deur nuwe wêrelde en nuwe mense te skep.

Dit was opmerklik hoe J se groeiproses ook 'n element van genesing daarin gehad het. In sessie 8 het J gedurende dramatiese spel verwys na hoe 'n klein motortjie deur “*the man*” bestuur is en dat die motortjie dit alleen op die pad begin waag het (sien spelsessie 8 blok 151 lyn 1486-1494). In sessie 13 het J in die SKS-kamer met dramatiese spel vertel dat twee paramedici “*the man*” (’n seuntjiepop) help: “*They are helping him. They fixed him, now he doesn’t need these (die twee verbande) anymore*”. J het die twee wit verbande van die “man” (seuntjiepop) se arm en been afgehaal, hom van die hospitaalbed afgetel en skielik opgemerk: “*The man is fixed now. See how he runs!*” (sien foto 5.6. hieronder; spelsessies: sessie 8 blok 153 lyn 1500-1504 en sessie 13 blok 215 lyn 46-58).



Foto 5.6. Die reis self: Die beseerde man (seuntjiepop) wat deur paramedici gehelp is (probleemoplossing) en as man kon opstaan en hardloop

Onafhanklike gedrag is ook getoon toe J eie inisiatief geneem en gekies het wanneer hy in die KGS- of SKS-kamer wou speel. Dit was interessant dat, hoewel sy spel in sessie 6 meer onafhanklik geraak het met die volwasse man as karakter, hy buite die speelkamers

steeds afhanklik was en dat mev X hom nog soos altyd van die motor af na die kantoor toe gedra het. In sessie 7 het hy egter ook buite die terapeutiese situasie sy bemeestering van terapeutiese uitkomste bewys, toe J vir die eerste keer selfstandig en doelgerig teen die trappe opgestap het na die wagkamer. Aan die einde van hierdie speelsessie was hy vir die eerste keer selfversekerd en vrolik en het hy voor hulle vertrek buite rondgehardloop, gespeel en geskree (sien observasies: sessie 6 blok 49 lyn 265-272 en sessie 7 blok 53 lyn 307-320).

Hierdie bereiking van onafhanklikheid stem ooreen met AS-literatuur wat aandui dat kinders met AS 'n behoefte aan onafhanklikheid het. Dit is egter ook in teenstelling met literatuur wat genoem het dat nie-direktiewe terapie moontlik te ongestruktureerd vir hierdie kinders sou wees en dus nie gepaste behandeling is nie (M. Greyling, persoonlike kommunikasie, April 23-24, 2008; Harvard Mental Health, 2005; Safran et al., 2003; Tantam, 2000).

Verkry van beheer

J se ontwikkeling van afhanklike baba na 'n man wat vasberade en met selfvertroue veg en vrese oorkom, was ook aanduidend van sy behoefte aan beheer (IPA-veranderlike 6). Hy het deur middel van nie-direktiewe dramatiese spel doelbewus beheer oor aspekte in sy lewe geneem. J het byvoorbeeld in sessies 6, 10 tot 13 asook 16 gewissel van bedreig te wees tot in beheer te wees. Hy het in sy spel rolle geskep waarin hy verskillende emosies kon beleef, asook alternatiewe rolle waarmee hy dan persoonlike beheer geneem het oor situasies wat veral vrees en woede verteenwoordig het (sien spelsessies: sessie 11 blok 183 lyn 139 tot blok 184 lyn 171; sessie 12 blok 206 lyn 23-30; sessie 13 blok 212 lyn 23-28; sessie 16 blok 273 lyn 1 tot blok 275 lyn 58).

J se soeke na beheer het ooreengestem met literatuur wat aandui dat kinders met AS dikwels moedeloos en terneergedruk raak omdat hulle ervaar dat hulle hul eie gevoelens en gedrag nie effektief kan beheer nie. Dit blyk dat nie-direktiewe spel (KGS en SKS) daarin

geslaag het om J se sin van beheer en selfvertroue te ontwikkel en hom te bemagtig (Homeyer & Sweeney, 1998, 2005; Landreth & Bratton, 2006; Murray & Lesser, 2006; Nel, 2005; Petty, 2002; Ogawa, 2004). Volgens Landreth (1991) en Poodhun (2000) leer kinders deur middel van spel nuwe vaardighede aan, exploreer, eksperimenteer en organiseer hulle ervarings, gevoelens en persoonlike beleweniswêreld op 'n konkrete wyse wat hulle help om 'n sin vir beheer te ontwikkel oor situasies en gebeure wat in die werklikheid buite hulle beheer is. Situasies en ervarings wat hulle as verwarrend en vol konflik beleef, kan deur middel van spel aan die terapeut gekommunikeer word.

Trauma

Wat wel interessant was, is dat J se optrede tydens dramatiese spel soms ooreengestem het met die gedrag van 'n getraumatiseerde kind in die pre-operasionele stadium. Vanuit die aanmeldingsprobleem het dit geblyk dat hy min abstrakte denke getoon het, dat hy probleme ondervind het met probleemoplossing, met emosionele- en impulsbeheer en met sosiale vaardighede. Nuwe take en uitdagings was vir hom bedreigend en hy het mislukking gevrees (Drewes, 2001). Net soos getraumatiseerde kinders, was J ook geneig om in sy spel met die slagoffer te identifiseer en om rigied in 'n verkose rol te bly wanneer alledaagse problematiek uitgespeel is (soos onder andere badtyd, eettyd, slaaptyd, doktersbesoeke, asook uitspeel van volwasse rolle soos dié van winkelier). Dit was opmerklik dat hy sou regresseer en dan problematiek in die rol van "*the baby*" probeer hanteer (sien spelsessies: sessie 4 blok 60 lyn 381-388, blok 61 lyn 389-391, blok 66 lyn 409-417, blok 70 lyn 462-473, blok 73 lyn 492-506; sessie 5 blok 83 lyn 596-603, blok 90 lyn 680-689, blok 96 lyn 740-745 en sessie 17 blok 291 lyn 150-158).

Dit is nie duidelik wat J se oënskynlik getraumatiseerde optrede onderlê het nie. Een moontlike verklaring mag spruit uit AS-dinamiek. Net soos ander kinders met AS, kon J moontlik perfeksionisties wees, hoë eise aan homself gestel het en van homself 'n vlak van

bevoegdheid soos dié van 'n volwasse persoon vereis het. Omstandighede waarin mislukking, onsekerheid en vrees ervaar is, is dan hanteer deur van antagonistiese, opponerende en aggressiewe gedrag gebruik te maak. 'n Ander moontlike verklaring deur Hull (2011) lui dat kinders met AS vanweë sensoriese integrasieprobleme vinnig sensoriese oorlading ervaar. Op 'n neurologiese vlak word die simpatiese senuweestelsel geaktiveer wat 'n veg-en-vlug reaksie tot gevolg het. Hierdie neurologiese proses veroorsaak dat die kind sy wêreld as onveilig ervaar en met onsekerheid en vrees selfs op nie-bedreigende situasies reageer. 'n Verswarende faktor mag wees dat probleme met kognitiewe funksies ervaar word, soos organiserings en beplanning, werkende geheue, inhibisie en impulsbeheer, selfreflektering en monitering, tydsbeplanning en stel van prioriteite, verstaan van komplekse en abstrakte konsepte en die gebruik van nuwe strategieë. Kinders met AS neig om 'n rigiede en roetinegebonde lewe te lei in 'n poging om sintuiglike oorlading te voorkom en/of om die veg-en-vlug reaksie te kan hanteer (Attwood, 2008). Bromfield (2010) stem hiermee saam en is van mening dat kinders met AS bykans vanself getraumatiseer word vanweë hulle neurologiese tekortkominge en die gevolge daarvan in hul unieke werklikheid.

Vervolgens word terapeutiese uitkomst wat J in terme van sosiale interaksie bereik het, bespreek.

5.4.3. Sosiale interaksie

J se terapeutiese uitkomst met betrekking tot sosiale interaksie was ooreenkomstig die literatuur wat aandui dat kinders met AS behoefte toon aan sosiale vaardighede en dat hierdie vaardighede as deel van 'n behandelingsplan aangeleer behoort te word. KGS en SKS het oënskynlik 'n wyse gebied waarop J sy behoefte aan sosialisering met ander mense kon verken, oplossings vir sosiale problematiek kon vind en inoefen en uiteindelik buite die konteks van die speelkamers kon gaan toepas (Kestenbaum, 2008; Michels, 2010; Naber et al., 2007).

J se aanvanklike hantering van sosiale interaksie deur middel van nie-direktiewe spel is onder andere gekenmerk deur aggressie- asook aggressor-slagofferspel, waar goeie teen slegte karakters geveg het of waar een party 'n slagoffer was sonder 'n duidelike aanduiding van wie goed of sleg was (sien spelsessies: sessie 4 blok 46 lyn 281-287 en blok 48 lyn 304-307; sessie 15 blok 256 lyn 291-311 en blok 265 lyn 79-90; sessie 17 blok 292 lyn 159-170 en blok 194 lyn 194-198). Volgens R. Seedat (persoonlike kommunikasie, Julie 24-25, 2000), kon hierdie spel gesuggereer het dat J homself moontlik as 'n slagoffer van verhoudingskonflik in die alledaagse lewe beleef het. Dit kon gepaard gegaan het met gebrekkige eiewaarde en selfbeheer, sterk gevoelens van woede en frustrasie jeens verhoudingskonflikte, asook 'n onvermoë om sy eie woede te beheer. Volgens Seedat kon J moontlik aggressie en aggressor-slagofferspel gebruik om sy ervarings te ondersoek, uit te speel en sodanig te integreer dat hy homself bemagtig het om beheer te verkry. Dit kon ook wees dat hy moontlik bewus was van sy teenstrydige gevoelens jeens homself en/of ander mense se goeie en slegte eienskappe en dat hy probeer het om hierdie eienskappe in homself en/of ander mense te aanvaar.

'n Terapeutiese uitkoms van verbeterde sosiale interaksie hou verband met die aanmeldingsprobleem en dui op daadwerklike psigiese ontwikkeling. J het in sy eie vermoëns begin glo, meer selfvertroue, innerlike motivering en selfbeheer geopenbaar. Hy het gewaag om ander tydens fantasiespel toe te laat om hom te vertroetel nadat hy sy konflikterende gevoelens oor sosiale interaksie begin bemeester het. In plaas van te onttrek, het hy byvoorbeeld in spelsessies 8 en 9 sy skets trots vertoon waar almal dit kon sien en daaroor gesê: *“To sticky i (it) o (on) the wall there where everyone can see it...”* (sien spelsessies: sessie 8 blok 133 lyn 1231-1248 en sessie 9 blok 169 tot blok 170 lyn 210; onderhoude: sessie 5 blok 106 lyn 471-478; sessie 11 blok 114 lyn 1-15; sessie 15 blok 119 lyn 1-35;

sessie 19 blok 127 lyn 7 tot blok 128 lyn 30, blok 141 lyn 25-36 en blok 144 lyn 65-86; observasiesessie 9 blok 77 lyn 82-89).

Daarbenewens wys literatuur daarop dat KGS en SKS meewerk om 'n gevoel van beheer aan kinders te gee, uitreagerende gedrag te beperk en selfbeheer te verbeter, asook om frustrasie en woede te hanteer en om nuwe maniere van konflikthantering te ontdek. Die terapeut reflekteer begrip vir die kind se gevoelens op 'n vlak wat deur die kind begryp kan word en dit bevorder die ontwikkeling van vermelde vermoëns (Ginott, 1982; Guernsey, 1983b; Landreth, 1991; Landreth & Bratton, 2006; Mitteldorf et al., 2001; Poodhun, 2000; Ryan & Wilson, 2000).

'n Interpretasie van J se spontane selfvertroetelende spel mag wees dat hy 'n behoefte aan vertroeteling gehad het, maar nie ander mense vertrou het om dit vir hom te gee nie. (Hy het in die rol van "*the baby*" bababottel gedrink en fopspeen gesuig) (R. Seedat, persoonlike kommunikasie, Julie 24-25, 2000). Sy optrede het herinner aan mev X wat aanvanklik genoem het dat J as baba haar nie toegelaat het om hom te vertroetel nie (sien onderhoudsessie 4 blok 103 lyn 423-437). Terapeutiese uitkomst is later deur J getoon toe hy beperkte vertroeteling deur ander begin toelaat het (sien onderhoudsessie 19 blok 131 lyn 100-123).

J se geneigdheid om die gebruik van mensfigure in sy spel te vermy en te speel dat diere soms van mensfigure ontslae raak, is kongruent met sy alledaagse optrede waar hy mense vermy en het ooreengestem met literatuur wat aandui dat hierdie tipe spel aanduidend van probleme in sosiale interaksie is (Bowyer, 1970; Homeyer & Sweeney, 1998, 2005). Sy hantering van mensfigure kan gesien word op foto's 5.8. en 5.15. (sien ook 5.4.4.). Wêreld sonder mense is met tye vervang deur J self wat die rol van 'n baba, seun en 'n volwasse man uitgespeel het. Hy het later mensfigure in sy spel begin gebruik, soos die pop, seerowers, paramedici en selfs 'n stoeier waaroor hy egter nie uitgebrei het nie. Hierdie figure kan gesien

word op foto 3.1. in hoofstuk 3 en foto's 5.2., 5.5. en 5.6. as deel van 5.4.2. (sien spelsessies: sessie 5 blok 96 lyn 736-740; sessie 7 blok 124 lyn 1159-1168; sessie 13 blok 215 lyn 46-58 en sessie 16 blok 274 lyn 25-43). Dit was merkwaardig toe J tydens dramatiese spel die emosionele afstand (IPA-veranderlike 7) tussen homself in die rol van winkelier en sy klante verklein het, deur hul terug te roep om hulle vergete pakkies by hom te kom haal (sien spelsessie 3 blok 31 lyn 182-188). Terapeutiese groei is uitgebrei na sy alledaagse lewe, toe sy sosiale interaksie met die terapeut, sy ouers, onderwysers, familie, portuurgroep en vreemdelinge geleidelik begin verbeter het (sien die verskeie besprekings hieronder). Hierdie gedrag bevestig dat kinders met AS 'n behoefte aan sosiale kontak het en pogings wil aanwend om die sosiale interaksie te verbeter (Beers, 2006; Mash & Wolfe, 2005; Safran et al., 2003; Volkmar & Klin, 2000).

J se geleidelike verkleining van die emosionele afstand tussen homself en ander mense kon moontlik toegeskryf word aan die wyse waarop die terapeut nie-direktiewe respondering gebruik het om hom bewus te maak van sosiaal-aanvaarbare kommunikasievaardighede. Nie net het hy die terapeut se optrede en respondering waargeneem nie, maar hy het ook die effek daarvan deur ervaringsleer ervaar (Norton & Norton, 2002). Jensen (2005) en Gillberg (2003) beklemtoon dat kinders met AS visuele leerdere is wat oor 'n akkurate waarnemingsvermoë beskik en volledige besonderhede kan waarneem. Dit is algemeen vir hierdie kinders om ander mense na te boots. Dit het die vraag laat ontstaan of J moontlik aspekte van die terapeut se nie-direktiewe optrede en respondering kon waarneem, internaliseer en gebruik in sy alledaagse lewe. Hiermee word egter nie aangeneem dat J se waarnemingsvermoë al sy sosiale interaksieprobleme sou oplos nie. Gillberg (2003) het byvoorbeeld genoem dat kinders met AS se waarnemingsvermoë hulle mag help om spontane aanmerkings te maak ten einde kommunikasie te bewerkstellig, maar dat hulle steeds mag nalaat om ander mense se vrae te beantwoord. Nietemin beklemtoon

skrywers dat kinders met AS se fyn waarnemings- en nabootsingsvermoë benut moet word en dat geleenthede geskep moet word waar hierdie kinders nuwe dinge in 'n veilige omgewing kan ontdek, waarneem en op eie tyd aanpassings kan maak om dit dan in hul werklikheid toe te pas (Attwood, 2006; Murray & Lesser, 2006).

Terapeutiese uitkomst wat J in sosiale interaksie gedemonstreer het, kon ook moontlik toegeskryf word aan die feit dat hy deur middel van grensneerlegging bewus gemaak is van gepaste verbale- en nie-verbale gedrag, asook die effek wat hierdie gedrag in sessies op die terapeut en mev X kon hê. Nie-direktiewe respondering kon J bewus gemaak het daarvan dat die terapeut as luisteraar nie altyd verstaan het wat hy gesê het nie, omdat hy te min agtergrondinligting verskaf of te onduidelik gepraat het. Die terapeut sou byvoorbeeld nie-direktief gerespondeer het op wat J gesê het en dan met 'n vraag getoets het of sy hom reg verstaan het, en daardeur kon J moontlik leer om soortgelyke gedrag teenoor ander te openbaar.

Ook in hierdie verband bevestig literatuur dat die proses van nie-direktiewe spel (KGS en SKS) dikwels vaardighede in kinders kan laat ontwikkel en verbeter, soos probleemoplossingsvaardighede; selfevaluering en selfbestuur; onafhanklike optrede; die maak van keuses en emosionele selfregulering. Daarbenewens glo die terapeut in die kind se kreatiwiteit en potensiaal om bogenoemde vaardighede te kan ontdek en gebruik in sy alledaagse lewe (Bradway & McCoard, 1997; Dale & Lyddon, 2000; De Villiers, 2006; Josefi & Ryan, 2004; Hutton, 2004; Landreth & Bratton, 2006; Malchiodi, 2003, 2005; Ogawa, 2004; Poodhun, 2000; Rennie, 1998; Sweeney et al., 2003; Tsatsanis et al., 2004).

'n Belangrike aspek van sosiale interaksie is die maak van fisieke kontak en dit was interessant om te sien hoe J KGS gebruik het om probleme met fisieke aanraking te bemeester. Sy hantering van fisieke aanraking gedurende nie-direktiewe spel het verband gehou met die IPA-veranderlike 17: Aspekte wat skakel met die aanmeldingsprobleem, wat

aangetoon het hoeveel ongemak J in die alledaagse lewe met fisieke aanraking ervaar het. Hy sou selfs met uitreagerende gedrag daarop reageer (sien 5.2.). In sessie 4 het hy twee koalabeertjies wat mekaar omarm, soos gesien kan word op foto 5.12. hieronder, geneem en hul arms los van mekaar gemaak en hul op die grond laat val. In 'n daaropvolgende sessie het hy eers aan die viltmateriaal van 'n kat gevoel en daarna weer die koalas opgetel. Dié keer het hy die arms van die diertjies losgemaak, daarna gekyk en weer die diertjies se arms gevou sodat hul mekaar vashou en toe het hy die koalas met 'n glimlag teen sy maag vasgedruk (sien dvd 1 2J2 tydgleuf 02:18:52 tot 02:23:20; dvd 1 3J3 tydgleuf 03:04:20; dvd 2 2J5 tydgleuf 02:03:55; spelsessies: sessie 4 blok 68 lyn 451-454; sessie 5 blok 84 lyn 604-612 en blok 85 lyn 619-624; en sessie 9 blok 161 lyn 47-62; onderhoude: sessie 1 blok 25 lyn 87a tot blok 26 lyn 88, blok 50 lyn 203-206; sessie 4 blok 103 lyn 428-431 en blok 104 lyn 438-443).



Foto 5.12. Fisieke aanraking deur koalas

Volgens DuCharme en Gullotta (2003) kom kinders met AS soms sosiaal angstig voor en is geneig om sosiale interaksie te vermy en/of hul omgewing te reguleer in 'n poging om sensoriese oorlading te voorkom of beheer daaroor te verkry. Dit was merkwaardig dat J die veiligheid van nie-direktiewe spel gekies het om fisieke aanraking wat sensoriese oorlading

kon veroorsaak, te verken. Ander wyses waarop J tydens nie-direktiewe spel fisieke aanraking (tassensasie) hanteer het, was sigbaar toe hy selfbeheer kon uitoefen nadat gom aan sy hande geplak het en hy nie met uitreagerende gedrag daarop gereageer het nie. Anders as met die aanvang van terapie toe hy die nat en droë sand in die sandbakke net liggies kon aanraak, kon hy later vryelik in die sandbakke speel (sien observasies: sessie 6 blok 46 lyn 240-244 en sessie 8 blok 68 lyn 178-181). Hy het selfs eenmaal, anders as wat sy gewoonte was, spontaan fisieke aanraking geïnisieer en die terapeut se hand gevat (observasiesessie 6 blok 45 lyn 232-235; onderhoude: sessie 1 blok 26 lyn 88 en blok 50 lyn 200-206; sessie 4 blok 103 lyn 423-431 en blok 104 lyn 438-443).

J se bereiking van terapeutiese uitkomst in sosiale interaksie het verder verband gehou met die potensiaal om aanvaarding of verwerping uit te lok (IPA-veranderlike 9). Hy het aanvanklik die potensiaal om verwerping uit te lok geopenbaar, deurdat hy eenrigting-kommunikasie asook gebrekkige oogkontak getoon het, nie sou reageer op ander se pogings tot kommunikasie met hom nie, en soms so onduidelik en onsamehangend gepraat het dat dit moeilik was om hom te verstaan. Behalwe vir laasgenoemde is hierdie gedrag kenmerkend van kinders met AS wat neig om eksentriek en egosentries te kommunikeer, eensydige sosiale interaksie te toon en nie altyd sinvol te reageer op direkte vrae nie. Hierdie eienskappe bemoeilik verhoudingstigting en behoeftebevrediging in verhoudings (Berney, 2006; Brown et al., 2010; Gabriels, 2003; Geils & Knoetze, 2008; Hull, 2011; Josefi & Ryan, 2004; Mastrangelo, 2010; Safran et al., 2003; Tsatsanis et al., 2004; Volkmar & Klin, 2000). J het verrassende terapeutiese uitkomst bereik wat sy potensiaal tot aanvaarding deur die terapeut, sy ouers, onderwysers, familieledes, sy portuurgroep en vreemdelinge, verbeter het.

Vervolgens word sodanige terapeutiese uitkomst wat J in spesifieke sosiale verhoudings gedemonstreer het, bespreek.

5.4.3.1. Sosiale Interaksie: Terapeutiese verhouding

Alhoewel J van die begin af gedurende nie-direktiewe spel aanhoudend geverbaliseer het waarmee hy besig was, het hy buite die speelkamers direkte kommunikasie met die terapeut vermy (sien observasiesessie 4 blok 38 lyn 157 tot blok 40 lyn 184). Die terapeutiese uitkoms wat hier ter sprake is is die verkleining van emosionele afstand (IPA-veranderlike 7), 'n mylpaal wat J bereik het toe hy die emosionele afstand tussen hom en die terapeut buite die speelkamers verklein het deur totsiens te sê en te waai. Anders as tevore het hy kort gesprekke buite die speelkamer met die terapeut begin voer, terwyl hy positiewe emosies van opgewondenheid getoon het en sy behoefte bekend gemaak het, deur byvoorbeeld direk te vra of sy vader hom na 'n volgende spelsessie mag vergesel. Emosionele afstand is verder verklein deurdat hy begin het om sy speelgoed vir die terapeut te wys. Laasgenoemde gedrag hou verband met die bereiking van nog 'n mylpaal, naamlik om opregte belangstelling te toon en kongruent op te tree (IPA-veranderlike 2). J het meer direkte oogkontak gemaak en die terapeut vir die eerste keer direk aangespreek as "*Aunty Dinelle*". Binne die speelkamers het J die emosionele afstand tussen hom en die terapeut verklein, deurdat hy bevestig het dat die terapeut sy response korrek verstaan het, hy geantwoord het op 'n direkte vraag van haar, haar meer spreekbeurte gegee het en tweerigtingkommunikasie begin gebruik het (sien observasies: sessie 3 blok 36 lyn 143-148; sessie 4 blok 40 lyn 177-184; sessie 5 blok 42 lyn 191-197; sessie 6 blok 45 lyn 232-235; sessie 7 blok 52 lyn 296-301; sessie 8 blok 67 lyn 168-174; sessie 15 blok 137 lyn 198-208; sessie 16 blok 142 lyn 6-11; sessie 17 blok 146 lyn 22-26 en sessie 18 blok 152 lyn 10-39 en blok 163 lyn 217-222; spelsessie 17 blok 281 lyn 29-34).

Soos reeds genoem, kan J se toenemende belangstelling in sosiale interaksie moontlik toegeskryf word aan die feit dat hy waargeneem en ervaar het hoe die terapeut opreg en deurlopend in hom belanggestel het gedurende elke spelsessie. Dit is ook moontlik dat die

transformasieproses wat SKS fasiliteer, J se siening van sy sosialiseringswêreld kon verbreed en sodoende verandering in sy uiterlike gedrag kon meebring (Dale & Lyddon, 2000; Landreth & Bratton, 2006).

Verrassende terapeutiese uitkomst wat J bereik het hou verband met die definiëring van verhoudings (IPA-veranderlike 5) Die gebruik van keuses het die ontwikkeling van 'n simmetriese verhouding (magstryd) tussen J en die terapeut voorkom en het 'n komplimentêre verhouding daargestel waar 'n leier en 'n volgeling was (sien spelsessies: sessie 3 blok 4 lyn 13 tot blok 5 lyn 20; sessie 4 blok 43 lyn 260 tot blok 44 lyn 266, blok 76 lyn 526 tot blok 77 lyn 547; observasiesessie 10 blok 98 lyn 196 tot blok 99 lyn 225). Die voorkoming van 'n magstryd is waarskynlik bereik omdat J deur bewusmakings- en grensneerleggingskeuses tydens nie-direktiewe spel (KGS en SKS), bemagtig is. Grensneerlegging dwing die kind om verantwoordelikheid vir sy keuses te neem en nie ander te blameer nie en J kon dus daaropvolgende beheerneming ervaar en daarom sy samewerking gee. Hierdie terapeutiese uitkoms bevestig literatuur wat aandui dat kinders met AS geneig is om beter op keuses te reageer (Bowyer, 1970; Carey, 1990; Klin & Volkmar, 2000; Landreth, 1991; Landreth & Bratton, 2006; Safran et al., 2003; Tsatsanis et al., 2004).

5.4.3.2. Sosiale Interaksie: Gesinsverhoudings

Wat sosiale interaksie met die gesin betref, het J sodanig deur terapie ontwikkel dat hy geleer het om empatie te betoon (IPA-veranderlike 1). Aanvanklik het hy empatie getoon en hulp verleen aan bang passasiers in 'n sneltrein tydens dramatiese spel in sessies 12 en 15. Tydens 'n ander geleentheid het hy genoem dat 'n karakter in 'n geveg met seerowers seergekry het en het hy met 'n ambulans hulp verleen, soos uitgebeeld word op foto 5.2. (sien 5.4.1.). Dat hy hierdie nuwe vaardigheid kon veralgemeen na 'n konteks buite die terapie, is belangrik – hy het na konflik met mev X die verhouding met haar herstel deur, anders as voorheen, verskoning te vra en te verbaliseer: “*Mommy, I’m sorry I lost it again*”. Mev X se

weergawe van hierdie gebeure kan gesien word in die brief op foto 5.9. hieronder. J kon ook empatie teenoor sy ontstelde broertjie betoon deur hom te troos, aan te raak en te nooi om saam met hom te speel (spelsessies: sessie 12 blok 207 lyn 37 tot blok 209 lyn 58 en sessie 15 blok 258 lyn 325-332; onderhoude: sessie 15 blok 119 lyn 23-35; sessie 19 blok 129 lyn 69-79 en blok 143 lyn 55-64; observasies: sessie 2 blok 10 lyn 43-45 en blok 26 lyn 106-109).

Hierdie terapeutiese uitkoms van empatie was merkwaardig, aangesien die terapeut geensins direkief met J gewerk het aan empatie of die herstel van verhoudings nie. Die toon van empatie het ooreengestem met literatuur wat aandui dat nie-direktiewe spel (KGS en SKS) empatie en verhoudingsvaardighede van 'n kind kan verbeter. Dit het moontlik ook gebeur omdat J die deurlopende empatiese respondering op sy gevoelens, houdings en gedagtes deur die terapeut kon waarneem en ervaar (Amatruda & Simpson, 1997; Ammann, 1991; Bradway & McCoard, 1997; Dale & Lyddon, 2000; Hutton, 2004; Landreth & Bratton, 2006; Poodhun, 2000; Ryce-Menuhin, 1992).

5th March 2006

We had an episode today. It's the big transformation from summer to winter or from [redacted] point of view from shorts and T-shirts to long pants and long shirts.

He hates long pants, he says because he hates the feeling of them from his knees down to his ankles, and the most important reason being he will not wear long pants without shoes and socks, in fact he will not get off his bed without his shoes and socks on.

There was no reasoning with him for the first hour. He just sat on his bed sobbing. Why were we making such a fuss, why can't he go outside and play. It does not matter that he was going to turn blue, he did not mind why should we.

Starting to calm down, 1 1/2 hours later he came to me and buried his head in my lap and in a very soft voice says 'Sorry mommy' (with an episode as bad as this one, I know that I must not look him in the face let alone the eyes.) So I put him on my lap, his head on my shoulder and in a very soft voice I told him that we all have to do things we don't want to do, that's just how the world works. He sat very quietly almost motionless for a while. Then sat up, looked at me (in the face not the eyes) and said mom please come and help me choose some pants and put my shoes on. With in 5 min he was wearing long pants a long shirt and don't forget the shoes and socks. He ran outside with a big smile on his face. Like the past 2 hours had never happened.

Foto 5.9. Mev X se brief aan die terapeut

Moeder-kindverhouding

Uit die literatuur word dit duidelik dat kinders met AS dikwels meer spanning in die ouer-kindverhouding ervaar as wat by ander kinders die geval is (Attwood, 2006; Blakemore-Brown, 2002; Georgiou, 2006; Whitaker, 2006), asook dat hierdie kinders se moeders volgens Michels (2010, p. 9): “...*report greater stress at times when their children are more lethargic, socially withdrawn, hyperactive, non-compliant, dependent and unable to communicate or engage reciprocally*”.

Daarenteen word in die literatuur aangedui dat die aanleer en gebruik van KGS-vaardighede die ouer-kindverhouding aansienlik kan verbeter (Landreth & Bratton, 2006). In J se geval het dit geblyk dat hy nie-direktiewe spel (KGS en SKS) suksesvol kon aanwend om oplossings vir sosiale- en kommunikasieproblematiek tussen hom en mev X te genereer, aspekte wat volgens Tsatsanis et al. (2004) doelgerig in terapie met kinders met AS hanteer behoort te word. Literatuur wys ook op die behoefte van ouers om meer kennis en vaardighede op te doen waarmee die ouer-kindverhouding verbeter kan word (Pakenham et al., 2004; Tantam, 2000), wat duidelik geblyk het uit mev X se gretige deelname aan J se spelgebeure.

Besondere terapeutiese groei het tot uitdrukking gekom in die moeder-kindverhouding, wat ook J se terapeutiese uitkomst wat verband gehou het met die aanmeldingsprobleem (IPA-veranderlikes 15 en 17), beklemtoon het. J het verskeie sessies gebruik om die vertrouensverhouding tussen hom en sy moeder geleidelik te versterk en het daardeur haar vrees dat sy besig was om haar seun te verloor, weerlê. In sessie 7 het J haar doelgerig by die speelsessie betrek en haar as waarnemer ingesluit. Hoewel hy nie direk met haar gekommunikeer het nie, het hy tog die emosionele afstand (IPA-veranderlike 7) tussen hulle stelselmatig begin verklein deurdat hy deurlopend tydens dramatiese spel sy handeling

ook geverbaliseer het (sien observasiesessie 7 blok 50 lyn 274-284; spelsessie 7 blok 118 lyn 1085-1097).

In sessie 8 het J die emosionele afstand verder verklein toe hy begin het om direk met mev X te kommunikeer deur haar aan te spreek as “*Mom...*”, op haar grensneerlegging gereageer het, maar afstand behou het deur nie oogkontak te maak of verder te kommunikeer nie. Hy het later nog ’n poging aangewend om die emosionele afstand te verklein toe hy ’n sessie benut het om ’n tekening te maak wat hy trots aan mev X oorhandig het, soos wat voorgestel word in foto 5.7. hieronder. Aan die einde van die sessie het J skielik die afstand tussen hom en sy moeder verder verklein, toe hy gevra het: “*What, what are these scary snakes called, Mommy?*” en “*What, what is this bug called, Mommy?*” en “*Mommy, is this an ant?*” (dvd 2 1J4 tydgleuf 01:23:32 tot 01:24:05; spelsessies: sessie 8 blok 131 lyn 1210-1215, blok 137 lyn 1291-1296, blok 147 lyn 1425-1428 en blok 148 lyn 1429-1451). Hierdie gedrag het ooreengestem met literatuur waarvolgens ’n kind die nie-direktiewe proses van KGS gebruik om deur middel van vraagstelling ’n vertrouensverhouding te vestig (Landreth, 1991; Landreth & Bratton, 2006; Norton & Norton, 2002).



Foto 5.7. Die tekening wat J aan mev X oorhandig het: Van links na regs het hy sy moeder, homself en dogtermaatjie M geteken. (Hulle het sy tekening huistoe geneem. Die swart kolle is name wat deur die navorser bedek is.)

In sessie 9 het J die verkleining van emosionele afstand teenoor mev X begin veralgemeen na 'n konteks buite die speelkamer, toe hy haar gevra het om die verhaaltjie van Klein Duimpie vir hom in die wagkamer te lees. J het aandagtig na die verhaaltjie geluister en na die prentjies gekyk en het sodoende nabyheid daargestel. Later het J oogkontak gemaak toe hy 'n prent geteken het en skuinsweg gekyk het of mev X hom dophou (sien spelsessie 9 blok 158 lyn 17-22 en blok 169 lyn 189-196; onderhoudsessie 9 blok 111 lyn 1-10; observasie: sessie 8 blok 67 lyn 156-174 en sessie 9 blok 78 lyn 90-98).

Dat J aktief besig was om effektiewe probleemoplossingsvaardighede (IPA-veranderlike 15) in sy verhouding met sy moeder te ontwikkel, het veral geblyk in sessie 11, toe hy vir die eerste keer verkies het om alleen saam met mev X in die KGS-kamer te wees en haar betrek het deur mediese apparaat vir haar te wys. Hier het hy tweerigting-kommunikasie gebruik deur te beaam dat sy hom korrek verstaan het. In sessie 12 het die

tweerigtingkommunikasie toegeneem en alhoewel J se spraak onsamehangend was, het hy behoeftes met haar gedeel deur byvoorbeeld twee babapoppies in die ambulans te sit en te sê: “*The babies...to the doctor...* (praat onduidelik terwyl hy direk na mev X kyk) *and they will stay there forever*”. Mev X het gereflekteer: “*They gonna stay there forever...*”, waarop J geantwoord het: “*Cause they’re so sick*”. Mev X het gereflekteer: “*They’re sick*” en J het geantwoord: “*Yea, they’re even sick in their whole body.*” “*Oh, and they try to get better and*” (praat onduidelik) “*and they try and try and try*” (sien dvd 2 3video 2J6 tydgleuf 03:01:17 tot 03:01:52; sien spelsessie 11 blok 174 lyn 1-9, blok 175 lyn 27-40 en blok 178 lyn 55-71; observasiesessie 8 blok 59 lyn 53-79).

Die emosionele afstand is ook verklein toe J ’n doelbewuste poging aangewend het om mev X se aandag te behou toe hy met die tikmasjien gespeel het, asook toe hy papier geknip en gevra het: “*...do you know what could it be...?*” en sy geantwoord het: “*What could it be?*” “*Watch...*” (hy knip verder) “*watch what I’m going to do with this...*” (sien dvd 2 3video 2J6 tydgleuf 03:10:17 tot 03:12:27 en 03:18:30; spelsessie 11 blok 190 lyn 280-284, blok 192 lyn 321-325, blok 194 lyn 341-342 en blok 198 lyn 409-421).

Vanuit die nie-direktiewe spel was terapeutiese uitkomst duidelik sigbaar toe J se definiëring van sy verhouding (IPA-veranderlike 5) met mev X begin verander het. Die simmetriese moeder-kindverhouding (magstryd) wat verskeie aspekte in hul alledaagse lewe gekenmerk het, het verander na ’n komplimentêre verhouding waar beide wedersyds effektief kon leiding neem en volg. Later is ’n parallelle verhouding gedefinieer toe J en mev X as mekaar se gelykes ervarings in die speelkamer gedeel het. Hy het gewaag en begin kommunikeer op ’n vlak waar opinies gevra en gedeel is en hy het selfs aangedring op ’n antwoord; hy het sy behoeftes aan aandag en belangstelling begin vervul en hy kon interaksie behou deur te reageer op mev X se KGS-respondering (sien spelsessies: sessie 8 blok 148 lyn

1429-1451; en sessie 11 blok 180 lyn 81-94; onderhoudsessie 1 blok 1-37 en sessie 19 blok 129 lyn 47-53).

Hiermee saam het J se potensiaal om aanvaarding (IPA-veranderlike 9) in die moeder-kindverhouding uit te lok, verbeter deur sy gebruik van tweerigtingkommunikasie wanneer hulle in die speelkamer oor speelgoed gesels het. Tuis het hy fisieke aanraking met mev X geïnisieer deur op haar skoot te gaan sit, haar op sy stokkerige manier vas te hou en haar toe te laat om hom 'n drukkie te gee (sien spelsessies: sessie 11 blok 188 lyn 226-236 en sessie 14 blok 223 lyn 120-136; onderhoudsessie 19 blok 129 lyn 76-79).

Dat J se pogings om die emosionele afstand en vertrouensverhouding tussen hom en mev X te verbeter suksesvol was, het getuig uit 'n brief wat mev X aan die terapeut oorhandig het en wat hieronder gesien kan word op foto 5.10: *“Thank you very much for everything you have done for J and us as a family. For your understanding, love and care. You have given our son to us. We can now see the world through his eyes and appreciate all his fears, anger, excitement and most of all his happiness, for he is so much happier since you opened our eyes. There are no words to express how grateful we are. Thank you”*. Mev X se kommer en moedeloosheid tydens die aanmeldingsessie het verander na sekerheid en optimisme en sy beskryf hulle verhouding as: *“You helped me get into J’s world, to understand him better. You helped me to make contact with him”*. Mev X het ook self KGS-response tuis begin gebruik wat haar in staat kon stel om emosionele kontak met J te behou wanneer hy in sy eie wêreld onttrek het (sien onderhoude: sessie 15 blok 121 lyn 49-64 en sessie 19 blok 142 lyn 37-54).



Foto 5.10. Dankie-kaartjie van mev X aan die terapeut

Vader-kindverhouding

Nog 'n besondere terapeutiese uitkoms wat J met betrekking tot effektiewe probleemoplossingsvaardighede (IPA-veranderlike 15) bereik het, was toe hy dramatiese spel gebruik het om 'n konflikverhouding tussen hom en mnr X te hanteer. Hy het dit gedoen deur eerstens in die speelkamer te verwys na 'n perd wat hy as volg geïdentifiseer het: *"The horse was bigger than the dragon. It was a daddy horse"* en *"...the evil, naughty dragon"* wat in konflik verkeer het en wat op foto 5.11. hieronder uitgebeeld word. Met dramatiese spel het hy verwys na hoe omstanders hierdie konfliksituasie nie goedgekeur het nie en dit moeilik gevind het om die konflik te ontloot. Op die terapeut se respons: *"They were really fighting, those two..."* het J geantwoord: *"Yes, but...but e-one (everyone) had stopped them...fighting"*. Hy het verleë met sy hande oor die vloer gevee, waarop die terapeut gevra het: *"Everybody wanted to stop them fighting?"* "Yes" het hy geantwoord. J het na die konfliksituasie as vermoeiend verwys toe hy dit beskryf: *"It was very hard"*. Hierdie spel het die konflik in die vader-kindverhouding, soos uiteengesit is in die aanmeldingsprobleem (IPA-veranderlike 17),

uitgelig. Tydens sodanige konflik moes mev X dikwels tussenbeide tree. Na 'n lang, dramatiese spel in sessie 15 waar die perd en draak in hewige konflik verkeer het, was probleemoplossingsvaardighede sigbaar toe hulle uiteindelik weer as vriende mekaar te hulp kon snel (sien dvd 3 2J9 tydgleuf 02:05:09 tot 02:06:23, tydgleuf 02:08:13 tot 02:12:20 en tydgleuf 02:14:24 tot 02:15:38; spelsessies: sessie 14 blok 222 lyn 98 tot blok 223 lyn 138; sessie 15 blok 240 tot blok 249 met veral blok 245 lyn 110-130, blok 250 lyn 188-209, blok 256 lyn 303-311 en blok 257 lyn 315-324).



Foto 5.11. *“It was a daddy horse”* en *“...the evil, naughty dragon”*

Wat merkwaardig van bogenoemde spel is, is dat J self grense vir die draak begin neerlê het en vir die draak gesê het dat die ander karakters nie daarvan hou as hy uitreageer (*“slap”*) nie. J het effektiewe probleemoplossingsvaardighede (IPA-veranderlike 15) in sy spel gedemonstreer toe die draak gehoor gegee het aan die grense wat neergelê is en sosiaal meer gepas opgetree het. In plaas van uitreagerende gedrag, het die draak toestemming gevra en aanvaarding getoon toe hy toestemming geweier is (sien spelsessie 15 blok 270 lyn 192-219 en blok 271 lyn 220-249). Duidelike ontwikkeling is hier ook sigbaar, aangesien J

vroeër erg uitgereageer het wanneer hy nie sy behoeftes kon bevredig nie (sien onderhoudsessie 1 blok 7 lyn 47-50, blok 9 lyn 54-69a en blok 20 lyn 80-82).

Tekens dat J doelbewuste probleemoplossingsvaardighede (IPA-veranderlike 15) bemeester het, was sigbaar toe hy aan die einde van sessie 15 die emosionele afstand (IPA-veranderlike 7) tussen hom en mnr X begin verklein het deur direk aan die terapeut te vra of sy vader hom mag vergesel met die volgende sessie. In sessie 16 het J die emosionele afstand tussen hom en mnr X verklein deurdat hy opvallend meer oogkontak begin maak het (sien observasies: sessie 15 blok 137 lyn 198-208; sessie 16 blok 142 lyn 1-3 en blok 143 lyn 12-28; onderhoudsessie 19 blok 141 lyn 25-36).

Dit het later geblyk dat J die nuutaangeleerde konflikhanteringsvaardighede moontlik veralgemeen het na kontekste buite terapie, toe mev X noem dat konflik in die vader-kindverhouding tot so 'n mate verminder het dat: *“Things flow much better”* (sien onderhoudsessie 19 blok 141 lyn 25-36).

Ander terapeutiese uitkomste wat J met betrekking tot uitreagerende gedrag bereik het, word later bespreek (sien 5.7.).

5.4.3.3. Sosiale interaksie: Familieverhoudings

Sosiale interaktiewe vaardighede wat J in nie-direktiewe spel met byvoorbeeld die koalas (sien 5.4.3.) aangeleer het, het hy veralgemeen na ander kontekste buite die terapieproses. J het byvoorbeeld in sosiale interaksie met familieledes, soos sy oom, geringe fisieke kontak begin toelaat. Hy was bereid om sy oom vir die eerste keer 'n drukkies toe te laat, terwyl hy sy liggaam skuins gedraai en stokkerig bly staan het (sien spelsessies: sessie 4 blok 68 lyn 451-454 en sessie 5 blok 84 lyn 604-612 en blok 85 lyn 619-624; onderhouds: sessie 1 blok 26 lyn 88 en sessie 19 blok 131 lyn 100-123). So het hy sy potensiaal om aanvaarding te ontlok, uitgebou (IPA-veranderlike 9).

Die vermoë om belang te stel en kongruent op te tree (IPA-veranderlike 2) wat J ontwikkel het (soos tevore uiteengesit), het hy ook in kontekste buite die terapieproses met ander mense getoon. Anders as voorheen het J nie meer onttrek nie, maar spontaan van sy selfgeboorde speelgoed vir sy oom begin wys. Alhoewel hy steeds emosionele afstand (IPA-veranderlike 7) behou het deur nie oogkontak te maak nie, het hy die afstand tussen hom en sy oom vir die eerste keer verklein deur verbaal uit te reik en te vra dat sy oom moet kyk wat hy gebou het (sien onderhoudsessie 19 blok 131 lyn 105-113). Hierdie bevindings verskil tot 'n mate van literatuur wat aandui dat kinders met AS intensiewe belangstelling in 'n stokperdjie of werk mag toon, maar nie maklik sal poog om ander mense daarby te betrek nie (Phemister, 2005).

J se klaarblyklike veralgemening van nuwe vaardighede (die maak van fisieke kontak en deel van belangstellings in speelgoed), het verskil van literatuur wat aandui dat kinders met AS nie maklik nuutaangeleerde vaardighede spontaan veralgemeen na ander kontekste nie (Attwood, 2006; Mattila et al., 2007; Tantam, 2000), maar het ooreengekom met literatuur wat noem dat nie-direktiewe spel (KGS en SKS) wel tot gevolg het dat nuutaangeleerde vaardighede deur kinders veralgemeen word na hulle alledaagse lewe (Bradway & McCoard, 1997; Dale & Lyddon, 2000; De Villiers, 2006; Guernsey, 1983b; Harper, 1988; Johnson et al., 1999; Landreth & Bratton, 2006; Machiodi, 2005; Mitteldorf et al., 2001).

J het op merkwaardige wyse sy vordering in sosiale interaksie met gesins- en ander familieleden tydens 'n Desember vakansie tot so 'n mate getoon, dat mev X dit as volg beskryf het: *“This was the best holiday I ever had! We even decided to stay longer on vacation”*. J kon die emosionele afstand (IPA-veranderlike 7) tussen hom en familieleden verklein deurdat hy, anders as voorheen, nie uitreageer het nie en vir die eerste keer bereid was om saam met sy nefies en niggies in dieselfde motor te ry. Hy het nie summier onttrek as familie kom kuier het nie en hulle direkte vrae aan hom kortliks beantwoord. Met probleemoplossings-

vaardighede (IPA-veranderlike 15) het hy geleidelik vermydings- en onttrekkingstrategieë deur pro-aktiewe optrede vervang. Hy kon byvoorbeeld sy behoefte aan alleentyd aan sy moeder verbaliseer en het 'n oplossing gevind deur in die vakansie-eenheid onder 'n tafel 'n stil omgewing vir homself toe te eien. Dit was interessant dat hy, anders as voorheen, slegs vir kort rukkes in hierdie stil omgewing onttrek het en daarna sosiale interaksie met die familie hervat het (sien onderhoude: sessie 17 blok 122 lyn 1 tot blok 123 lyn 31 en sessie 19 blok 144 lyn 75-86).

'n Ander terapeutiese uitkoms was sigbaar toe J tydens dieselfde vakansie beheer geneem het (IPA-veranderlike 6) en vir die eerste keer selfgeldend kon optree teenoor 'n neef wat hom dikwels geboelie het (soos uiteengesit in die aanmeldingsprobleem). Mev X het dit beskryf as: *“J spoke up and went his own way. This threw his cousin off track”* (sien onderhoude: sessie 1 blok 39 lyn 148-154; sessie 2 blok 60 lyn 249 tot blok 61 lyn 261 en sessie 17 blok 125 lyn 44-51).

Terapeutiese uitkomst wat J met gesins- en familieledede bereik het, het ooreengekom met literatuur wat aandui dat nie-direktiewe spel (KGS en SKS) kinders se selfvertroue, waagmoed, sosiale vaardighede en -interaksie, asook probleemoplossingsvaardighede kan verbeter (Landreth, 1991; Landreth & Bratton, 2006; Malchiodi, 2003, 2005; Ogawa, 2004; Petty, 2002; Poodhun, 2000; Ryan, 1999; Ryan & Wilson, 1995).

5.4.3.4. Sosiale interaksie: Onderwyser-kindverhouding

J se bereiking van terapeutiese uitkomst het ook veranderde gedrag by die skool meegebring. Hy het opregte belangstelling en kongruente optrede (IPA-veranderlikes 2 en 17) in die klassituasie begin toon en nie soos voorheen onttrek nie. Hy was meer gemotiveerd om skool toe te gaan, het meer leergierig geraak en meer aandag aan onderwysers gegee. Wat die onderwyser-kindverhouding betref, het 'n verandering plaasgevind en is die verhouding anders gedefinieer (IPA-veranderlike 5). Waar die onderwyser-kindverhouding voorheen

deur soveel konflik gekenmerk is dat hulle hom die skool wou belet, het hierdie simmetriese verhouding (magstryd) tussen J en onderwysers geleidelik na 'n komplimentêre verhouding verander waar hy die onderwysers kon toelaat om leiding in die klas te neem en sy samewerking gegee het (sien onderhoude: sessie 2 blok 68 lyn 285 tot blok 70 lyn 299, blok 75 lyn 313-315 en blok 79 lyn 325 tot blok 80 lyn 331; sessie 17 blok 126 lyn 52-67; sessie 19 blok 127 lyn 6-11).

J se ontwikkeling het ook duidelik geword in sy verbeterde vermoë om verandering van aktiwiteite in die skool, asook tydens terapisessies te hanteer. Hy het nie meer uitgereeageer as verandering aangekondig en verwag is nie en hy kon vinniger van aktiwiteite verwissel sonder om lank vooraf gewaarsku te word. Hierdie uitkoms kon ook verband gehou het met die meer effektiewe bekendmaking van sy behoeftes en beter probleemoplossingsvaardighede (IPA-veranderlikes 11 en 15). J het dit aanvanklik in terapisessies moeilik gevind om op te hou speel wanneer die spelsessie verby was. In sessies 3 tot 6 in die speelkamers het J nie gehoor gee wanneer die spelsessie op 'n einde was nie, maar in sessies 7, 8, 14 en 15 het hy net ophou speel toe die terapeut waarsku dat die speelyd op 'n einde is en die speelkamer onmiddellik verlaat. Later kon hy dit regkry om selfs sy behoefte om langer te speel, te verbaliseer (*"You know what, I just want to finish this game"*), maar het dan tog sy samewerking gegee (dvd1 1J1 tydgleuf 10:26:40 tot 10:27:28; observasiesessie 15 blok 140 lyn 240-244 en sessie 18 blok 163 lyn 217-222; onderhoude: sessie 1 blok 19 lyn 70-79; sessie 2 blok 68 lyn 285-288, blok 86 lyn 351-353 en blok 88 lyn 358-361; sessie 15 blok 120 lyn 39-46 en sessie 17 blok 126 lyn 56-65; spelsessies: sessie 3 blok 40 lyn 235-238; sessie 4 blok 76 lyn 526-538; sessie 5 blok 106 lyn 932-952; sessie 6 blok 117 lyn 1073-1084; sessie 7 blok 127 lyn 1183-1186; sessie 8 blok 156 lyn 1533-1536 en sessie 14 blok 235 lyn 360-361).

Kinders met AS vind dit moeilik om van aktiwiteite te verwissel omdat hulle langer as wat nodig is aandagtig op 'n aktiwiteit fokus (DuCharme & Gullotta 2003). J se vermoë om vinniger na nuwe aktiwiteite oor te skakel, kan moontlik toegeskryf word aan die feit dat die terapeut konsekwent aan die begin van elke sessie gesê het dat die sessie 'n halfuur sou duur en dat sy J sou waarsku indien daar vyf minute speletyd oor was (wat hom moontlik genoeg tyd gegee het om die fokus op sy aktiwiteit te beheer). Die sessie is dan konsekwent na die vyf minute-waarskuwing beëindig deur J voor keuses te stel. Deur middel van keuses kon die terapeut reageer op J se behoefte om verder te speel, sy gevoelens reflekteer en 'n sin van beheer en verantwoordelikheid aan hom gee sonder om 'n magstryd te laat ontwikkel (sien dvd 1 2J2 tydgleuf 02:26:19 en dvd 1 3J3 tydgleuf 03:29:00; spelsessies: sessie 3 blok 32 lyn 189 tot 33 lyn 200, blok 40 lyn 235-238; sessie 5 blok 106 lyn 932-952; sessie 16 blok 277 lyn 79-85 en sessie 17 blok 302 lyn 296-307).

J se aangeleerde vermoë om beter op verandering te reageer, ook buite die terapeutiese konteks, is teenstrydig met Blakemore-Brown (2002) se beskouing dat kinders met AS neig om nie aangeleerde gedrag spontaan te veralgemeen na ander kontekste nie.

5.4.3.5. Sosiale interaksie met die portuurgroep en vreemdelinge

Nie net het J die behoefte aan sosiale interaksie in die speelkamers hanteer deur byvoorbeeld te verwys na die sneltrein met passasiers en die ruimtetuig wat vir Gouelokkies gaan kuier het nie (sien spelsessies: sessie 12 blok 205 lyn 17-22 en sessie 13 blok 211 lyn 12-22), maar in sy alledaagse lewe het hy terapeutiese uitkomst in hierdie area begin toon. Dit blyk verder dat hy die nuutaangeleerde vaardighede van uitreik vir sosiale interaksie na ander kontekste kon veralgemeen waar sy sosiale interaksie met bekende asook vreemde kinders van sy portuurgroep begin verander het.

J kon dus ook die emosionele afstand (IPA-veranderlike 7) tussen hom en maats begin verklein deur sy toenemende gewilligheid om sosiale byeenkomste saam met die gesin by te

woon. Sy meer gevorderde probleemoplossingsvaardighede (IPA-veranderlike 15) is getoon, deurdat hy verantwoordelikheid vir sy eie, gemakliker funksionering sou aanvaar deur byvoorbeeld te versoek om eerste by die partytjie op te daag sodat hy ander kinders kon sien arriveer. (Die vermoede is ook dat hy hierdeur stelselmatig aan die vlak van lawaai kon gewoond raak en daardeur sensoriese oorstimulasie kon probeer reguleer). By verjaardagpartytjies het J toenemend begin speel, eerder as onttrek. Hy het sy nie-verbale kommunikasie begin reguleer deur verby 'n persoon se gesig te kyk, eerder as om sy rug te draai en het maats se vrae begin beantwoord (onderhoude: sessie 2 blok 59 lyn 241-248, blok 69 lyn 289-293; sessie 9 blok 113 lyn 31-36; sessie 14 blok 115 lyn 1 tot blok 118 lyn 64; sessie 17 blok 122 lyn 1-20; sessie 19 blok 128 lyn 19-34 en blok 132 lyn 124-157).

J het sy selfinsig en vermoë om homself en sy omgewing verantwoordelik te reguleer tussen vreemde kinders in 'n openbare park getoon. Tevore het sulke openbare plekke hom laat uitreageer. J kon byvoorbeeld geleidelik sy vermydings- en onttrekkingstrategieë vervang met direkte konfrontering van en pro-aktiewe optrede teenoor probleme. Weereens het hy veiligheid daarin gevind om vroeg te arriveer sodat hy kinders kon sien aankom by die park. Hy sou dan kontak inisieer en vir kort rukkie speel, homself dan onttrek vir wat mev X beskryf het as: "*He gathered himself*" en dan weer gaan speel met die kinders. Dit was ook interessant dat hy doelbewus sy liggaamstaal begin aanpas het en daardeur aanvaarding deur maats bewerkstellig (IPA-veranderlike 9) het. In plaas van om soos voorheen grondwaarts te kyk en sy liggaam in 'n bondeltjie toe te vou, het J nou belangstelling in kinders getoon (IPA-veranderlike 2) en byvoorbeeld voor 'n vreemde kind bly staan en skuins by die kind se gesig verby gekyk om so direkte oogkontak te vermy. Dit het tot gevolg gehad dat die kinders hom nie soos voorheen verwerp het nie (sien observasiesessie 14 blok 126 lyn 20-35; onderhoude: sessie 1 blok 40 lyn 155-158; sessie 2 blok 58 lyn 237-240; sessie 14 blok 115 lyn 1 tot blok 118 lyn 64; sessie 19 blok 133 lyn 158-188).

By die skool het J ook meermale begin om komplimentêre verhoudings met sy portuurgroep te herdefinieer (IPA-veranderlike 5) en hy het die leiding begin neem in sy vriendskap met M wat gewillig was om sy leiding te aanvaar (sien observasiesessie 2 blok 3 lyn 14-19, en blok 21 lyn 79-88; onderhoude: sessie 14 blok 115 lyn 1-19 en sessie 19 blok 128 lyn 19-31).

Weereens is bevestig dat nie-direktiewe spel (KGS en SKS) kommunikasievaardighede asook sosiale interaksie van kinders kan verbeter. Die navorser bly egter daarvan bewus dat J by 'n multi-professionele span ingeskakel het en gee toe dat insette van die spraakterapeut ook 'n rol kon gespeel het (Autism South Africa, 2002a; Gabriels, 2003; Hunter, 1998; Landreth, 1991; Landreth & Bratton, 2006; Mittledorf et al., 2001; Parritz & Troy, 2011).

5.4.3.6 Sosiale interaksie tydens doktersafsprake

In die aanmeldingsonderhoud is klem gelê op J se weerstand teen doktersondersoeke en sy gevolglike uitreagerende gedrag. Tydens dramatiese spel (in die rol van “*the baby*”) kon hy sy persepsie van doktersondersoeke met die terapeut deel. Hy het na die stetoskoop, spatula en inspuitbuis gekyk en gesê: “*You know when I went to the doctor, he had these. He listened to me and it was sore. ...cause he wanted to see my blood. ...Do you see it?*”(sien dvd1 2J2 tydgleuf 02:01:45; spelsessie 4 blok 45 lyn 267-280). In sy dramatiese spel het dit duidelik geword dat hy die rede vir sy besoek aan die dokter verstaan het: “*But then he want to go to the doctor cause he was all sick*”. Tydens spel het J ook van mediese toerusting gebruik gemaak om homself te ondersoek op 'n wyse wat vir die pediater onmoontlik was, omdat hy nie fisieke kontak deur haar toegelaat het nie. Hy het die bloeddrukapparaat opgetel en daaroor gesê: “*But, but, but, then the doctor gave him something*”. Hy het die stetoskoop in sy ore gesit, die gehoorbuis teen sy maag gehou en gesê: “*He did this... he uhmm... he get this...*” (dvd 1 2J2 tydgleuf 02:17:24 tot tydgleuf 02:18:05; dvd 1 3J3 tydgleuf 03:22:17 tot

03:23:22; spelsessie 4 blok 45 lyn 267-280 en blok 66 lyn 409-417; sessie 5 blok 83 lyn 596-603, blok 88 lyn 640-645 en blok 101 lyn 818-836; onderhoude: sessie 1 blok 50 lyn 203-206; sessie 5 blok 105 lyn 454-470).

R. Seedat (persoonlike kommunikasie, Julie 24-25, 2000) het die moontlikheid dat J twee persepsies van dieselfde saak ondersoek het, uitgelig. Hy kon verken hoe dit vir hom as ontvanger gevoel het om met mediese apparaat ondersoek te word, en tweedens hoe die dokter dit beleef het om met mediese apparaat te ondersoek. Indien dit wel die geval was, was dit merkwaardige optrede van J en het dit verskil van literatuur wat aandui dat kinders met AS nie maklik 'n saak vanuit iemand anders se verwysingsraamwerk kan beskou nie (Baron-Cohen, 2004; Landa, 2000; Ozonoff & Griffith, 2000). Tog, in 'n onlangse studie het Hull (2011) uitgewys dat sommige kinders met AS wel met behulp van speltherapie 'n situasie vanuit 'n ander persoon se verwysingsraamwerk kan beskou. Hierdie is 'n besonder belangrike mylpaal, aangesien dié vermoë onderliggend aan empatie is.

Terapeutiese uitkomst wat J in terme van hantering van emosies gedemonstreer het, word nou bespreek.

5.4.4. Emosies

Aanvanklik het J se gedrag ooreengekom met beskrywings in vakliteratuur wat aandui dat kinders met AS dit moeilik vind om hulle gedagtes en gevoelens met ander te deel (Autism South Africa, 2002a; Stobart, 2009). Wat interessant was, is dat J binne die speelkamer sy emosies meer kongruent verbaal asook nie-verbaal kon toon (IPA-veranderlike 2), terwyl hy buite die speelkamer geneig was om emosionele kommunikasie te vermy. Hy kon byvoorbeeld binne die speelkamer verbaal en nie-verbaal kongruent emosies uitdruk toe hy die dinosourus, T-Rex, in die sand gesit en kwaai geklink het terwyl hy sê: “Roarr!!! *The T-Rex scared all the armies!*” In sessie 4 het hy byvoorbeeld 'n klein renoster van die diererak afgehaal en sy stemtoon verander van kwaai na huilerig, terwyl hy die

renostertjie by die ander in die sandbak gaan sit het: “*Auhh, he wants his mommy... but then he found his mommy*”. Hierdie spelwêreld word op foto 5.8. hieronder uitgebeeld. Buite die speelkamers was J se gedrag egter meermale inkongruent deurdat hy nie-verbaal die indruk gegee het dat hy nie ag slaan op die terapeut nie, maar dan tog op haar keuses en respondering gereageer het (sien dvd1 2J2 tydgleuf 02:03:30 tot 02:09:34; spelsessies: sessie 4 blok 47 lyn 288-301 en blok 49 lyn 308-313; observasiesessie 4 blok 37 lyn 149 tot blok 40 lyn 184).

Volgens Drewes (2001) kan die verskil in kongruente uitdrukking van emosie binne en buite die speelkamers moontlik toegeskryf word aan die feit dat jong kinders nie hulle eie vermoëns vertrou nie en tydens fantasiespel meer op hulle gemak is, wat meer kongruente gedrag na vore laat kom.



Foto 5.8. Renosters: “*...but then he found his mommy*”

Dit het geblyk dat J gedurende nie-direktiewe spel (KGS en SKS) spontaan gepoog het om verskeie emosies te hanteer. In sy spel het dit duidelik geword dat hy ’n groter bewustheid van ander se emosies gehad het as wat hy daaglik laat blyk het. Sy emosionele

woordeskat was nogal uitgebrei soos geblyk het uit sy uitdrukkings in die speelkamer, byvoorbeeld “*nice, cool fun, scariest, scare, angry, worried*”. Sinsnedes wat emosies verwoord het, was byvoorbeeld “*something even more scarier was chasing them; the T-Rex scared all the armies!; looks very cross; how cross was this one; run cause they were scared; God was worried; made God really sad; scariest thing you ever saw; there was nothing to be afraid of; I hate teared money!*”(sien spelsessies: sessie 4 blok 51 lyn 326; sessie 5 blok 84 lyn 612, blok 104 lyne 883,890,907 en 909; sessie 6 blok 112 lyn 990-991; sessie 7 blok 124 lyn 1159-1163; sessie 9 blok 164 lyn 121; sessie 11 blok 180 lyn 91, blok 183 lyn 142, blok 185 lyn 172-174 en blok 188 lyn 237). Hierdie emosionele woordgebruik het op groei gedui aangesien een van Mev X se aanvanklike bekommernisse was dat hy nooit na emosies verwys het nie (sien 5.2.).

Die wyse waarop J aggressor-slagofferspel gebruik het, kon suggereer dat hy waarskynlik gereeld beheerverlies en magteloosheid ervaar het en nie sy gevoelens van woede en vrees effektief kon hanteer nie. Dit sou hom onveilig laat voel. Hierdie dinamiek is waarskynlik onderliggend aan sy uitspeel van ’n behoefte aan veiligheid (R. Seedat., persoonlike kommunikasie, Julie 24-25, 2000) (sien 5.2.; spelsessies: sessie 3 blok 38 lyn 226-231; sessie 4 blok 46 lyn 281-287 en blok 48 lyn 304-307; sessie 5 blok 102 lyn 848-858; sessie 7 blok 121 lyn 1129-1144 en sessie 11 blok 183 lyn 137 tot blok 184 lyn 171).

Die gebruik van effektiewe probleemoplossingsvaardighede (IPA-veranderlike 15) was sigbaar in J se dramatiese spel gedurende SKS in sessie 6, toe hy die rol van “*the grown man*” vertolk en verbete met twee lang slange na wie hy herhaaldelik verwys het as “*scariest thing you ever saw*”, geveg het. Hy het selfvertroue en vasberadenheid vertoon en die slange met mening in die SKS-kamer rondgepluk. Hy het oorwinning oor die vrees gekry toe hy uiteindelik opgemerk het “*...a grown man that caught snakes and forced their mouths shut*”. Hy het die slange in ’n hok gegooi waaruit hy sê hulle nie kon ontsnap nie (sien spelsessie 6

blok 110 lyn 974-977 en blok 115 lyn 1043-1059). J het selfs 'n geen toegang-teken langs die slange geplaas na sy oorwinning, soos in foto's 5.13. en 5.14. hieronder gewys word.



Foto 5.13. Die slange wat J met vrees geassosieer het



Foto 5.14. Die slange nadat die volwasse man hulle oorwin het en die geen toegang-teken

Tydens 'n ander geleentheid het J gedurende nie-direktiewe spel in SKS vrees soortgelyk hanteer, toe hy opgemerk het: *“A witch also comes into the world to scare everyone, but she quickly got thrown out by the strong dinosaurs and the tigers”* (sien

spelsessies: sessie 6 blok 115 lyn 1041-1054 en sessie 7 blok 124 lyn 1159-1165). Die dinosourusse en tier kan op foto 5.15. hieronder gesien word.



Foto 5.15. 'n Wêreld sonder mense: Dinosaurs wat die heks uitgegooi het

J se hantering van emosies tydens spel het gemanifesteer in van die betekenisvolle verandering in sy verhouding en kommunikasie met sy ma. In sessie 11 kon hy byvoorbeeld saam met mev X spekulêr oor watter leeu die kwaaieste gelyk het en kon hy sy opinie daaroor met haar deel (sien dvd 2 3video 2J6 tydgleuf 03:02:28 tot 03:03:25; spelsessie 11 blok 180 lyn 81-94). 'n Verdere verhoudingsuitkoms was dat 'n nuwe dimensie van gedeelde genot die voorheen-konflikbelaaide moeder-kindverhouding verryk het. J kon opgewondenheid oor 'n tikmasjien met mev X deel: *“Check out this, Mom. Awesome! What is this, Mom? ...This is such cool fun, hey Mom?”* In die moeder-kindverhouding is die emosionele afstand verklein en die ma se behoefte aan kwalitatief beter kontak met haar seun is bevredig.

Hierdie vaardigheid van emosionele uitdrukking is ook in die buite-terapeutiese omgewing beoefen. J het toenemend verbaal en nie-verbaal sy emosies aan ander te kenne gegee. Hy het byvoorbeeld spontaan geglimlag en selfs in opgewondenheid van sy speelgoed tuis in die lug opgegooi. Wat meer is, het J se verkeerde interpretasie van ander mense se emosies en gedrag terselfdertyd begin verminder sodat mev X hom byvoorbeeld kon optel en vinnig beweeg wanneer hulle laat was, sonder dat hy soos voorheen uitgeregader het omdat hy sou dink dat sy vir hom kwaad was (sien 5.2.; onderhoude: sessie 9 blok 112 lyn 11-19 en sessie 19 blok 138 lyn 254-273).

'n Merkwaardige terapeutiese uitkoms het plaasgevind toe J onverwags met selfinsig oor sy emosies met mev X gepraat het: *"I don't feel anything. Why don't I feel anything?"* Op haar vraag wat hy bedoel, het J geantwoord: *"I don't know. I just don't feel anything. I don't feel angry or scared. I feel nothing"*. Ten spyte hiervan, het mev X waargeneem dat J rustiger en kalmer as voorheen was (sien onderhoude: sessie 1 blok 8 lyn 51-53; sessie 2 blok 81 lyn 332-334 en sessie 19 blok 139 lyn 274-293).

Terapeutiese groei het ook duidelik geword in J se toenemende gebruik van humor, wat in teenstelling is met literatuur dat kinders met AS humor moeilik hanteer (Harvard Mental Health, 2005; Rourke & Tsatsanis, 2000; Tantam, 2000). In sessie 18 het J saam met sy moeder sosiaal gepas en kongruent hardop gelag toe hy vertel van Tom en Jerry se manewales. In dieselfde sessie het J vir die eerste keer 'n grappie met mev X gemaak toe hy haar speels in die kantoor wou toesluit: *"I'm gonna lock you in, Mom!"* (sien observasiesessie 18 blok 172 lyn 28-52).

Die rol van nie-direktiewe respondering tydens KGS en SKS maak kinders bewus van hul gevoelens en leer hulle om emosies te herken, te verwoord en te hanteer, aspekte wat in 'n behandelingsprogram vir kinders met AS baie belangrik is (Berney 2006: Johnson

et al., 1999; Josefi & Ryan, 2004; Landreth, 1991; Landreth & Bratton, 2006; Malchiodi, 2003, 2005; Tsatsanis et al., 2004).

Terapeutiese uitkomst wat J in terme van uitreagerende gedrag gedemonstreer het, word vervolgens weergegee.

5.4.5. Uitreagerende gedrag

Kinders in die pre-operasionele stadium van ontwikkeling gebruik uitreagerende gedrag wanneer hulle nog nie die kognitiewe of taalvermoë het om hul emosies te kan reguleer nie. Die uitdaging vir hierdie kinders is om soveel moontlik hanteringstrategieë te ontdek en te ontwikkel om emosies te hanteer. Patterson (2008, p. 328) noem verder dat: *“Children’s increasing ability to use such strategies means that they show fewer emotional outbursts... Children who are successful in regulating negative emotional states are better liked by peers and seen as more socially competent by their teachers...”*

Terapeutiese gebruik van keuses en grensneerlegging leer kinders om beheer oor hulle emosies, gedagtes en optrede te verkry (Landreth & Bratton, 2006). Dit was ook duidelik in J se gedrag dat hy beheer leer neem het oor sy uitreagerende gedrag, wat volgens mev X oor die algemeen merkwaardig afgeneem het (sien onderhoudsessie 15 blok 120 lyn 36-41). Hy het badtye beter hanteer en het meer dikwels met sy ma geredeneer en haar behoeftes in ag geneem. Terselfdertyd het uitreagerende gedragsepisodes en die duur daarvan dramaties afgeneem. ’n Merkwaardige stap vorentoe was dat J ná uitreagerende gedrag met sy moeder oor die gedrag kon praat en haar omverskoning gevra het (sien onderhoudsessie 15 blok 119 lyn 1-35).

Ter illustrasie van die belangrikheid om problematiese ervarings uit te speel, word J se badtydspel beskryf. Hy het in die rol van *“the baby”* badtoerusting geneem, gedemonstreer en geverbaliseer hoe hy homself was: *“Then he found his baby bath...(gooi alles uit op die vloer)...this is what he needed for his bath. Then he taked soap, then he sitted in his bath (J*

gaan sit self bo-op die bababad) *and washes his bum...*(hy was sy eie boud)”. Hy het die spieëltjie opgehou en gesê: “*He looks in the mirror... and you know what else he did? Then he dried everywhere* (droog homself af oor sy lyf en spring van die bad af), *brushed his hair...* (J trek die speelgoedkam deur sy hare)... *cause he bathed. You know what else he did...?* (Kam weer sy eie hare met die borsel)” (sien dvd 1 2J2 tydgleuf 02:23:10 tot 02:25:48 en dvd 1 3J3 tydgleuf 03:19:08 tot 03:21:15; spelsessies: sessie 4 blok 73 lyn 492-506; sessie 5 blok 93 lyn 710-716 en blok 99 lyn 784-807). Die blou badjie en badtoerusting wat J hier gebruik het, kan op foto 3.1. gesien word (sien hoofstuk 3).

In hierdie spel kon hy verskillende gesigspunte ondersoek, naamlik as die een wat gebad word en as die een wat iemand anders bad om sodoende kognitief en emosioneel ’n beter begrip van die situasie te ontwikkel. Dit is bekend dat kinders met AS dit moeilik vind om ander se verwysingsraamwerk in ag te neem en dit mag wees dat KGS J hierin behulpsaam was (Klin et al., 2000a; Landreth, 1991; Landreth & Bratton, 2006; Poodhun, 2000; Rennie, 1998). Landreth en Bratton (2006, p. 81) het dit gepas gestel: “*Children are not free to explore, to test boundaries, to share frightening parts of their lives, or to change until they experience a relationship in which their subjective experiential world is understood and accepted*”.

Voorheen sou J met uitreagerende gedrag op mislukking reageer, maar nou kon hy selfbeheer toon, byvoorbeeld toe ’n toring wat hy gebou het omgeval het, het hy bloot reageer met: “*That doesn’t matter*” en die toring herbou. Hierdie probleemoplossingsvaardigheid is duidelik in die speelkamer aangeleer, aangesien die terapeut in die speelsessies soortgelyke opmerkings sou maak wanneer J ’n probleem ervaar het. Wanneer J byvoorbeeld ná ’n mislukking met ’n ander speelding begin speel, het sou die terapeut responseer met: “*That doesn’t matter, you found something else to play with*”. Die terapeut het ook responseer op sy gevoelens: “*You are disappointed that there’s nothing in there*” (’n leë beursie), waarop hy

bevestigend sou antwoord en dan sou opmerk: “*That doesn’t matter!*” (sien dvd 3 3J10 tydgleuf 03:08:40 tot 03:09:47; onderhoudsessie 19 blok 137 lyn 228-238 en spelsessie 17 blok 288 lyn 118-135).

J se terapeutiese leer en vordering bied stof tot nadenke aangesien daar nie direkief insette gelewer is aangaande selfbeheer of die hantering van uitreagerende gedrag nie.

5.5. SLOT

In hierdie hoofstuk is die bevindings van die studie bespreek. Daar is gefokus op hoe die terapeutiese uitkomste wat J gedemonstreer het, verband gehou het met die aanmeldingsprobleem en verskeie IPA-veranderlikes. J het terapeutiese uitkomste in 8 van die 17 veranderlikes getoon, naamlik empatie, definiëring van die verhouding, potensiaal om aanvaarding of verwerping uit te lok, opregte belangstelling en kongruente optrede, beheer, emosionele afstand, probleemoplossingsvaardighede en aspekte wat verband gehou het met die aanmeldingsprobleem. Alle terapeutiese uitkomste is saamgevat en onder die volgende terapeutiese gebeure uiteengesit, naamlik verbeeldingspel, dramatiese spel, sosiale interaksie (met die terapeut, ouers, familie, onderwysers, portuurgroepverhoudings, vreemdelinge en doktersbesoeke), emosies en uitreagerende gedrag.

Vervolgens word ’n terugblik bygevoeg ter toeligting vir die leser.

5.6. TERUGBLIK

Na afhandeling van die terapeutiese proses en nadat die gesin na Natal verhuis het, het mev X weer telefonies met die terapeut in aanraking gekom. J was in ’n nuwe skool waar die onderwysers nie kennis van AS gehad het nie en sy het raad gevra oor hoe om die situasie te hanteer. Daarna het ’n geruime tyd verloop voordat mev X die terapeut weer telefonies laat weet het dat die gesin terug was in Gauteng. J was weer in ’n nuwe skool en mev X het die

situasie anders as by die vorige skool hanteer. Die navorser het dit goed gedink om 'n opvolggesprek met mev X te reël. Dit het telefonies plaasgevind en word hieronder aangebied, met mev X se toestemming, as die navorser se vertaalde weergawe. Hierdie gesprek het plaasgevind na afhandeling van die navorsing en word slegs ter toeligting vir die leser bygevoeg.

In die gesprek is aan mev X gevra wat die terapeutiese gebeure met J vir haar beteken het en of dit sinvol was en sy het dit as volg beskryf:

Om deel te wees van die speltherapie was sinvol omdat dit dinge omtrent J weer in perspektief geplaas het. Dit was belangrik dat ek kon deelneem in die spelsessies, want ek kon jou optrede teenoor J deurlopend sien en dit het my insig gegee in J se angstigheid en hoe om dit te hanteer. Ek het gevind dat wanneer ek tuis 'n probleemsituasie met J ondervind het, sou ek terugdink aan hoe hy 'n soortgelyke situasie in die speelkamer sou uitspeel en hoe jy daarop sou reageer en dit het my gehelp om die situasie tuis te kon hanteer.

In die speelkamers kon ek waarneem hoe ernstig J se angstigheid met tye was en dit was opmerklik om te sien hoe hy weekliks vordering maak en sy angstigheid verminder het. Tog, wanneer iets gebeur het wat sy angs laat toeneem het gedurende die week, kon ek in die speelkamer sien hoe dit hom beïnvloed.

Ek het die feit dat J toegelaat was om self te kon kies van watter speelkamer hy gebruik wou maak, net so sinvol gevind. Wanneer hy die speelkamer gekies het, “my heart sank”, want ek het agtergekom dat hy die speelkamer gebruik het om werklike probleme (soos kinders wat hom boelie) wat hom ontstel het, te hanteer. Wanneer hy egter die sandkamer gekies het, was sy spel gewoonlik chaoties (soos gesien kan word op foto 5.16. hieronder) en het dit ooreengestem met die tye wanneer hy sy lewe tuis en by die skool as chaoties beleef het.



Foto 5.16. Een van J se deurmekaar sandwêrelde

Een van die besondere ontdekkings wat ek kon maak tydens my deelname in die speelkamers, was dat ek meer geleer het van J se emosies deur sy liggaamstaal waar te neem tydens sy spel. Dit het my gehelp om te verstaan wat sy gesigsuitdrukkings beteken wanneer ons by mense kuier “and when he has had enough”. Indien ons egter nie die geselskap kon verlaat nie, kon ek dit aan hom verduidelik en het hy nie met uitreagerende gedrag reageer nie. Hy sou sê dat hy verstaan en dan van sy “time out” gebruik maak. Wat opvallend was, was dat hy dan verder weg as gewoonlik van die res van die mense sou onttrek na waar dit stiller was. Anders as voorheen, sou hy selfbeheer toon en wag totdat die gesin kon vertrek.

Wat vir my interessant was, was dat J die indruk gegee het dat hy vryheid in die speelkamers gehad het om net homself te kon wees. Dit was die een plek waar hy nie nodig gehad het om voor te gee of “to perform” of te moes gehoor gee aan soveel reëls en regulasies nie. Ek kon sy liggaamstaal en gepaardgaande emosies baie beter verstaan omdat “he did not put up walls to keep us out of his world”. Ek dink dit was omdat: “there was no judgment of people that caused anxiety. He could be free to be himself. In the play room he did not have to adhere to so many rules that would make him anxious. Back at home and at

school there are a lot of rules and J adheres to these rules and he almost never pushes these boundaries. The fact that rules were only used when needed in the play room, gave him freedom”. *Hy het veilig gevoel en het besef hy word nie gekritiseer of verwerp vir hoe hy optree nie.*

Die wyse waarop Filialspeltherapie deur jou aan my geleer is, was vir my baie belangrik: “The Filial helped me to understand J. I still have the notes you gave me and will still refer back to them when I get stuck with J.” Ek kan dit aanbeveel dat ander ouers ook toegelaat word om deel te hê aan spelsessies wat die terapeut met die kind met AS het, omdat so baie deur waarneming van die terapeut en die kind geleer kan word. Tweedens kan ek aanbeveel dat ouers van kinders met AS aan die ervaringsleer van Filiaalspeltherapie blootgestel word.

Toe ons in Natal gewoon het, het hy nie omgee as onbekende kinders skielik sy bal skop nie. Intendeel, “he would go up to them and ask to play with.” Hy sou egter steeds nie oogkontak met die kinders maak nie. In Natal het J twee wonderlike skooljare gehad. Hy was in ’n skool waar die onderwysers AS verstaan het, geduldig was en J ondersteun het. “His coping mechanisms were wonderful.” J het byvoorbeeld nie daarvan gehou dat al die kinders in die oggende voor skool in ’n groot groep bymekaar moes kom nie, aangesien dit fisieke kontak en betreding van sy persoonlike ruimte beteken het. Hy het self ’n oplossing gevind deur eenvoudig uit die groep te beweeg en terwyl die onderwysers met afkondigings besig was, het hy papiere op die speelgrond rondom die groep kinders opgetel. Sodra hulle moes verdaag, het hy ook klas toe gegaan en dadelik met aktiwiteite in die klas voortgegaan. Onderwysers het hierdie optrede van hom toegelaat. J het ook geleer “to give himself time out when he was overwhelmed.” Hy sou pouse wanneer geraas op die speelgrond te veel geraak het, eenvoudig na die personeelkamer toe gaan en die klasonderwyseres opsoek wat met begrip reageer het en hom toegelaat het om by haar te sit. Hierdie tye van onttrekking

het egter 5 minute geduur en dan sou hy weer by maats aansluit en met hulle sosialiseer.

“Play therapy helped a lot to improve J’s coping skills.”

J sal byvoorbeeld nie meer toelaat dat kinders hom boelie nie. Ek moes aan hom verduidelik dat hy moet verbaliseer dat hy nie van hulle optrede teenoor hom hou nie. J sal nou met selfvertroue sê: “Stop, I don’t like that.” Indien die kinders nie gehoor gee nie sal J die onderwyser nader vir hulp, iets wat hy nie voorheen gedoen het nie.

Na twee jaar in Natal het ons weer teruggekom na Gauteng en moes J weer na ’n nuwe skool. Hier was ek nie toegelaat om as deel van ’n multi-professionele span met onderwysers kontak te hê nie. Die onderwysers het nie J se AS verstaan nie, was onsimpatiek teenoor hom en het baie geskree in die klas. J het gedurende daardie jaar soveel agteruitgegaan “that he became suicidal.” Met aanvang van die nuwe skooljaar wou hy nie skooltoe gaan nie en het ek aangedring daarop dat die onderwysers my toelaat om sy toestand met hulle te bespreek. Ek kon met hulle deel hoekom hy optree soos hy doen, wat sy optrede regtig in ’n gegewe situasie beteken en hoe hulle daarop kon reageer. Die nuwe klasonderwyseres was meer begrypend en ondersteunend. Ek kon byvoorbeeld aan haar vertel dat wanneer sy kwaad was en met die hele klas sou raas, sy glad nie oogkontak met J moes maak nie, aangesien hy hierdie optrede van haar onmiddellik persoonlik sou opneem as dat sy vir hom kwaad is.

In die begin het J hierdie onderwyseres nie vertrou nie en “he put up a wall and shut her out when she wanted to teach him something new.” Ek kon ’n gesprek met J voer en verduidelik dat dit belangrik was dat hy die onderwyseres toelaat om hom te leer en haar nie moes uitsluit uit sy wêreld nie. In my gesprek met J het ek vir hom gewys wat hy doen wanneer “he put up walls” en agtergekom dat hy nie besef wanneer hy dit doen nie. Ek kon met die onderwyseres gesels en haar towys maak oor hoe sy J moes benader sonder om onnodig druk op hom te plaas en sodat sy sy gedrag in konteks kon verstaan. Hierna het J sy

samewerking gegee en haar toegelaat om hom te leer, hoewel ek hom steeds met tye bewus moet maak daarvan dat “J, you are putting up walls again.” Sy wiskundepunte het hierna byvoorbeeld verbeter van 35% na 89% en dieselfde tendens was grootliks sigbaar in al sy ander vakke, behalwe Afrikaans wat hy as ’n moeilike taal beleef. Anders as die vorige skooljaar, was daardie skooljaar een van J se beste skooljare nog gewees.

Ek het hierdie jaar ook anders benader as die vorige jaar deurdat ek die onderwyseres ongeveer 6 weke kans gegee het om vir J klas te gee en toe eers ’n gesprek met haar oor hom gaan voer het. Dit het my die geleentheid gegee om haar frustrasies en vrae te kon beantwoord en verduidelikings te gee vir hoekom hy optree soos hy doen en wat sy optrede moontlik kon beteken en dit kon dinge weer in perspektief vir haar stel.

J hou steeds nie van doktersbesoeke nie, want hy kan fisieke kontak nie hanteer nie. Anders as voorheen, laat hy die geneesheer toe om hom te ondersoek sonder om uitreagerende gedrag te toon. Sy hele liggaamshouding is egter styf en gespanne en mens kan sien dat hy baie ongemak beleef. Hy behou egter selfbeheer en sal eers wanneer ons in die motor is tekens van frustrasie en aggressie toon, deur byvoorbeeld die radio hardhandig aan te sit, of my kortaf te antwoord. Ek laat dan toe dat hy opgekropte emosies op hierdie wyse ontlaai.

J se uitreagerende gedrag het soveel verminder dat hy nou 1 of 2 episodes in ’n jaar beleef. Dit was opmerklik hoe vinnig hy selfbeheer oor uitreagerende gedrag gekry het kort nadat met die spelterapie begin is. My indruk was dat die weeklikse sessies hiermee gehelp het. J het frustrasie of angstigheid gedurende die week opgebou en kon hierdie emosies in die speelkamers uitspel en uitspeel: “Playing helped him to play out his anger and anxiety. That caused the tantrums to slow right down.”

Anders as voorheen, hanteer J badtyd as iets waarvan hy nie noodwendig hou nie, maar wat gedoen moet word. Geen uitreagerende gedrag kom voor nie, hy gaan bad self en geniet dit meer om te stort. Daar is nou geen probleme meer tydens badtyd nie.

Etenstye is steeds problematies. J is tas-defensief vir teksture van kossoorte. Hy sal egter opmerk dat kos aangenaam lyk en sal waag om daarvan te proe, hoewel die tekstuur van nuwe kos hom laat gril en dan sal hy nie verder daarvan wil eet nie.

J hou steeds nie daarvan om nuwe aktiwiteite te ondersoek nie. Ek kry die indruk dat hy bang is vir mislukking en negatiewe optrede van ander kinders.

Ongeveer drie maande gelede was daar baie konflik tussen J en sy vader, omdat sy vader gevoel het dat J nooit wys dat hy lief is vir hom nie. Mnr X ervaar liefde deur fisieke aanraking en J kan fisieke aanraking nie hanteer nie. Ek het met J gesels en kon aan hom verduidelik: "My boy, you don't have to show me that you love me. I know you love me. But with dad it is different. He feels he does not know whether you love him. You have to show him that you love him." J het spontaan begin om mnr X 'n nagsoentjie op sy wang te gee, 'n drukkies te gee en hy sal verbaal opmerk: "Daddy I love you" wanneer hy verbystap. Hy doen dit so gemaklik dat mnr X verbaas is oor hierdie verandering en na J se optrede verwys as "Daddy-glue". Die verhouding tussen hulle is nou beter.

Die enigste aspek wat nog kommerwekkend is, is die feit dat ek aanvanklik gedink het J het nie logiese redenering nie. Hy sal byvoorbeeld oor 'n straat stap sonder om links of regs vir aankomende verkeer uit te kyk. Ek het J na 'n opvoedkundige sielkundige geneem en deur middel van 'n evaluering is bevind dat die spoed waarteen J inligting prosesseer, kommerwekkend stadig is. Ek weet nog nie hoe om hierdie probleem te hanteer nie, want dit beïnvloed J se alledaagse funksionering. Dit is asof hy te laat agterkom hoe hy moes reageer op 'n gegewe situasie.

Mev X se toestemming vir die meedeel van hierdie gesprek kan op die digitale videoskyf wat ingesluit is, gesien word. In die volgende hoofstuk word die gevolgtrekkings en aanbevelings van hierdie studie bespreek.

HOOFSTUK 6: GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

6.1. INLEIDING

In hierdie hoofstuk word die gevolgtrekkings wat gemaak, verklarings wat gegee en lesse wat geleer is ten opsigte van die literatuurstudie, die navorsingsvrae en die IPA-veranderlikes weergegee. Daarna word 'n program aangebied wat fokus op die gebruik van nie-direktiewe response om 'n kind met AS bewus te maak van aspekte rakende die 17 IPA-veranderlikes. Reflekerende narratiewe van J, die terapeut en die navorser word daarna beskryf. Laastens word die bydrae van die navorsing aangetoon, leemtes in die studie uitgewys en finale aanbevelings vir toekomstige navorsing gedoen.

6.2. GEVOLGTREKKINGS VAN HIERDIE STUDIE

Die primêre gevolgtrekking is dat J as vyfjarige kleuter met AS in nie-direktiewe terapie (KGS en SKS), 'n effektiewe wyse gevind het om terapeutiese uitkomst te kon bereik in vele aspekte van sy gedrag. Dit het ook IPA-veranderlikes ingesluit, naamlik die gebruik van verbeelding en dramatiese spel; terapeut-kindverhouding; ouer-kindverhouding; veralgemening van sosiale interaksie na ander kontekste met familie, portuurgroep en vreemdelinge; vind en gebruik van probleemoplossingsvaardighede; emosionele selfregulering met verminderde uitreagerende gedrag; selfrigtinggewing deur die gebruik van keuses; toon van empatie; gesonder definiëring van verhoudings; potensiaal om aanvaarding uit te lok; wys van opregte belangstelling en kongruente optrede; verkry van beheer; verkleining van emosionele afstand tussen hom en ander; asook dat sy nie-direktiewe spel verband gehou het met aspekte rakende die aanmeldingsprobleem. Dit was besonder insiggewend om te sien dat die gedrag van J, mev X en die terapeut in terme van die IPA-veranderlikes, 'n wedersydse uitwerking gehad het.

Tabel 6.1. hieronder gee 'n visuele voorstelling van terapeutiese uitkomst wat J in terme van die IPA-veranderlikes gedemonstreer het.

Tabel 6.1. IPA-veranderlikes waarbinne J terapeutiese uitkomst behaal het.	
IPA-veranderlikes	Terapeutiese uitkomst bereik (sien hoofstuk 5)
1.Akkurate empatie	
2.Opregte belangstelling en kongruente optrede	
3.Onvoorwaardelike aanvaarding en positiewe terugvoer	
4.Konteks	
5.Definiëring van die verhouding met ander mense	
6.Beheer	
7.Emosionele afstand	
8.Helderheid van self-uitdrukking	
9.Potensiaal om aanvaarding/ verwerping uit te lok	
10.Bevestig deur erkenning en goedkeuring	
11.Effektiewe bekendmaking van behoeftes	
12.Benadering tot die omgewing	
13.Rigiditeit / Buigsaamheid in verhoudings	
14.Metakommunikasie	
15.Effektiwiteit van probleemoplossingsvaardighede	
16.Traumatiese gebeure	
17.Aspekte wat skakel met die aanmeldingsprobleem	

Nota:



Terapeutiese uitkomst is deur J gedemonstreer en deur triangulering uitgewys.



Terapeutiese uitkomst is nie deur triangulering uitgewys nie.

Vervolgens word gefokus op die literatuurstudie asook die vyf navorsingsvrae. Moontlike verklarings vir J se effektiewe gebruik van nie-direktiewe spel om terapeutiese uitkomst te kon bereik, word aangebied. Lesse wat geleer is, word uitgewys.

6.2.1. Gevolgtrekkings vanuit die literatuurstudie

Wood (1995, p. 23) aangehaal deur Grobler et al. (2005, p. 108), se opmerking het by die navorser inslag gevind: “*We tried things that we understood and they did not work. We did things that we did not understand and they did work*”. In die literatuur is byvoorbeeld aangedui dat verskeie direktiewe terapeutiese tegnieke gepas sou wees vir kinders met AS in ’n doelbewuste poging om sekere uitkomst by hulle te bewerkstellig. Die gevolge van sodanige benaderings was dat terapeute frustrasie met die emosionele ontoeganklikheid van kinders met AS ervaar het en gerapporteer het dat gewenste uitkomst nie bewysbaar bereik is nie (Blakemore-Brown, 2002; Gabriels, 2003; Safran et al., 2003; Szatmari et al., 2003; Tsatsanis et al., 2004; Volkmar & Klin, 2000). Andersyds was daar studies soos die huidige, asook dié van Josefi en Ryan (2004) en Mittedorf et al. (2001), waar terapeute gewaag het om nie-direktiewe terapie te gebruik sonder sekerheid oor die aard van terapeutiese uitkomst.

Tydens hierdie studie het die navorser besef dat uitgebreide kennis van AS nie die terapeut van ongemak en frustrasie vrywaar wanneer die kind met AS nie saamwerk nie of eksentriek reageer. Kenners stem ook nie saam oor die verskille tussen AS en outisme nie en oor hoe die twee groepe kinders op dieselfde behandeling sou reageer nie (Austism South Africa, 2002a; Berney, 2006; Gabriels, 2003; Mattila et al., 2007; Mubaiwa, 2008; Safran et al., 2003; Tsatsanis et al., 2004). Dit blyk wel uit literatuur dat veral KGS met sukses gebruik word onder ’n verskeidenheid van kinders met uiteenlopende problematiek, wat onder andere verstandelik gestremde- tot geniale kinders insluit (Landreth & Bratton, 2006; Ogawa, 2004; Ryan, 1999; Ryan & Needham, 2001; Wilson & Ryan, 2001).

Hierdie navorsing het bevind dat nie-direktiewe spel waardevolle terapeutiese uitkomst in 'n kind met AS kan fasiliteer. 'n Verduideliking van hierdie vordering word op die Rogeriaanse persoonsgesentreerde teorie gebaseer.

6.2.1.1. Nie-direktiewe spel met 'n simboliese gemeenskap as analogie

'n Pedi-idioom "mollo ofisa baori" sê dat slegs die persoon wat aan die vuur blootgestel is, kan vertel hoe warm dit is (Grobler et al., 2005). Hiervolgens kon slegs J vertel hoe hy sy werklikheid as 'n 5-jarige kleuter met AS ervaar het. Die vraag was egter hoe J sy werklikheid aan ander bekend kon maak indien hy, in ooreenstemming met literatuur, vanweë sy ontwikkelingsfase homself nie effektief kon uitdruk nie en vanweë AS geneig was om emosionele afstand tussen hom en ander te vergroot (Autism South Africa, 2002a; Berney, 2006; Blakemore-Brown, 2002; Landreth, 1991; Murray & Lesser, 2006).

Die antwoord het vir die navorser moontlik gelê in 'n analogie van 'n gemeenskap, wat geïmpliseer het dat slegs die mense in 'n gemeenskap kan vertel hoe hulle hul wêreld waarneem en ervaar. Grobler et al. (2005, p. 48) het verduidelik: "*There has to be continuous dialogue with individuals and groups in the community in order to get to know the people, their perceptions, needs, emotions, knowledge, skills, traditions, values, ideas, experiences and meanings. This dialogue will also help to establish and understand their concerns, the way they perceive and experience these concerns, and the meaning they attach to them. Furthermore, dialogue will generate ideas with the community about how to address these issues*". Hierdie stelling het die navorser laat besef dat nie-direktiewe speltherapie wat in hierdie studie gebruik is as 't ware 'n klein spelgemeenskap in die speelkamer tot standgebring het. Anders as wat literatuur aanbeveel het, het die terapeut ook nie net op J gefokus deur response soos "J, jy voel..." te gebruik en daardeur 'n een-tot-een verhouding te skep nie, maar het sy ook respondeer teenoor die spelkarakters wat J gekies het: "*Die draak voel...*" in plaas van "J, jy voel..." of "*Die perd wil graag hê...*" in plaas van "J, jy wil graag hê..." Die

karakters in J se spel is dus nie as dooie speelgoed gesien nie, maar spreekwoordelik as deel van 'n “gemeenskap” in die speelkamer, elk met hul eie persepsies, behoeftes, emosies, optrede, waardes en werklikheid wat J deur selfprojeksie aan hulle toegedig het (Zinni, 1997).

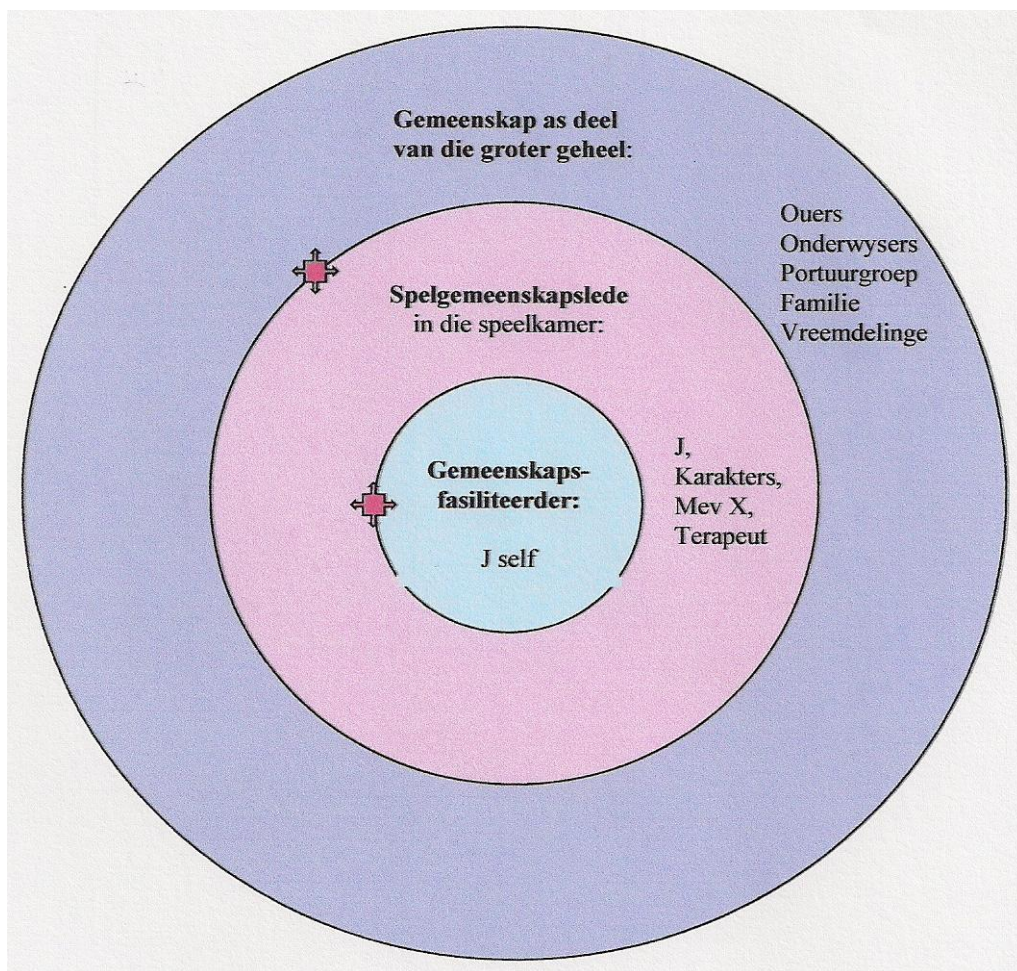
Volgens Grobler et al. (2005) sou dit ook belangrik wees om soveel lede as moontlik in 'n gemeenskap te betrek, wat insluit mans, vrouens en kinders. J het 'n spelgemeenskap geskep wat bestaan het uit homself as spelgemeenskapsfasiliteerder en die spelgemeenskapslede wat volgens SKS literatuur persone van verskillende ouderdomme, geslag, beroepensomeer vanuit die spelsamelewing sou insluit (spelkarakters soos die ruimtetuig, tier en slange; rolle wat J vertolk het soos “*the baby*”, “*the man*”, prins, beseerde seuntjie; mev X en die terapeut) (Amatruda & Simpson, 1997; Ammann, 1991; Baker, 2004; Bradway & McCoard, 1997; Dale & Lyddon, 2000; Homeyer & Sweeney, 1998; Hunter, 1998; Mayes et al., 2004).

Die gevolgtrekking waartoe die navorser gekom het, gebaseer op die bogaande, is dat die dinamika van J se spelgemeenskap nie net sy werklikheid aan die terapeut geopenbaar het nie, maar ook dat hulle J se ervaringswêreld kon verander en daardeur terapeutiese groei by hom kon fasiliteer (Grobler et al., 2005). Die spreekwoordelike spelgemeenskap kon moontlik deur middel van nie-direktiewe spel aan J “toerusting” gegee het om sy werklikheid mee te hanteer.

Figuur 6.1. hieronder dui aan hoe die spelgemeenskap in die nie-direktiewe speelkamer deel uitgemaak het van 'n groter geheel van ander gemeenskappe (’n sisteem binne ’n groter sisteem). Die figuur dui ook aan dat elke spelgemeenskapslid, dit wil sê J, mev X, die terapeut, en alle spelkarakters en rolle soos “*the baby*”, “*the man*”, die dokter, ruimtetuie, slange ensomeer, mekaar in elke sessie wedersyds beïnvloed het. Dit herinner aan sosiale verhoudings en die IPA-veranderlikes in hierdie studie, waar die sirkulêre proses so

belangrik is. Partye beïnvloed mekaar wedersyds deur hul effektiewe of oneffektiewe optrede binne elk van die IPA-veranderlikes (Vorster, 2011).

Volgens Rogers (1987) en Grobler et al. (2005) kan die gemeenskapsanalooë verder impliseer dat die terapeut deur middel van gefokusde aandag elke spelgemeenskapslid se unieke verwysingsraamwerk sou moes ontdek, om so deur elkeen se oë te sien hoe hy sy werklikheid ervaar het en wat sy persepsies van homself was. Dit sou ook beteken dat die terapeut van haar eie verwysingsraamwerk, vooroordele en doelwitte bewus moes wees en opsy sou moes skuif sodat sy aktief na elke spelgemeenskapslid (J en al sy spelkarakters) kon luister en empatiese begrip, verbaal asook nie-verbaal, deur middel van kindgesentreerde nie-direktiewe respondering aan die lede kon kommunikeer.



Figuur 6.1. J se spelgemeenskap as deel van 'n groter geheel

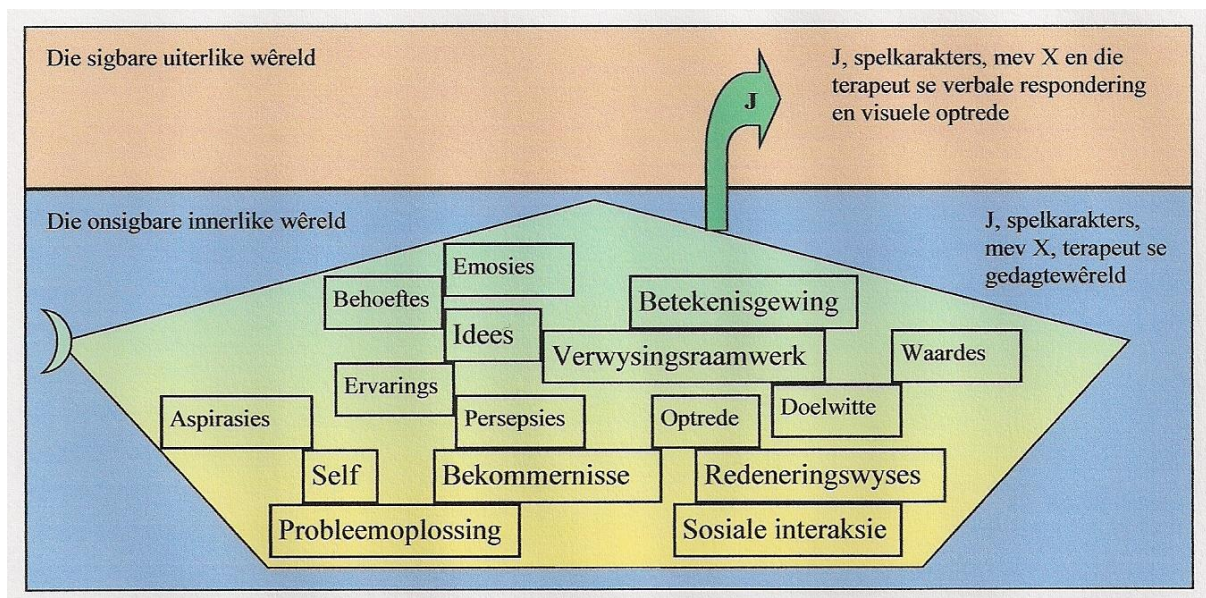
Nota:  Alle gemeenskapslede beïnvloed mekaar

Wanneer J se terapie in konteks van die simboliese gemeenskapsanaloog gesien word, impliseer dit dat die terapeut meer van J se werklikheid te wete sou kom as sy na al die ervarings van al sy spelgemeenskapslede sou luister, aangesien J volgens SKS-literatuur in elk van sy spelkarakters se rolle 'n deel van sy ervaaarde werklikheid geprojekteer het (Zinni, 1997). Elkeen van hierdie spelkarakters sou beskik oor aspekte, soos self, betekenis, behoeftes, bekommernisse, optredes, redeneringswyses, idees, persepsies, emosies, waardes, doelwitte, aspirasies, probleemoplossingsvaardighede, sosiale interaksievaardighede, verwysingsraamwerke en ervaringswêrelde (Grobler et al., 2005). Hiermee saam sou die terugvoer van mev X as deel van die proses, verdere insig in J se leefwêreld kon bied.

Bowendien, indien die terapeut dit kon regkry om empaties met elk van die spelgemeenskapslede om te gaan en hulle kon laat ervaar dat sy begrip het vir wat hulle beleef, sou dit volgens Rogers (1987) op simboliese wyse terapeutiese groei by die spelgemeenskapslede kon bewerkstellig. Indien J dus aspekte van sy werklikheid op van die speelgoed geprojekteer het, dan sou dit beteken dat die terapeut deur middel van terapeutiese respondering teenoor elk van die karakters op indirekte manier terapeutiese groei by J kon fasiliteer.

Uit die voorafgaande blyk dit in ooreenstemming met wat VanFleet et al. (2010) sê, dat nie-direktiewe spel (KGS en SKS) 'n ingewikkelde terapieproses is wat meer van 'n terapeut verg as wat op die oog af blyk. Figuur 6.2. bied 'n voorstelling van hoe die sigbare uiterlike en onsigbare innerlike wêrelde van die spelgemeenskapslede in 'n nie-direktiewe spelopset funksioneer en kan, volgens die navorser, verduidelik word met 'n duikboot as metafoor. Hiervolgens is dit duidelik dat gedurende nie-direktiewe spel meer onsigbare gebeure in die kind met AS (duikbootromp) plaasvind as wat uiterlik op die oppervlak waargeneem kan word. Al wat sigbaar is, is die terapeut se verbale en nie-verbale respondering, J se verbale en nie-verbale reaksie, asook die stories wat sy karakters

uitgespeel het. Die res van die gebeure wat terapeutiese groei sou bewerkstellig was grootliks onsigbaar tydens 'n nie-direktiewe spelsessie. Let ook op dat J die stuurman was en rigting deur sy spelkarakter- en storiekeuses verskaf het en dat die terapeut J se leiding gevolg het. Die periskoop is simbolies van J se perspektief van sy eie psigiese wêreld. Hy sou die duikboot stuur volgens sy eie waarneming van waar die veilige waters sou wees. Die terapeut kon haar slegs laat lei deur die bewegings van die duikboot en moes intuïtief aanvoel watter dinamiek in die duikboot afgespeel het.



Figuur 6.2. Duikboot: Die sigbare uiterlike en onsigbare innerlike wêreld van spelgemeenskapslede in nie-direktiewe spelgebeure

Nota:  J se selfrigtinggewing as periskoop na sy werklikheid.

Vervolgens word gevolgtrekkings van hierdie studie ten opsigte van die vyf navorsingsvrae geïntegreerd met die IPA-veranderlikes, steeds aan die hand van die gemeenskapsanaloo (Grobler et al., 2005) asook Rogeriaanse persoonsgesentreerde teorie, bespreek.

6.2.2. Gevolgtrekkings ten opsigte van die navorsingsvrae

Tabel 6.2. wys die navorsingsvrae van hierdie studie en die antwoorde daarop. Daarna word die gevolgtrekkings bespreek.

Tabel 6.2. *Navorsingsvrae van hierdie studie*

Navorsingsvraag	Terapeutiese uitkomst
1. Hoe het die kind met AS aanklank kan vind by die ongestruktureerde, verbeeldingryke proses van nie-direktiewe terapie (KGS en SKS); en sal die verhouding tussen die terapeut en kind met AS bevorder word deur nie-direktiewe respondering?	Terapeutiese uitkomst is ten opsigte van al die genoemde aspekte bereik.
2. Hoe het die kind met AS, probleemoplossingsvaardighede gevind in nie-direktiewe terapie (KGS en SKS) gebruik om van sy alledaagse situasies te hanteer en sy sosiale interaksie en kommunikasie te verbeter; en sal hy hierdie vaardighede kan veralgemeen na ander kontekste buite die terapie?	Terapeutiese uitkomst is ten opsigte van al die genoemde aspekte bereik.
3. Hoe het nie-direktiewe terapie (KGS en SKS) 'n kind met AS se ouer-kindverhouding verbeter en sy uitreagerende gedrag verminder?	Terapeutiese uitkomst is ten opsigte van al die genoemde aspekte bereik.
4. Hoe het in nie-direktiewe terapie (KGS en SKS) die kind met AS reageer op die gebruik van keuses tydens dissiplinering?	Terapeutiese uitkomst is ten opsigte van al die genoemde aspekte bereik.
5. Hoe het nie-direktiewe terapie (KGS en SKS) 'n kind met AS se uitdrukking, selfregulering en hantering van emosies asook empatie bevorder?	Terapeutiese uitkomst is ten opsigte van al die genoemde aspekte bereik.

6.2.2.1. Navorsingsvraag 1

Hoe het die kind met AS aanklank kan vind by die ongestruktureerde, verbeeldingryke proses van nie-direktiewe terapie (KGS en SKS); en sal die verhouding tussen die terapeut en kind met AS bevorder word deur nie-direktiewe respondering?

Ongestruktureerde, verbeeldingryke proses van nie-direktiewe terapie

Die gevolgtrekking is dat J wel aanklank gevind het by die ongestruktureerde proses van nie-direktiewe terapie (KGS en SKS). KGS en SKS is egter tog subtiel gestruktureerd (soos voorheen aangetoon is) en skep daardeur 'n veilige, voorspelbare ruimte vir die kind. Volgens die diagnostiese kriteria van AS, sou 'n mens verwag dat J binne die speelkamer voorkeur aan stereotipe en beperkte patrone van spel sou toon en dat hy nie simboliek deur middel van verbeeldingspel sou kon gebruik nie, maar dit was nie die geval nie (Attwood, 2008; Blakemore-Brown, 2002; Van Vollenstee, 2006; Volkmar & Klin, 2000). J was soos enige ander kind wat vir die eerste keer in die speelkamer kom, eksplorerend en vraagstellend (Norton & Norton, 2002; R. Seedat, persoonlike kommunikasie, Julie 9-10, 1999 en Junie 14-15, 2007).

Tweedens kon J, anders as wat te wagte was, verskeie speelgoed in beide speelkamers op verskeie wyses benut en kon hy spontaan van verbeeldings- en dramatiese- en rollespel gebruik maak, byna net soos getraumatiseerde kinders in die pre-operasionele stadium van ontwikkeling geneig is om te doen (Borenstein, 1996; Drewes, 2001). Die navorser glo dat dramatiese spel aan J 'n geleentheid gebied het om sy innerlike beleweniswêreld helder uit te druk (IPA-veranderlike 8).

Anders as wat die literatuur beweer (Hewitt, 2005), kon J wel met verloop van tyd die vaardigheid van objekvervanging spontaan begin gebruik. Hy moes egter 'n paar keer

herinner word aan die moontlikheid daarvan en die vraag ontstaan binne die analoog van 'n spelgemeenskap, of J hierdie en ander nuwe vaardighede aangeleer het met behulp van ander gemeenskapslede? (terapeut, spelkarakters) (Grobler et al., 2005). Die feit dat SKS 'n subtiële samewerking tussen sandspeltoerusting, die liggaam, emosies en verbeelding bewerkstellig, kon ook 'n rol gespeel het (Ammann, 1991; Dale & Lyddon, 2000; Homeyer & Sweeney, 2005; Hull, 2011).

'n Les wat die navorser geleer het, is dat sy ten alle tye aktief moes luister na J se verbalisering en aan hom geleentheid moes gee om bewus te word van 'n aspek soos objekvervanging in verbeeldingspel en hom toelaat om dit op sy tyd te bemeester. Indien die terapeut vooraf op grond van AS-literatuur besluit het dat objekvervanging by J nie moontlik sou wees nie en nie verder aandag daaraan gegee het nie, wonder mens of J wel objekvervanging sou gebruik? Die aanbeveling wat hier gemaak word, is dat toekomstige navorsing verken hoe kinders met AS objekvervanging en ander soortgelyke kognitiewe vaardighede deur middel van nie-direktiewe respondering bemeester, al dan nie.

J het verbeelding- en dramatiese spel spontaan en doelgerig gebruik om verskeie aspekte te hanteer wat verband gehou het met die aanmeldingsprobleem (IPA-veranderlike 17). Dit het geïmpliseer dat J bewus was van sy problematiek en onervulde behoeftes en deur spel hierdie aspekte deurgewerk het (Rogers, 1987). J se optrede was ooreenkomstig 'n Noord-Sotho idioom: "*Manna o dira ka boomo*", wat beteken dat die mens doelbewus optree (Grobler et al., 2005). Dit was stof tot nadenke dat 'n vyfjarige kleuter met AS doelbewus gesoek het na oplossings vir dieselfde problematiek as wat betekenisvolle ander in sy lewe in die konteks van sy AS ervaar het. Nie-direktiewe speltherapie het 'n betekenisvolle verandering in J se selfuitdrukking (IPA-veranderlike 8) meegebring, aangesien hy aanvanklik nie gesels het of vrae geantwoord het rakende probleme in sy lewe nie.

Volgens Grobler et al. (2005) word gedrag met behoeftes geassosieer. Die terapeut moes in elke sessie bedag wees op J en sy spelgemeenskapslede (spelkarakters) se behoeftes wat deur middel van spelgedrag gekommunikeer word. Die gevolgtrekking is dat nie-direktiewe respondering van die terapeut op verskeie van J se projektiewe karakters se traumatiese ervarings, hom bewus gemaak het van sy eie onverwoorde en onvervulde behoeftes. Die feit dat die terapeut empaties gerespondeer het op belewenisse van verskeie karakters het hom moontlik ook bewus gemaak daarvan dat verskillende mense (hyself en ander) oor verskillende behoeftes en verwysingsraamwerke beskik. Dit kon insig en gepaardgaande gedragsveranderinge by J bewerkstellig het.

Nie-direktiewe respondering en terapeut-kindverhouding

Tesame met bogenoemde, is 'n ander gevolgtrekking gemaak wat ooreenkom met onlangse bevindinge van Hull (2011), naamlik dat kinders met AS (ook J) maklik aanklank by nie-direktiewe respondering vind, spesifiek by die terapeut se empatiese luister en reflektoring op die gedrag van die kind en dat dit 'n vinnige verkleining van die emosionele afstand in die terapeut-kindverhouding in die hand werk. J, soos ander kinders met AS, het direkte vraagstelling of uitnodigings van die terapeut om by direktiewe aktiwiteite betrokke te raak, geïgnoreer (Osborne, 2003). Hull (2011, p. 5) se oproep aan terapeute wat met kinders met AS werk is hier van toepassing: “...one thing that I must emphasize now is the importance of letting go of your ‘therapist agenda’ and learn to ‘just be’ with these children and adolescents”. Dit ondersteun Mitteldorf et al. (2001) en Josefi en Ryan (2004) se oortuiging dat nie-direktiewe terapie (KGS en SKS) die terapeut-kindverhouding versterk.

In teenstelling met literatuur wat aandui dat terapeute direktiewe terapie met kinders met AS as frustrerend beleef en nie altyd die binnewêreld en behoeftes (IPA-veranderlike 11) van hierdie kinders kan peil nie (Berney, 2006; Gabriels, 2003; Murray & Lesser, 2006; Geils & Knoetze, 2008), het die terapeut in hierdie studie J se terapie as 'n opwindende en leersame

ontdekkingsreis beleef. Die rede hiervoor kan verduidelik word vanuit die gemeenskapsanalogie van Grobler et al. (2005). Omdat die terapeut elke spelgemeenskapslid (spelkarakter) van J as 'n volwaardige “persoon” erken en gerespondeer het op daardie “persoon” se totale beleweniswêreld, kon sy luister na die spelgemeenskap in sy geheel en daaruit bewus raak van J se behoeftes, vrese en ervarings. Die terapeut se aktiewe en nie-veroordelende luister (IPA-veranderlike 3) het moontlik vir J aangespoor om in die vry dog beskermde ruimte van KGS en SKS, vrymoedig te verbaliseer oor wat hy en sy spelkarakters beleef het (Bradway & McCoard, 1997; Dale & Lyddon, 2000; Homeyer & Sweeney, 1998; Hull, 2011; Landreth, 1991; Landreth et al., 1982; Osborne, 2003).

'n Verdere verklaring vir die verbeterde terapeut-kindverhouding kan moontlik daarin lê dat die terapeut nie-direktief gereageer het op J se spel en hy daardeur genoeg tyd gehad het om inligting te prosesseer en begrip te ontwikkel vir wat in homself en elk van sy karakters aan die gebeur was. Literatuur dui daarop dat kinders met AS geneig is om stadiger op omgewingstimuli te reageer omdat hulle breinfunksies anders is. Hulle gebruik byvoorbeeld kognitiewe redenering eerder as emosionele herkenning wanneer hulle gesigsuitdrukkings by ander mense evalueer (Harvard Mental Health, 2005). Genoeg tyd om te reageer kon dit vir J makliker maak om 'n verhouding met die terapeut op te bou, omdat hy nie nodig gehad het om onmiddellik op haar vrae en inligting te reageer nie. In hierdie veilige terapeutiese ruimte kon J makliker simbolies uiting gee aan sy ervarings, reaksies en emosies wat in die onbewuste versteek gelê het en wat met tye oorweldigend en moeilik verwoordbaar was (IPA-veranderlike 8) (Stevens (1996). Hierdie proses sou kon aansluit by wat R. Seedat (persoonlike kommunikasie, Julie 9-10, 1999 en Junie 14-15, 2007) beskryf het, naamlik dat die nie-direktiewe terapeutiese proses die terapeut 'n unieke persoon in die kind met AS se lewe maak, iemand wat op 'n totaal ander wyse as ander mense

erkenning gee (IPA-veranderlike 10). Dit bring gewoonlik mee dat die kind graag die verhouding tussen hom en die terapeut verdiep.

Die navorser is dit eens met Hull (2011) dat dit jammer is dat terapeute met 'n liniêre benadering tot kinders met AS, moedeloos raak en sulke kinders blameer en wegwys omdat die kind kwansuis “nie samewerking gee” in terapie nie, of omdat die terapeut voel beskikbare terapeutiese prosedures werk nie. Wanneer 'n sirkulêre benadering tot die AS-kind en sy leefwêreld gevolg word kan ouers, onderwysers en ander terapeute van kennis voorsien en ingelig word oor die terapeutiese moontlikhede wat opgesluit blyk te wees in die proses van nie-direktiewe spel (KGS en SKS) vir kinders met AS en selfs outisme.

6.2.2.2. Navorsingsvraag 2

Hoe het die kind met AS, probleemoplossingsvaardighede gevind in nie-direktiewe terapie (KGS en SKS) gebruik om van sy alledaagse situasies te hanteer en sy sosiale interaksie en kommunikasie te verbeter; en sal hy hierdie vaardighede kan veralgemeen na ander kontekste buite die terapie?

Probleemoplossingsvaardighede

Die gevolgtrekking is dat J probleemoplossingsvaardighede deur middel van nie-direktiewe terapie (KGS en SKS) ontdek en gebruik het om situasies in sy alledaagse lewe te hanteer. Die vraag ontstaan hoe nie-direktiewe spel verbetering in probleemoplossing vir J teweeg gebring het, aangesien daar geensins direkief aandag gegee is aan aspekte soos die volgende nie: aanleer van algemene en spesifieke probleemoplossingsvaardighede vir spesifieke situasies (byvoorbeeld badtyd); vooraf beskrywings van nuwe situasies; stapsgewyse beplanning om nuwe situasies te kan hanteer; herroep van vorige kennis om in nuwe situasies behulpsaam te kan wees (openbare speelparke); ontwikkeling van die vermoë om optrede in verskillende alledaagse situasies te organiseer; aanleer van vaardighede om

gedagteblindheid en verskillende sosiale persepsies te kan hanteer; aanleer van sosiaal-aanvaarbare gedrag waar die kind sal stop, observeer, dink en dan optree (Klin & Volkmar, 2000; Nel, 2005; Phemister, 2005; Tsatsanis et al., 2004).

Die antwoord lê moontlik by Blakemore-Brown (2002) se aanbeveling dat 'n funksionele benadering tot probleemoplossing met 'n kind met AS gevolg behoort te word. Geleenthede vir sosiale interaksie en die gee van individuele aandag aan die naboots van ander mense en take, is aspekte wat sukses in intervensieprogramme kan bring. Hierdie aspek kan toegelig word met Grobler et al. (2005) se gemeenskapsanalogie waarin die gemeenskap as groep bepaal watter probleme hanteer moet word. Die implikasie hiervan was dat J en sy spelkarakters kon aandui wat hulle as problematies in hul werklikheid beleef, asook watter oplossingsvaardighede hulle benodig het. Dit het ooreengestem met bevindings van Josefi en Ryan (2004) dat 'n kind met outisme (wat minder kognitiewe vermoëns as 'n kind met AS het) nie-direktiewe spel effektief deur selfrigtinggewing kon aanwend om aan die terapeut 'n aanduiding van sy behoeftes (IPA-veranderlike 11) te gee.

Deur KGS en SKS kon J aspekte van sy eie werklikheid, maar ook sy waarneming van betekenisvolle ander se optrede en persepsies op die spelkarakters projekteer (Drewes, 2001; Zinni, 1997). Hy sou ook bewus kon raak van verskillende spelgemeenskapslede se ervarings en optrede in verskillende kontekste (IPA-veranderlike 4). Verder het die terapeut vir J deur middel van nie-direktiewe respondering, bewus gemaak van effektiewe en oneffektiewe probleemoplossingsvaardighede (IPA-veranderlike 15) soos dit by elke karakter in sy spel na vore gekom het.

Dus is 'n moontlike verklaring vir J se vermoë om probleemoplossingsvaardighede (IPA-veranderlike 15) te ontdek, in te oefen en in sy alledaagse lewe te gebruik, dat J gedurende nie-direktiewe spel deur middel van projeksies op spelgemeenskapslede bewustheid van menslike emosies, reaksies en gedrag kon ontwikkel. In sy projektiewe spel

kon hy sy probleemoplossingsrepertoire uitbrei (IPA-veranderlikes 15 en 16). Hierdie is 'n aspek wat deur toekomstige navorsing ondersoek kan word om verder aan Josefi en Ryan (2004) en Osborne (2003) se vraag na meer gevallestudienavorsing met kinders met AS en nie-direktiewe terapie, te voldoen.

J se terapeutiese uitkomst in terme van probleemoplossingsvaardighede impliseer dat nie-direktiewe spel (KGS), 'n sinvolle terapeutiese omgewing geskep het vir die ontwikkeling van nuwe hanterings- en probleemoplossingsvaardighede, selfaktualisering en vertroue in interpersoonlike verhoudings by J (Landreth, 1991; Landreth & Bratton, 2006; Malchiodi, 2003, 2005; Ogawa, 2004; Petty, 2002; Poodhun, 2000; Ryan, 1999; Ryan & Wilson, 1995).

'n Belangrike aspek van die ontwikkeling van probleemoplossingsvaardighede is dat die kind met AS 'n begrip ontwikkel dat sy eie optrede, persepsie en interpretasie van situasies van dié van ander mense verskil (Klin & Volkmar, 2000; Nel, 2005; Tsatsanis et al., 2004). Nie-direktiewe respondering tydens projektiewe spel kon J bewus gemaak het van en insig gegee het in die verskillende optredes, persepsies, emosies, wense, waardes ensameer van betekenisvolle ander. Nie-direktiewe tegnieke het verder aan die terapeut die geleentheid gegee om wanneer J 'n probleem in die speelkamer ervaar het, haar response versigtig te kies en op so 'n wyse te kommunikeer dat hy kon aanhou soek na 'n oplossing, sukses kon beleef en daardeur sy probleemoplossingsvaardighede kon ontwikkel, asook sy eiewaarde en selfkonsep kon verbeter (Guerney, 1983a; Landreth & Bratton, 2006; Petty, 2002).

'n Les wat uit hierdie navorsing geleer is, is dat die terapeut haar bydrae tot J se vermoë om probleemoplossingsvaardighede deur middel van 'n nie-direktiewe spelterapiëproses te bemeester, kan vertrou.

Sosiale interaksie en kommunikasie

'n Ander gevolgtrekking wat ooreenstem met Josefi en Ryan (2004) se bevindings oor kinders met outisme, is dat J nuwe probleemoplossingsvaardighede wat hy deur middel van

nie-direktiewe terapie (KGS en SKS) ontdek het, kon gebruik om sosiale en kommunikasie-problematiek te hanteer.

Vanuit die gemeenskapsanalogie word 'n interessante waarneming in dié opsig gemaak. In die alledaagse lewe kan 'n gemeenskapsfasiliteerder groepkommunikasie as frustrerend en oneffektief beleef, omdat ervaar is dat die gemeenskapslede nie na die fasiliteerder of mekaar geluister het nie. Wat egter in werklikheid gebeur het, is dat dit die gemeenskapsfasiliteerder (in hierdie geval J) was wat nie aktief geluister het en erkenning (IPA-veranderlike 10) gegee het aan alle ervarings van elke gemeenskaplid (homself ook) nie (Grobler et al., 2005). Dis 'n kenmerk wat by kinders met AS voorkom wanneer hulle nie aan ander mense 'n volledige spreekbeurt gun of aktief luister na wat gesê word nie (Adams et al., 2004; Van Vollenstee, 2006; Volkmar & Klin, 2000). Die nie-direktiewe respondering van die terapeut het J daarvan bewus gemaak dat hy spanning in homself moes herken en dat hy vir hulp kon vra, 'n aspek wat deur Safran et al. (2003) vir kinders met AS aanbeveel word.

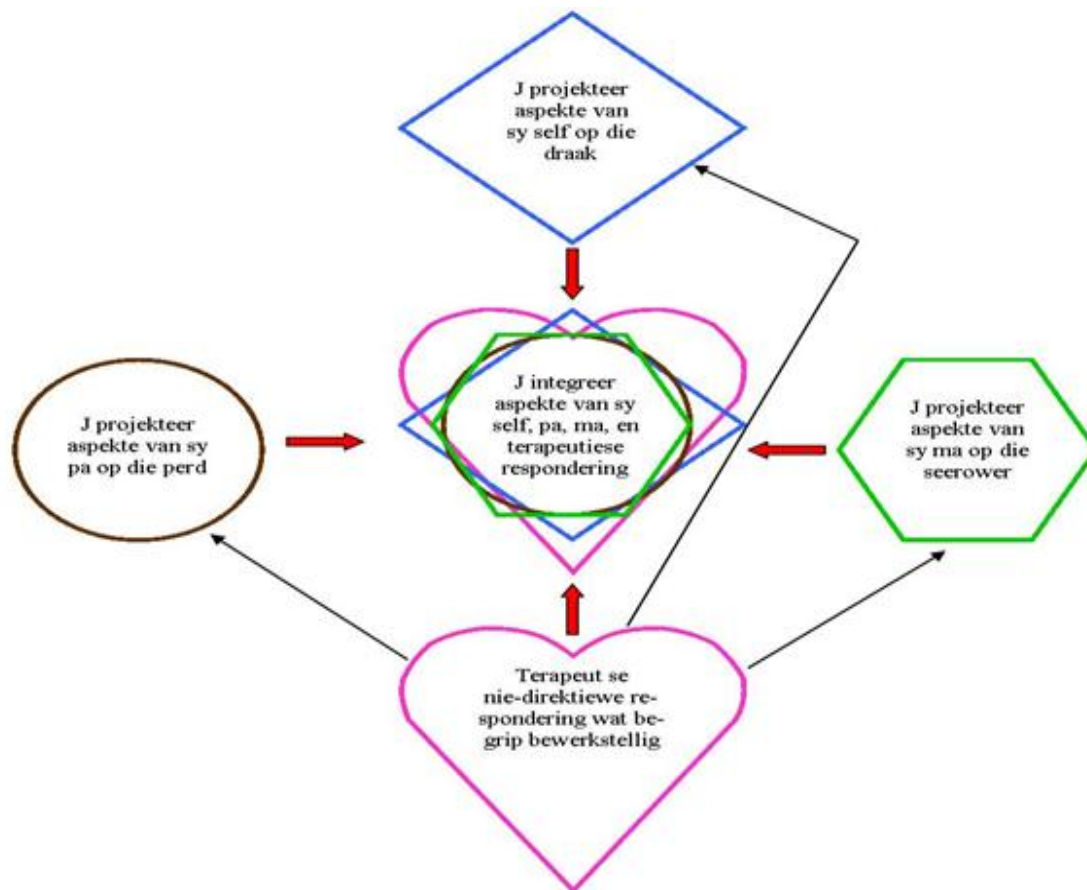
Daarbenewens kon J deur middel van KGS en SKS ervaar hoe dit voel wanneer die terapeut aktief na hom en sy karakters geluister het. Hy kon ook ervaar hoe gefokus kon word op ander se liggaamstaal, stemtoon, gesigsuitdrukings en storievertellings in 'n poging om hulle belewenisse akkuraat te bepaal en begrip daarvoor te toon, deur dit wat hulle moontlik gedink en gevoel het, aan hul terug te reflekteer (Homeyer & Sweeney, 1998; Van Fleet et al., 2010). Die navorser is verder van mening dat volgens die Rogeriaanse persoonsgesentreerde teorie, J se bewuswording van sy **Self** hierdeur bevorder kon word en dat hy kon leer om op 'n meer aanvaarbare manier na homself te begin luister; dat hy stelselmatig weg kon beweeg van wanaanpassing na groei en psigologiese welsyn; dat hy na 'n hoër vlak van funksionering sou kon beweeg en meer van sy ware potensiaal sou kon bereik (Ernst-Terblanche, 2011; Vorster, 2011).

Veralgemening van probleemoplossingsvaardighede

Die gevolgtrekking is gemaak dat J die probleemoplossingsvaardighede wat hy gedurende nie-direktiewe terapie (KGS en SKS) ontdek en aangeleer het, kon veralgemeen na kontekste (IPA-veranderlike 4) buite die terapie. Daardeur kon hy sy sosiale interaksie en kommunikasie en dus die emosionele afstand (IPA-veranderlike 7) teenoor die terapeut, sy ouers, familieledede, vreemdelinge en sy portuurgroep verbeter.

Weereens kan die analogie van 'n gemeenskap binne die Rogeriaanse persoonsgesentreerde teorie 'n moontlike verklaring bied vir J se veralgemening van probleemoplossingsvaardighede. Individuele gemeenskapslede se werklikheid ('experiential world') asook die werklikheid van die groep as geheel, kan in 'n oomblik of gedurende die week terapeuties groei en verander. J se spelgemeenskap het 'n geheel gevorm wat bestaan het uit die terapeut, mev X (wat die speelkamer met hom gedeel het), J self, asook J se projektiewe karakters. Die spelkarakters was die draers van betekenisvolle ander se waardes, houdings, optrede, emosies, idees, wense, aspirasies, persepsies, betekenis en ervarings, wat almal met mekaar vervleg was. Verandering in enige van hierdie aspekte (wat optrede in van die IPA-veranderlikes insluit) in enige van die individue of groep as geheel, kon verandering in die ander lede, soos J, meebring (Grobler et al., 2005). Dit kom ooreen met R. Seedat (persoonlike kommunikasie, Julie 9-10, 1999 en Junie 14-15, 2007) se siening dat verandering by kinders kan plaasvind binne, maar ook tussen nie-direktiewe (KGS en SKS) sessies.

Figuur 6.3. bied 'n voorstelling van hoe J se individuele spelgemeenskapslede, asook die spelgemeenskap as geheel se realiteite mekaar kon beïnvloed en dat J hierdie aspekte kon internaliseer om sy eie werklikheid en sy begrip van ander mense daardeur uit te brei.



Figuur 6.3. Gemeenskapsanalogie: Aspekte van individuele spelgemeenskapslede en die spelgemeenskap as geheel

Nota: ➡ J integreer aspekte van sy **Self**, betekenisvolle ander en die terapeut se respondering.

➡ Terapeutiese nie-direktiewe respondering op die werklikhede (gevoelens, wense, perspektiewe, ervarings ensomeer) van J, asook sy individuele karakters.

Volgens Hull (2011) kan die verhouding wat die kind met die terapeut vorm, 'n kragtige prototipe word en 'n ervaringsveld bied waaruit die kind met AS aspekte mag veralgemeen na ander verhoudings. Ervaringsleer in terapie en in-oefenende nabootsing het J in staat gestel om sy alledaagse sosiale interaksie en kommunikasie te verbeter.

'n Ander verklaring vir J se veralgemening van probleemoplossingsvaardighede is moontlik dat J oor relatief goeie kognitiewe potensiaal beskik wat hom in staat gestel het om

baat te vind by terapeutiese ervaringsleer. Bewuswording van die **Self** en selfinsig is hierdeur bevorder (Amman, 1991; Bowyer, 1970). Dit impliseer dus dat J sy kognitiewe vermoëns effektief gebruik het om sy terapeutiese leer te integreer en te veralgemeen.

6.2.2.3. Navorsingsvraag 3

Hoe het nie-direktiewe terapie (KGS en SKS) 'n kind met AS se ouer-kindverhouding verbeter en sy uitreagerende gedrag verminder?

Ouer-kindverhouding

Nie-direktiewe speltherapie (KGS en SKS) het bygedra tot die verbetering van J se ouer-kindverhouding. Misverstande tussen hom en sy moeder is verminder en 'n vertrouensverhouding is gevestig waarin hulle 'n gesonde kommunikasiepatroon daar kon stel. Die hoeveelheid konflik en traumatiese gevegte wat hulle verhouding gekenmerk het, is verminder en nuwe interaksiepotensiaal het na vore gekom. Humor en sinvolle redenering oor albei se behoeftes en gevolglike kompromie-vinding het die verhouding verryk. Hiermee saam is die spanning en bekommernis van die ouers vervang met nuwe hoop en opgewondenheid oor die wyse waarop die ouer-kindverhouding verbeter het. Dit is duidelik dat indien ouers met kennis en vaardighede toegerus word ten einde tuis die kind met AS beter te ondersteun, die ouer-kindverhouding verder verryk word. Die ouers, veral die moeder, kon J se stilswye wanneer hy in sy eie wêreld verkeer het effektief hanteer deur van nie-direktiewe respondering tuis gebruik te maak. Verder was die gebruik van 'n aangepaste Filialspelprogram wat op ervaringsleer geskoei is, waardevol. Onproduktiewe en selfs verhoudingsvernietigende kommunikasiepatrone, soos byvoorbeeld streng opdraggewing en vraagstelling wat lei tot die frustrasie van beide partye, is vervang deur nie-direktiewe respondering en geduld om die kind genoeg tyd te gee om inligting te verwerk en sy reaksie te kies.

’n Belangrike les wat die navorser geleer het, is dat die terapeut nie deur die kind met AS se liggaamstaal mislei moet word nie. Hoewel sy liggaamstaal die indruk laat dat hy emosionele afstand (IPA-veranderlike 7) skep deur nie ag te slaan op die terapeut se pogings tot kommunikasie nie, blyk dit dat J wel belangstelling (IPA-veranderlike 2) getoon het deur bewus te wees van en mettertyd te reageer op die nie-direktiewe respondering van die terapeut. Aspekte soos onvoorwaardelike aanvaarding en positiewe terugvoer, opregte belangstelling en aandag gee (IPA-veranderlikes 2 en 3), aktiewe luister en die gebruik van stiltes, kan kragtig deur terapeute en ouers aangewend word om ’n totaal nuwe wyse van kommunikasie met die kind met AS te skep. In plaas van indringendheid, ongeduld of magsuitoefening (IPA-veranderlikes 5 en 6), kan nuwe verhoudingspatrone ontwikkel word..

’n Ander verklaring vir die verbeterde ouer-kindverhouding is die feit dat die aangepaste Filialspelprogram en direkte betrokkenheid by J se spelsessies, mev X praktiese wyses aangeleer het om haar eie ongemak te hanteer met betrekking tot aspekte soos ignorering, gebrek aan oogkontak en nie-verbale kommunikasie. In plaas van self in sulke tye te onttrek, kon mev X deur nie-direktiewe respondering emosionele kontak met J bly behou. Sy kon positiewe terugvoer aan hom gee en haar eie vooroordele en vrese te bowe kom. Dit is dus belangrik om die ouers in ’n Filialspeltherapieprogram te betrek waar hulle deur middel van ervaringsleer bewus kan raak van die emosies en behoeftes (IPA-veranderlike 11) van die kind met AS, asook van die impak wat hulle respondering op die kind met AS het.

Kinders met AS evalueer gedurig hulle veiligheid by persone soos ouers, onderwysers en die terapeut. ’n Gevoel van onveiligheid aktiveer die veg-en-vlugreaksie wat uiting vind in onbuigsame roetines en sosiale optrede, asook onttrekkings- of uitreagerende gedrag wat die potensiaal het om verwerping deur ander te ontlok (Hull, 2011). Die afname in J se uitreagerende gedrag impliseer dus dat hy deur die terapeutiese proses veiliger begin voel het,

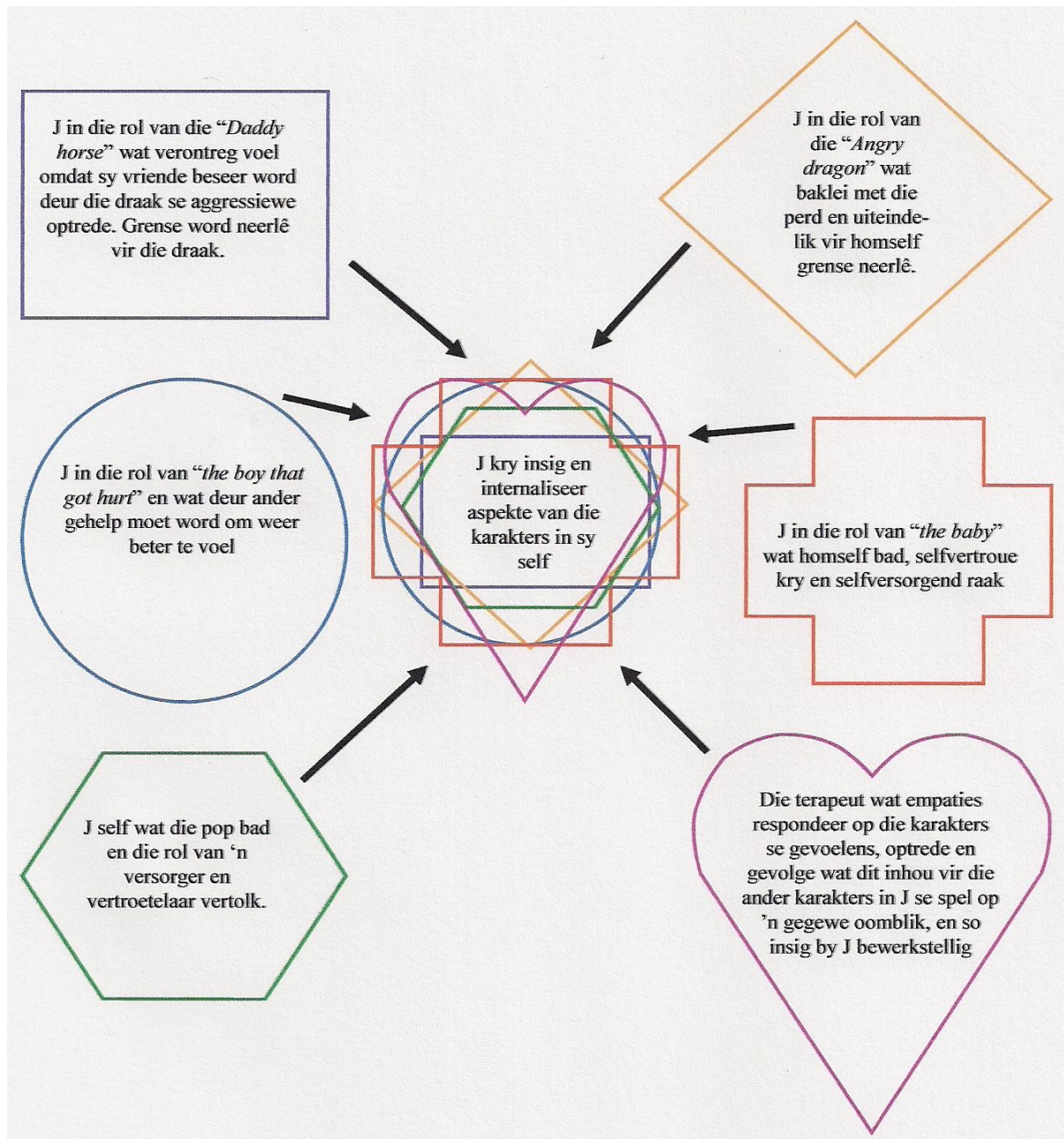
waarskynlik omdat hy homself en sy wêreld beter leer ken en verstaan het. Hy het ook geleer om homself beter te handhaaf wat tot hierdie veiligheidsbelewing kon bydra.

Uitreagerende gedrag

J het geen uitreagerende gedrag tydens terapisessies geopenbaar nie en episodes asook die duur daarvan het afgeneem. Hy het geleer om homself te beheer en om meermale verantwoordelikheid vir sy gedrag te aanvaar. Hy het empatie aangeleer en om verskoning vir sy optrede gevra. J het toenemend sy uitreagerende gedrag met redenering vervang wat konflik laat afneem het en samewerking (IPA-veranderlike 9) tussen hom en sy moeder bewerkstellig het.

Die afname in J se uitreagerende gedrag kan waarskynlik grootliks daaraan toegeskryf word dat hy tydens projektiewe spel konkreet gestalte kon gee aan sy innerlike wêreld en belewenisse. Vreesaanjaende situasies en gevoelens is hanteer en J het 'n gevoel van beheer daaroor ontwikkel (IPA-veranderlike 6).

Figuur 6.4. bied 'n voorstelling van hoe J byvoorbeeld deur middel van die vertolking van verskillende rolle en projeksie, insig kon verkry in sy uitreagerende gedrag en die effek wat dit op betekenisvolle ander kon hê.



Figuur 6.4. J verkry insig in die optrede, perspektiewe, gevoelens en behoeftes van verskillende betekenisvolle ander deur projeksie en rolspel

Nota: ➡ J internaliseer aspekte soos empatie, vertroeteling, selfbeheer, selfvertroue vanuit die verskeie spelkarakters in sy **Self**.

Rogers (1987) se oortuiging dat 'n nie-bedreigende, warm en aanvaardende verhouding 'n persoon (kind) in staat stel om teen sy eie tempo te groei en sy selfstruktuur aan te pas, is in hierdie navorsing bevestig. 'n Voorbeeld is dat J se aanvanklike uitreagering

tydens badtye verander het nadat hy in die veiligheid van die speelkamer hierdie situasies kon verken, sy selfstruktuur daarby kon aanpas en uiteindelik ook sy wyse van optrede tydens daaropvolgende badtye kon verander.

6.2.2.4. Navorsingsvraag 4

Hoe het die in nie-direktiewe terapie (KGS en SKS) die kind met AS reageer op die gebruik van keuses tydens dissiplinering?

J het sinvol gereageer op die terapeut se gebruik van keuses gedurende spel terapie. Die gebruik van keuses het 'n noodsaaklike bydrae tot grensneerlegging (dissiplinering) gelewer en het J laat saamwerk, aangesien hy nie dwang ervaar het nie. Hierdie tegniek voorkom magstryde en gee aan die kind 'n gevoel van beheer. Volgens Hull (2011) beteken dit dat die simpatiese sensuïestelsel nie geaktiveer word om die kind in 'n veg-en-vlug reaksie te plaas wat verder aanleiding sou gee tot die definiëring van simmetriese verhoudings en gevolglike magstryde, opponerende gedrag (IPA-veranderlike 5) of dissiplinêre probleme nie. J kon gaandeweg sy sensoriese ervarings meer bewustelik beteken en in sy selfkonsep integreer (soos wat gebeur het tydens die uitspeel van badgedrag). So het hy geleer om self besluite te neem en vanuit 'n interne lokus van kontrole te funksioneer. Hiermee saam het hy meer onafhanklik van ander mense begin funksioneer.

Die krag van empatiese terapeutiese respondering lê daarin dat die kind leer om begrip vir homself en ander te ontwikkel deur betrokkenheid by sy spelgemeenskap. J kon elke karakter se funksionaliteit evalueer en hulle keuses laat maak om onafhanklik op te tree. Oneffektiewe keuses lei tot ongewenste gevolge en in spel het J hierdie waarheid asook om verantwoordelikheid te aanvaar, aangeleer.

Die gee van keuses impliseer 'n mate van vryheid om 'n besluit uit te oefen. Volledige vryheid is nie gewens nie aangesien dit die kind oorweldig. Die gebruik om die kind voor

keuses te stel erken sy vryheid en vermoë tot selfrigtinggewing ('self-determination') wat 'n belangrike impuls tot groei is (Grobler et al., 2005). Die kind met AS het nie altyd 'n keuse oor wat in sy werklikheid met hom gebeur nie, maar KGS en SKS bied die kind die geleentheid om outonoom te kies en rigting aan die terapeutiese verloop te gee wat bemeestering en persoonlike groei meebring.

6.2.2.5. Navorsingsvraag 5

Hoe het nie-direktiewe terapie (KGS en SKS) 'n kind met AS se uitdrukking, selfregulering en hantering van emosies asook empatie bevorder?

In die tydperk wat J terapie ontvang het, het hy sy aanvanklike, oënskynlike emosieloosheid getransendeer. Hy het begin glimlag, lag en humor binne asook buite die speelkamer gebruik. J se hantering van emosies het sinvol verander deurdat hy geleer het om oor sy emosies te praat en selfs sy kommer oor sy gebrek aan gevoel kon meedeel. J kon sy gevoelens tydens dramatiese spel leer ken. Hy het selfs empatie begin toon teenoor sy spelkarakters en in sy alledaagse lewe spontaan teenoor sy moeder. Ter opsomming word die faktore wat belangrik is om 'n kind met AS te help om emosioneel te groei, kortliks weergegee.

Die rol van die terapeut

In die terapeutiese proses met J, het dit geblyk dat:

Aanvaarding en empatie die kern van 'n gesonde terapeutiese verhouding is. In die veilige ruimte daarvan kan emosies ondersoek en aanvaar word;

Aktiewe luistervaardighede baie belangrik is. Die terapeut moet die metafore van die kind aanvaar en aspekte van die kind se intrapsigiese prosesse respekteer. Dit bied die geleentheid vir selfondersoek, aanvaarding en selfregulering;

Die terapeut onbevange, sonder vooropgestelde idees tot die wêreld van die kind moet toetree. Hy sal haar teen sy tempo lei en haar op sy eie voorwaardes innooi. Elke kind se individualiteit moet aanvaar en bevorder word; en

Opregte belangstelling van kardinale belang is. Enige valsheid word baie maklik deur die kind aangevoel en dit belemmer die terapeutiese verhouding.

Die rol van sosiale interaksie

Kinders met AS leer nie spontaan met ander omgaan nie en lok met hul vreemde gedrag verwerping uit (IPA-veranderlike 9). Dit laat hul eensaam, bang en minderwaardig voel. Onvoorwaardelike terapeutiese aanvaarding, positiewe terugvoer en bemagtiging deur erkenning en goedkeuring (IPA-veranderlikes 3 en 10), het J bewus gemaak van sy unieke talente, belangstellings, vermoëns en perspektiewe. Hierdie proses bring volgens Hull (2011) 'n gevoel van normalisering by die kind met AS en lei tot positiewe emosies en verbeterde eiewaarde.

Dit blyk verder dat J die konsep gesnap het dat alle gevoelens en behoeftes (IPA-veranderlike 11) toelaatbaar is, maar dat hy kon kies tussen aanvaarbare en onaanvaarbare wyses om daaraan uiting te gee, wat uiteindelik aanvaarding of verwerping (IPA-veranderlike 9) deur ander teweeg sou bring. J as kind met AS, kon net soos ander neuro-tipiese kinders 'n effektiewe wyse vind om sy gevoelens, behoeftes, bewuste en onbewuste emosionele konflikte en trauma (IPA-veranderlikes 11 en 16) in die nie-verbale proses van SKS uit te druk. J kon ook net soos ander kinders met AS in Hull (2011) se studie, SKS effektief gebruik om emosionele regulering te bevorder.

Die invloed van neurologiese aspekte van kinders met AS

Op 'n neurologiese vlak vind die kognitiewe, emosionele en sintuiglike ontwikkeling, asook funksionering van 'n kind met AS, nie gesinchroniseerd plaas nie en dit veroorsaak probleme met hoër kognitiewe funksies soos beplanning, werksgeheue, inhibering van

ongepaste response en emosionele regulering (Landa, 2000). Hierdie ongesinchroniseerde funksionering veroorsaak dat die kind met AS 'n nie-bedreigende situasie as gevaarlik beoordeel, wat dan sy simpatiese senuweestelsel aktiveer en 'n veg-en-vlugreaksie tot gevolg het. Dit lei tot gekondisioneerde reaksies wat meebring dat die kind met AS later in die meeste situasies vanuit 'n veg-en-vluginstink reageer. Dit inhibeer uitvoerende funksies soos langtermynbeplanning en organisering. Deur terapeutiese leer word ongesinchroniseerde neurologiese ontwikkeling belyn (Hull, 2011), sodat 'n meer akkurate evaluering van situasies gemaak kan word. Sodoende neem oorreaksie as gevolg van instinktiewe vrees af. 'n Belangrike bydrae tot J se neurologiese ontwikkeling was ongetwyfeld ook arbeidsterapie ten opsigte van die hantering van sensoriese en neurologiese uitvalle (onder andere).

Die rol van projeksie in die terapeutiese proses

In die terapeutiese gebeure ondersoek die kind sy eie emosies deur die ervarings van die geprojekteerde karakters en word verbaal en nie-verbaal uiting gegee aan emosies, bekommernisse en vrese. So kon J bewus raak en begrip verkry vir sy eie gevoelens en emosionele ervarings. Verder, indien die rol van projeksie in ag geneem word (Drewes, 2001; Zinni, 1997), het J se karakters nie net sy eie nie, maar ook emosionele aspekte van betekenisvolle ander buite die speelkamer verteenwoordig. Die terapeut se respondering het hom gehelp om in voeling te kom met emosionele belewenisse van die simboliese spelgemeenskap (karakters binne die speelkamer), asook die groter gemeenskap (betekenisvolle ander buite die speelkamer).

Die rol van J se Self

Volgens Stroh (1992) en Poodhun (2000) beïnvloed die bekendmaking en vervulling van behoeftes (IPA-veranderlike 11) nie net emosies en daaropvolgende optrede nie, maar kan behoeftebevrediging kinders se identiteit versterk. Dit kan weer lei tot die verbetering

van eiewaarde, ervaring van positiewe emosies en gevolglike verbeterde emosionele regulering. In J se terapeutiese proses is hierdie dinamiek opsigself voltrek.

Nog 'n verklaring vir J se verbeterde hantering van emosies kom vanuit Rogers (1987) se teorie en dui daarop dat J psigologiese aanpassings gemaak het. Sy spanning het ook verminder aangesien hy dit kon regkry om soveel moontlik van sy ervarings op 'n wyse wat kongruent (IPA-veranderlike 2) was met sy persepsie van self, te simboliseer. J se optrede kon dus gemotiveer word deur hierdie gesimboliseerde ervarings in plaas van onbewuste ervarings waaraan simboliek en betekenis nog nie toegedig kon word nie. J kon in nie-direktiewe spel sy positiewe asook negatiewe ervarings simboliseer en met sy sin van self integreer, wat tot verbeterde regulering en hantering van emosies gelei het (Grobler et al., 2005).

6.2.2. Opsommend

J se ervarings en persepsies van homself en sy AS-gekleurde werklikheid was uniek en het unieke behoeftes, emosies, optrede, 'n sin vir self en waardes ingesluit. Volgens Rogers (1987) kon J sy uniekheid ('individualization') ontdek het, omdat die terapeut sy interne verwysingsraamwerk na waarde geag en gepoog het om sy wêreld vanuit sy perspektief waar te neem. Hiermee saam het die terapeut haar uiterlike verwysingsraamwerk, wat dus ook haar kennis omtrent AS ingesluit het, eenkant probeer plaas en werklike begrip en empatie vir J se persepsies en ervarings deur middel van nie-direktiewe respondering aan hom gekommunikeer. Hierteenoor het J self en die terapeut hom 'n kans op terapeutiese groei gegun, eerder as om hom as ware gevange te hou binne die geloof dat hy net "nog 'n kind met AS" was.

Die navorser is oortuig dat J die terapeutiese uitkomst bereik het omdat die terapeut deurlopend kindgesentreerde beginsels in haar werk met J gevolg het. Dit beteken dat sy volgens Rennie (1998) onder andere geglo het dat J as kleuter met AS menswaardig was, dat

hy die vermoë gehad het om op unieke wyse te redeneer (dink) oor homself; te redeneer oor sy siening; homself as 'n objek te hanteer waaraan hy aandag moes skenk; en laastens dat hy hierdie inligting kon gebruik as 'n verwysingspunt om te besluit wat sy volgende stap van aksie moes wees.

J kon ervaar dat die terapeut die denke, gevoelens, geloofstelsels, oortuigings, houdings, aksies, sterkpunte, swakpunte, emosionele uitinge en regulering, asook verskille van elke spelgemeenskapslid aanvaar, gerespekteer en hanteer het. J kon vanuit die terapeut se respondering bewus raak dat elke simboliese gemeenskapslid (J, spelkarakters waarop hy geprojekteer het, mev X en die terapeut) van mekaar verskil het en as sulks aanvaar, gewaardeer en gerespekteer was.

'n Belangrike gevolgtrekking wat uit hierdie studie na vore kom, is dat nie-direktiewe spel 'n kragtige behandelingsmetode vir kinders met AS is. Volgens Vygotski (1978, p. 90), "...learning awakens a variety of internal processes that are able to operate only when a child is interacting with people in his environment and in cooperation with his peers. Once these processes are internalized, they become part of the child's independent developmental achievement". 'n Kind met AS kan as gevolg van neurologiese beperkinge nie "normaal" baatvind by bogenoemde invloede nie en kan dus nie sondermeer bepaalde mens- en sosiale vaardighede aanleer en internaliseer nie. Dit wil egter in hierdie studie voorkom asof sodanige beperking in 'n mate oorbrug kan word deur die nie-direktiewe prosesse van KGS en SKS, wat meestal op regterbreinfunksies konsentreer. Daarby is die intensionele aandag en terapeutiese teenwoordigheid van die terapeut, gedra deur die veilige verhouding wat dit daarstel, primêre werktuie in 'n bemagtigingsproses wat die kind met AS kan aanwend om sommige van die bogenoemde vaardighede te bemeester.

Vervolgens word riglyne voorgestel vir die gebruik van nie-direktiewe response. Die doel is om terapeute prakties toe te rus en om bewuswording van aspekte met betrekking tot IPA-veranderlikes by kinders, te bevorder.

6.3. RIGLYNE TER BEWUSMAKING VAN 17 IPA-VERANDERLIKES: DIE GEBRUIK VAN NIE-DIREKTIEWE RESPONDERING

Die volgende bespreking van terapeutiese riglyne fokus daarop om terapeute bewus te maak van hoe nie-direktiewe respondering as deel van nie-direktiewe speltherapie sinvol met 'n kind met AS gebruik kan word. Hierdie riglyne is gebaseer op die basiese beginsels van kort, interaktiewe en fasiliterende nie-direktiewe respondering wat deur Landreth (1991, pp. 83, 187) as volg beskryf word: *“Responding to children in a way that communicates sensitivity, understanding, and acceptance and conveys freedom and responsibility is for many adults like learning a foreign language and requires a drastic shift in attitude and a restructuring of words used in responses”*. Hiermee saam is die doel dat die terapeut die AS-dinamika (diagnostiese kriteria) van die kind ingedagte sal hou om sodoende deur middel van nie-direktiewe respondering bewusmaking van sosiaal-aanvaarbare gedrag by die betrokke kind te bevorder (Attwood, 2008). Struktuur word aan die proses verleen deurdat die terapeut deurlopend ingedagte hou dat interpersoonlike interaksie 'n sirkulêre proses is waar alle partye verantwoordelik is om te gee en te ontvang. Dit geld vir die verhouding met die terapeut, betekenisvolle ander, vreemdelinge en selfs vir verskillende simboliese karakters wat in die spelproses gebruik word.

Dit is belangrik om daarop te let dat die terapeut nie direktief met die kind moet begin werk en hom moet “leer” oor wat die IPA-veranderlikes behels nie. Daar word eerder geduldig gewag vir ervaringsoomblikke in die terapie wat 'n geleentheid bied vir die terapeut om nie-direktief te respondeer op dit wat sy by die betrokke kind waarneem tydens spel.

6.3.1.Aanbevelings

Die volgende aanbevelings word gemaak indien 'n soortgelyke nie-direktiewe spelproses as dié van J, nagevolg wil word:

'n Multidissiplinêre spanbenadering wat onderwysers, sielkundige, spraakterapeut, arbeidsterapeut en pediater insluit is belangrik om die kind met AS effektief by te staan. Soos in enige terapie, is 'n deeglike kennis van die kind se agtergrond, huidige gedrag en sy gesinsisteem en -dinamiek baie belangrik, sodat die terapeut kan opmerk wanneer die kind met AS aspekte wat verband hou met die aanmeldingsprobleem, in die speelkamer hanteer. Dit stel die terapeut in staat om te fokus op gepaste nie-direktiewe response wat aan die betrokke kind begrip vir sy eie realiteit kan gee. Hierin word die terapeut ook ondersteun deur haar kennis van die 17 IPA-veranderlikes.

Dit is belangrik om nie speelgoed te benoem voordat die kind met AS dit self doen nie, aangesien dit die betekenis wat die kind aan die spesifieke speelding heg, moontlik kan beïnvloed; dit kreatiewe fantasiespel, waar enige iets moontlik is, blokkeer; en dit die kind terugruk na realiteitspel waar hy die terapeut wil beïndruk. Die gebruik van sogenaamde niksseggende woorde, soos “*daardie een*” in plaas van “*die renoster*”, is meer aangewese.

Die terapeut tref onderskeid tussen “grensneerleggingskeuses” wat gebruik word tydens dissiplinering (sien IPA-veranderlikes 5 en 12 hieronder) en “bewusmakingskeuses” wat gebruik word om 'n sin vir beheer aan die kind te gee en/of sosiaal-aanvaarbare gedrag as alternatiewe optrede vir die kind uit te wys (sien IPA-veranderlikes 3,6,8 en 11 hieronder).

Anders as in gewone nie-direktiewe speltherapie, word aanbeveel dat een van die ouers van die kind met AS in die spelproses ingesluit word. Die terapeut behoort vooraf aan hierdie ouer te verduidelik dat sy elke keer op dieselfde plek in die speelkamer moet gaan sit; dat sy nie, tensy die terapeut anders aandui, spontaan moet leiding neem en gesels of speel met die kind in die speelkamer nie; dat sy nie moet inmeng wanneer grensneerlegging nodig raak

tussen die terapeut en die kind nie. Die doel hiervan is dat die ouer die terapeut en kind se interaksie met mekaar kan waarneem, en veral kan luister na die terapeut se nie-direktiewe respondering. Geen vrae word in die teenwoordigheid van die kind bespreek nie, om sodoende die fantasieproses van speltherapie vir die kind behoue te laat bly. Sodra hierdie leerproses afgehandel is, kan die ouer en die kind alleen in die speelkamer verkeer, met die terapeut wat waarneem en aanbevelings met betrekking tot respondering na afloop van die spelsessie maak.

Indien KGS asook SKS gebruik word, is dit raadsaam dat die terapeut ingedagte hou dat nie-direktiewe respondering belangriker is as om suiwer SKS te doen. Praktijkervaring het gewys dat sommige kinders met AS SKS op dieselfde wyse as KGS sal gebruik, deur te verbaliseer waarmee hulle besig is. Dit wil voorkom asof die kind met AS dit moeilik vind om die vrae aan die einde van die sandbouproses te beantwoord. Die terapeut kan dus nie-direktiewe respondering gebruik, hoewel minder as tydens KGS. Wanneer SKS aan die kind met AS verduidelik word, behoort die terapeut die kind daarop te wys dat sy nie soos in KGS aanhoudend gaan gesels nie, maar dat sy stiller is omdat sy hom nie in sy bouproses wil steur nie. Indien die waarskuwing nie vooraf gegee word nie, mag sommige kinders met AS angstig raak en nie verstaan hoekom die terapeut skielik so stil is nie.

Hou ingedagte dat die kind met AS se optrede teenoor die terapeut binne en buite die speelkamer baie van mekaar kan verskil. Indien die kind buite die speelkamer verkies om nie op kommunikasie van die terapeut te reageer nie, aanvaar die terapeut dit sonder om druk op die kind te plaas. Sy fokus bloot op die ouer en die vasstel van die volgende spelsessie.

6.3.2. Terapeutiese responsriglyne vir bewusmaking van die IPA-veranderlikes

Vervolgens word voorbeelde van nie-direktiewe response gegee wat van toepassing is op aspekte van AS, asook op die IPA-veranderlike ter sprake. Die terapeut moet daarteen waak om geleenthede te probeer skep waar hierdie tipe response gebruik kan word, want dit

sal die proses direktnief maak. Die kind neem te alle tye leiding in die spel, met die terapeut wat volg. Die response wat deur die terapeut gegee word, behoort slegs 'n kort en duidelik geformuleerde sin of twee te wees sonder om die spontaniteit van 'n normale gesprek te verloor. Geen lang redenasies of lering word aan die kind gegee nie.

IPA-veranderlike 1: Akkurate empatie

Die kind word deur middel van nie-direktiewe response bewus gemaak van die simboliek, gevoelens, fantasie, gedagtes en wense van homself, asook van verskillende karakters in sy spel. Die doel is om die kind met AS daarvan bewus te maak dat sy gedrag (of die gedrag van karakters in sy spel) kan verskil van ander; 'n reaksie by ander kan uitlok; ander se gevoelens kan beïnvloed en dat begrip daarvoor in woorde aan mekaar deurgegee kan word.

Voorbeelde:

- *“Die draak voel jammer vir die perd en help hom. Dit laat die perd bly voel.”*
- *“J, jy wil nie toelaat dat die dokter jou ondersoek nie, want jy hou nie daarvan om aangeraak te word nie.”*
- *“Jy kyk vir Mamma terwyl jy met haar praat en dit laat haar glimlag en gelukkig voel.”*

IPA-veranderlike 2: Opregte belangstelling en kongruente optrede

Nie-direktiewe respondering word gebruik om die kind met AS bewus te maak dat die terapeut en/of ouer opreg belangstel in dit waarmee hy besig is. Die terapeut kan op dieselfde wyse respondeer dat verskillende karakters in die kind se spel, ook belangstel in mekaar se doen en late. Die terapeut bly belangstel in wat die kind herhaaldelik doen, sonder om hom te probeer aanmoedig om vir 'n slag met iets anders te speel.

Voorbeelde:

- *“Mamma geniet dit om te kyk hoe jy teken.”*

- “Die kameelperd eet van die bome en haar kleintjie kyk hoe sy dit doen.”
- Indien die kind in stilte teken: “Jy teken nog ’n lyn daar... en jy gebruik ’n nuwe kleur daar... Jy kies om nog van daardie kleur daar te gebruik.”

Die terapeut reël op kongruente optrede van die kind, byvoorbeeld: “J, jy is verras oor die nuwe speelding en jy glimlag om te wys jy is gelukkig”. Inkongruente optrede kan uitgewys word deur te reël met: “J, jy sê jy is gelukkig, maar jy het ’n diep frons tussen jou oë wat my laat dink jy is kwaad...” Tydens spel is die terapeut bedag op kongruente optrede deur die kind of sy ouer en bevorder bewusmaking deur middel van nie-direktiewe respondering.

Voorbeelde:

- “Dit frustreer jou as die toring aanhou omval – jy frons en byt op jou lip.”
- “Die perd is hartseer oor sy maat wat dood is – sy stem klink of hy wil huil.”
- “Die draak sê hy is die perd se maatjie, maar hy hou aan om die perd seer te maak...”

IPA-veranderlike 3: Onvoorwaardelike aanvaarding en positiewe terugvoer

Die terapeut vermy evaluering, inmenging met of interpretasie van die kind se spel. Selfrigtinggewing, verantwoordelikheid neem en selfevaluering deur die kind word deur nie-direktiewe respondering bevorder en aangemoedig, sodat die kind nuwe betekenis aan sy werklikheid en ervarings kan gee en uiteindelik vanuit ’n interne lokus van kontrole kan begin funksioneer (Biermann-Ratjen, 1998; Hutton, 2004; Malchiodi, 2003; Petty, 2002; Poodhun, 2000; Van Kalmthout, 1998).

In die speelkamer doen die terapeut afstand van haar eie agendas en ontmoet die kind geduldig waar hy op daardie oomblik is, selfs wanneer hy verkies om stil te staan en nie te speel of te praat nie. Positiewe terugvoer word aan die kind gegee deur hom byvoorbeeld

bewus te maak daarvan dat om 'n situasie vooraf te observeer, 'n aanvaarbare vorm van probleemoplossing kan wees.

Voorbeeld:

- Die kind staan in die middel van die vertrek sonder om te speel. Die terapeut respondeer en gebruik 'n bewusmakingskeuse: *“'n Nuwe plek kan soms baie vreemd wees en dan weet jy nie wat om te doen nie. Hier kan jy kies om net eers doodstil te staan en na alles te kyk...”* Die kind gaan sit op die mat sonder om te speel. *“Jy mag ook net op die mat sit sonder om te speel en as jy nie wil gesels nie, is dit ook reg. Hier mag jy kies wat moet gebeur.”* Die terapeut let ongemerk op die kind se asemhaling en dit skep die indruk dat die kind net rustig en gemaklik is, nie angstig nie. *“Jy sug saggies en dit is lekker om sommer net te sit, sonder om enige iets te moet doen.”*

Die terapeut let op vir enige veranderinge in die kind se gedrag wat moontlik op waagmoed kan dui.

Voorbeeld:

- *“Dit is die eerste keer wat jy tot daar anderkant in die speelkamer loop – jy is baie dapper vandag.”*
- *“Jy het vandag jou eie prentjie geteken – net soos jy daarvan hou.”*

Positiewe terugvoer kan gegee word deur op te let na die kind se uiterlike voorkoms, spesifieke optrede, of karaktertrekke waaroor hy beskik.

Voorbeelde:

- *“Jy het helder blou oë – dit maak jou spesiaal.”*
- *“Jy het deursettingsvermoë. Weet jy wat is deursettingsvermoë? Dit is wanneer 'n mens sukkel met 'n probleem en dan aanhou probeer totdat jy dit opgelos kry.”* (Naskrif: vermy eerder 'n woord soos “vasbyt”, aangesien 'n kind

met AS die betekenis letterlik mag opneem as iets waaraan gebyt moet word. Dit laat 'n kind ook belangrik voel as hulle 'n nuwe woord soos 'deursettingsvermoë' aanleer).

- “*Jy is kreatief. Dit is wanneer mens iets heeltemal anders doen as wat ander mense dit sou doen.*”

IPA-veranderlike 4: Konteks

Die terapeut gesels nie tydens nie-direktiewe spel terapie direk met 'n kind met AS oor hoe hy nuutaangeleerde vaardighede in ander kontekste buite terapie kan gebruik nie, want dit sal die proses direk maak. Die doel is om die element van fantasiespel vir die kind te behou, eerder as om met hom te kommunikeer oor hoe sy spel verband hou met alledaagse situasies. Die rede hiervoor is dat 'n kind met AS ongemaklik kan raak en dat dit neig om die spontaniteit van spel in die nie-direktiewe speelkamer te verminder. Wat wel belangrik is, is dat die terapeut reageer op die moeite wat die kind met AS binne asook buite die speelkamer doen om situasies te hanteer.

Voorbeeld:

- Na afloop van 'n spelsessie merk die terapeut buite in die gang op: “*Jy het hard gewerk vandag – ek is trots op jou*”.
- Nadat die ouer die terapeut meedeel dat die kind met AS se optrede tuis positief verander: “*Ek is trots op jou, dit klink of jy hard werk by die huis*”. (Ouers word toegelaat om positiewe veranderings wat by die kind met AS opgemerk word, in die kind se teenwoordigheid met die terapeut te deel. Die reël is dat ouers nie negatiewe optrede van die kind met die terapeut in die kind se teenwoordigheid bespreek nie.)

Verder konsentreer die terapeut op enige tekens dat die kind vaardighede vanuit die speelkamer begin veralgemeen na ander kontekste, byvoorbeeld wanneer 'n kind op pad uit

die spreekkamer waagmoed aan die dag lê en iets anders doen as voorheen. Indien reeds in die speelkamer gerespondeer is oor hoe dapper die kind was om in 'n sekere situasie te waag, respondeer die terapeut nou op dieselfde wyse as in die speelkamer nie-direktief om sodoende 'n indirekte assosiasie te help vorm tussen dit wat binne en buite die speelkamer gebeur.

Voorbeeld:

- In die speelkamer: *“Jy kyk of jy self 'n hoë toring kan bou, sonder dat ek of Mamma jou help... Jy het dit reggekry!”*
- Buite die speelkamer: *“Jy kyk of jy self van die trappies kan afspring, sonder dat iemand jou help... Jy het dit reggekry!”*

IPA-veranderlike 5: Definiëring van die verhouding met ander mense

Praktykervaring het gewys dat ouers wat saam met hul kinders in die speelkamer speel, neig om byvoorbeeld die volgende te doen:

- Aanhoudend vrae vra om uit te vind wat die kind se spel beteken: *“Wie is hierdie leeu? Is dit pappa?”*
- Die kind wil leer: *“Dit is 'n mannetjiesleeu, want hy het baie maanhare”.*
- Oorneem wanneer die kind 'n probleem ervaar: *“Gee hier dat ek die prop vir jou afdraai”.*
- Die kind reghelp: *“Dit is nie hoe mens dit doen nie, kyk mens doen dit so”.*
- Oorneem en die kind nooi om te speel wat hulle wil speel: *“Los nou die tekenwerk en kom speel bietjie hier met die weermagmannetjies”.*
- Nie hulle aandag by die kind bepaal nie en besig raak met hulle eie spel of selfs hul selfoon beantwoord.

Die KGS-terapeut definieer haar verhouding met die kind deurdat sy nie een van bogenoemde doen nie. Sy skep 'n parallelle verhouding waar sy en die kind mekaar se gelyke is, deur byvoorbeeld:

- Nie die rol van 'n outoriteitsfiguur wat uittoon bo die kind, in te neem nie, maar respekvol af te buk en op oogvlak met die kind te kommunikeer.
- Nie die spesialis te wees wat al die antwoorde op die kind se vrae het nie, maar eerder saam met die kind te wonder: *“Sjoe, ek weet nie wat eet olifante nie... wat dink jy eet hulle?”*

Die terapeut skep ook deur middel van nie-direktiewe respondering 'n komplimentêre verhouding waar 'n leier en 'n volgeling is, deurdat:

- Die terapeut leiding neem en tye van sessies aandui: *“J, ons gaan 'n halfuur speel en ek sal jou waarsku as daar nog vyf minute speelyd oor is”*.
- Die terapeut leiding neem wanneer grensneerlegging nodig is indien die kind homself, die terapeut of die toerusting wil skade aandoen: *“J, die muur is nie daar om op te teken nie, jy kan op die papier teken”*.
- Sy die kind toelaat om leiding te neem: *“Wel, hier kan jy besluit wat dit moet wees...”* of *“Jy kan besluit hoe jy daarmee wil speel...”* of *“Daardie speelding kan enige iets wees wat jy wil hê dit moet wees...”*

Die terapeut vermy die skep van 'n simmetriese verhouding waar 'n magstryd tussen haar en die kind kan ontstaan, deur anders as meeste betekenisvolle ander te respondeer in dissipline-situasies. Betekenisvolle ander neig soms om 'n kind met AS te dissiplineer deur opmerkings te maak, soos: *“Jy mag nie...”* of *“Jy kan nie...”* of *“Moenie...”* (Landreth & Bratton, 2006; Ogawa, 2004). Die terapeut fasiliteer 'n sirkulêre verhouding deur van grensneerleggingskeuses gebruik te maak sodat die kind met AS sy eie verantwoordelikheid

in die verhouding kan besef, en bewusraak daarvan dat sy keuses positiewe of negatiewe gevolge het waarvoor hy ander nie kan blameer nie.

’n Voorbeeld van grensneerleggingskeuses (wat dikwels in die praktyk gebeur), is:

- “*J, ek weet jy wil nog verder speel, maar ons speelyd is nou verby.*” J speel verder sonder om ag te slaan op die terapeut. “*J, ons tyd vir speel is nou verby. Ek gaan tot by drie tel en dan kan jy kies om self uit die speelkamer te gaan, of ek gaan jou help om uit te gaan.*” J staan op en gaan speel agter die pophuis, sonder om ag te slaan op die terapeut: “*J, ek kan sien jy het gekies dat ek jou moet help. Ek gaan weer tot drie tel, dan kan jy kies om self uit te gaan of ek gaan jou help deur jou op te tel.*” (J is vyf jaar oud en nie te swaar vir die terapeut om te kan optel, sou dit nodig wees nie. Sy tel hom nie dadelik op nie, omdat kinders met AS nie van fisiese kontak hou nie en sy die afstand tussen hulle eers wil verklein, sodat hy besef sy keuse gaan ’n gevolg hê.) J speel verder. Die terapeut stap nader en raak aan J se skouer: “*J, ek sien jy kies dat ek jou optel.*” J glimlag en wurm onder die terapeut uit en verlaat self die speelkamer. “*Sien, ek kan self uitgaan!*” “*Ja, ek sien so, ek is trots op jou.*”

Nie-direktiewe spelterapie bring mee dat die terapeut nie omvergegooi word wanneer die kind met AS ’n ambivalente verhouding daarstel nie. Ambivalensie kan relatief vinnig ontstaan wanneer die terapeut beleef dat die kind met AS haar ignoreer, deur nie vir haar te kyk of haar vrae te beantwoord nie. In sulke tye kan die terapeut nie-direktiewe respondering effektief gebruik en sinvol kontak met die kind behou deur volgens Landreth (1991), hoofsaaklik op drie aspekte te fokus:

- Die terapeut respondeer op wat sy die kind **sien doen**. Die kind sit weermagmannetjies in ’n ry in die sandbak: “*Jy sit hulle almal so bymekaar neer...*” Hy neem ’n leeu en stamp al die weermagmannetjies met mening om

terwyl hy kwaai-wees geluide maak: *“Daardie een (leeu) klink kwaad en stamp hulle om”*.

- Die terapeut respondeer op wat sy die kind **hoor sê**. J neem die tikmasjien en sê: *“Ek wonder wat dit kan wees?”* Die terapeut respondeer: *“Jy is nie seker wat dit kan wees nie”*.
- Die terapeut respondeer op wat sy **vermoed** die kind (of karakters) **voel**. Die kind wys hoe die familie Barbiepoppe in ’n motor wegry dorp toe, terwyl een poppie tuis moet bly. Die poppie wat tuisbly maak huilgeluide. Die terapeut respondeer: *“Daardie een voel hartseer omdat hy alleen by die huis moet bly”* of *“Daardie een voel kwaad omdat hy nie mag saamgaan nie”*. Indien die kind die terapeut reghelp deur te sê: *“Nee, hy is nie hartseer nie, hy is baie kwaad!”* volg die terapeut die kind se leiding: *“Hy is so kwaad, hy kan huil daarvan”*.

IPA-veranderlike 6: Beheer

Bewusmakings- en/of grensneerleggingskeuses word gebruik om ’n gevoel van beheer aan die kind met AS te gee. Keuses word nie oormatig, of as ultimatus, of op ’n manipulerende wyse gebruik nie, maar eerder as deel van ’n spontane gesprek, waar verantwoordelikheid elke keer aan die kind teruggegee word (Guerney, 1983a; Landreth, 1991; Petty, 2002). Die kind met AS se vrae of soeke na bystand kan nie-direktief beantwoord word deur van bewusmakingskeuses gebruik te maak, byvoorbeeld:

- Die kind vra: *“Waarmee moet ek eerste speel?”* en die terapeut respondeer: *“Hier kan jy besluit waarmee jy eerste wil speel”*.
- Die kind vra: *“Wat is hierdie?”* en die terapeut respondeer: *“Hier kan jy besluit wat dit moet wees”*.
- Die kind tel die handboeie op: *“Waarvoor gebruik ’n mens hierdie?”* en die terapeut respondeer: *“Hier kan jy besluit waarvoor jy dit wil gebruik”*.

- Die kind sukkel om 'n bottel se prop oop te maak en die terapeut respondeer:

“Hmm, jy werk regtig hard om daardie een oop te kry”.

Wanneer 'n kind met AS die grense toets, sien die terapeut dit as 'n geleentheid om hom deur middel van keuses bewus te maak dat hy selfbeheer oor sy gevoelens en optrede kan toepas; besluite kan maak en persoonlike beheer neem; verantwoordelik is vir die positiewe of negatiewe gevolge van sy besluite (vir voorbeelde van respondering sien IPA-veranderlike 12).

IPA-veranderlike 7: Emosionele afstand

Wanneer die kind met AS emosionele afstand bewerkstellig in die speelkamer bewerkstellig, word dit gerespekteer en aanvaar deurdat die terapeut nie die kind dwing om byvoorbeeld oogkontak te maak, of tweerigtinggesprekke te voer, of direkte vrae te beantwoord nie. Tog verklein die terapeut die emosionele afstand deur van nie-direktiewe response gebruik te maak wat veral fokus op wat sy die kind sien doen, hoor sê of moontlik voel (soos reeds verduidelik is by IPA-veranderlike 5).

Dit is belangrik om die tempo waarteen die kind werk, te respekteer en te volg. Die terapeut gebruik haar stemtoon, -tempo en -volume deur dit aan te pas by die atmosfeer wat deur die kind bewerkstellig word. Indien die kind byvoorbeeld verdiep raak en konsentreer op die toring blokkies wat hy wil laat regop staan, sal die terapeut ook stadiger en sagter praat om so te resoneer met die konsentrasie wat dit by die kind verg om die taak te kan verrig. Op hierdie wyse raak die terapie amper soos 'n simfonie, waar die kind die dirigent is en die terapeut die vloei van die musiek volg. Deur die kind se tempo te volg, vermy die terapeut die ontwikkeling van 'n dans wat Vorster (2011) beskryf as hoe meer die terapeut direk aandrang om emosionele afstand te verklein, hoe meer sal die kind met AS die afstand wil vergroot (sien 2.9.1.7.).

Indien die kind met AS wel bewustelik of onbewustelik die emosionele afstand tussen hom en die terapeut verklein, kan nie-direktiewe response soos die volgende gebruik word om hom daarvan bewus te maak:

- Die kind maak oogkontak met die terapeut: *“Jy kyk vir my terwyl jy gesels en dit laat my weet jy stel belang in my”*.
- Anders as voorheen gee die kind aan die terapeut ’n spreekbeurt: *“Jy het my kans gegee om te praat sonder om my in die rede te val”*.
- Die kind met AS vra sy moeder vir die eerste keer om saam met hom in die speelkamer te speel: *“Jy nooi Mamma om saam met jou te teken en sy geniet dit – sy glimlag terwyl julle teken”*.

IPA-veranderlike 8: Helderheid van selfuitdrukking

Dit is ’n uitdaging vir die terapeut om gedurende nie-direktiewe speltherapie geen vrae aan die kind te vra nie, omdat dit hom van fantasespel kan ontnem. Om helderheid van selfuitdrukking te bevorder, kan die terapeut wel ’n vraag vra wanneer sy ’n verduideliking van die kind wil uitklaar. Byvoorbeeld, in J se geval sou hy soms sy sinne net halfpad voltooi of onverstaanbaar praat. Die terapeut gebruik sy naam om sy aandag te trek, reflekteer wat sy dink die kind aan haar probeer kommunikeer en bevestig dan deur ’n vraag:

- *“J, dit klink of jy sê die pappa leeu het kos gaan soek in die bos en toe is die klein leeutjie bang, want hy moes alleen by die huis bly – is dit wat jy bedoel?”*
- Indien die terapeut steeds nie mooi kan hoor wat die kind sê nie: *“J, ek kan nie mooi hoor wat jy sê nie. Dit klink of die pappa leeu die klein leeutjie alleen by die huis gelos het – is dit wat jy bedoel?”*

Die terapeut kan luister na die wyse waarop karakters met mekaar kommunikeer en hoe duidelik hulle hul behoeftes aan mekaar deurgee. Byvoorbeeld, ’n kind sal een karakter soos ’n perd neem en aanhoudend ’n ander karakter soos ’n draak daarmee aanval, sonder om

te verwoord wat die rede vir die aggressiewe aanval is. Die terapeut kan die kind bewusmaak daarvan dat een karakter sy behoeftes in woorde kan uitdruk, sodat die ander karakter kan weet hoe om in daardie behoefte te voorsien, byvoorbeeld:

- Erge konflik word uitgespeel tussen 'n perd en 'n draak en in die spel kan afgelei word dat die perd kwaad is en die draak aanval. Die terapeut respondeer: *“Die perd hou aan om die draak te skop... dit lyk of die draak dalk iets gedoen het wat die perd baie kwaad gemaak het”*. Die kind bevestig dat die terapeut korrek verstaan en die terapeut respondeer verder met: *“Dalk weet die draak nie wat hy verkeerd doen nie, want die perd sê dit nie vir hom nie...”* Indien die konflik tussen die perd en draak voortduur, kan die terapeut verder bewusmakingskeuses gebruik: *“Die perd kan kies om die draak aan te hou skop sonder om iets te sê en dan sal die draak nooit weet wat hy verkeerd gedoen het nie. Of die perd kan kies om vir die draak te sê wat die draak doen wat hom so kwaad maak, sodat die draak kan ophou daarmee”*.

Soms gebeur dit dat helderheid van selfuitdrukking belemmer word deurdat die kind met AS aanhoudend praat, te veel agtergrondinligting deel en die terapeut aanhoudend in die rede val. In die praktyk kan die terapeut dit toelaat totdat sy 'n idee vorm van wat die kind eintlik met haar wil kommunikeer. Sy kan dan die kind se naam noem (soms meer as een keer) om sy aandag te kry en as hy ophou praat, sal sy respondeer met:

- *“J,...J... dit klink asof jy vertel van hoe hard die weermagmannetjies probeer om van die kwaai leeu af weg te kom, en dat dit hulle baie moeg maak – is dit wat jy bedoel?”*

Hierdie tipe uitklaring help die kind met AS om sy gedagtegang en stroom van verbale inligting in oënskyn te neem en op te som; te bevestig of die terapeut hom korrek

verstaan; bewus te word dat daar nog 'n persoon in die speelkamer is wat luister na wat hy sê en wat ook 'n spreekbeurt nodig het.

IPA-veranderlike 9: Potensiaal om aanvaarding/verwerping uit te lok

Soos reeds genoem (sien IPA-veranderlike 5), poog die terapeut om anders as meeste ander mense op te tree en die kind met AS te aanvaar, eerder as te verwerp. Sy behoort werklik in die kind met AS se vermoë te glo om kreatief, bevoeg en verantwoordelik te wees; sosiaal aanvaarbaar te kan optree; selfbeheer te kan toon; keuses te kan maak en probleme te kan oplos. Die wyse waarop die terapeut nie-direktiewe respondering gebruik weerspieël hierdie geloof in sy potensiaal (Andrews, 2006; Barratt, 2006; Georgiou, 2006; Jackson, 2006; Landreth & Bratton, 2006). In nie-direktiewe speltherapie word kreatief, en nie opvoedkundig nie, met die kind gespeel en daarom word sy mislukings en foute nie gekritiseer of gekorrigeer nie:

- Die kind verwys verkeerdelik na 'n kameelperd wat in 'n hok is as 'n perd. Die terapeut respondeer met “*Jy weet die perd moet in sy hok bly*”.
- Die kind is in die rol van winkelier en noem dat 'n artikel R10 kos en dat hy R200 kleingeld aan die terapeut moet gee. Die terapeut respondeer: “*Hmm, jy weet ek moet R200 kleingeld kry.... Dankie...*” Terapeut vat die geld en volg die kind se leiding tydens spel.
- Die kind het sy naam bo-aan sy prentjie verkeerd gespel, waarop die terapeut respondeer: “*Jy kies om jou naam bo-aan te skryf net soos jy daarvan hou*”.

Wanneer die kind met AS teenoor die terapeut of die ouer optree (of karakters teenoor mekaar) op 'n manier wat aanvaarding deur die ander party sal uitlok, kan die terapeut die kind met AS daarvan bewusmaak deur middel van nie-direktiewe respondering:

- Die kind ry woes met 'n groot trok oor die vloer en stamp per ongeluk die ouer raak. Hy vra verskoning en speel verder. Terapeut: *“Jy het jammer gesê en dit laat Mamma voel jy gee vir haar om”*.
- Die kind het sy ouer genooi om saam met hom 'n toring met blokkies te bou. Hy oorheers die spel en bou die hele tyd alleen, maar gee dan skielik die ouer 'n beurt om 'n blokkie te pak. Terapeut: *“Dit laat vir Mamma lekker voel as jy haar 'n beurt gee om saam te speel – kyk sy glimlag”*.

Wanneer die kind met AS op 'n wyse optree wat verwerping deur ander kan uitlok, kan die terapeut hom van sy sosiaal-onaanvaarbare gedrag bewusmaak deur keuses te gebruik. Dit is egter belangrik dat die terapeut sosiaal meer aanvaarbare wyses van optrede as alternatiewe uitwys aangesien jong kinders, volgens R. Seedat (persoonlike kommunikasie, Julie 9-10, 1999 en Junie 14-15, 2007), nie gewoonlik self aan alternatiewe dink nie:

- Die kind wil 'n speelding gooi en mik daarmee na die terapeut. Terapeut: *“J, ek is nie daar om gegooi te word nie. Jy kan die slaansak daarmee gooi”*.
- Die kind speel hy is 'n seerower en wil die ouer met 'n swaard raakkap. Terapeut: *“J, Pappa is nie daar om seergemaak te word nie. Jy kan die mat met die swaard kap”*.

In die alledaagse lewe kan die maak van foute verwerping deur ander mense uitlok. Nie-direktiewe respondering word gebruik om die kind met AS daarvan bewus te maak dat hy steeds aanvaar word, selfs al maak hy foute of misluk hy:

- Die kind stamp per ongeluk 'n bakkie water om op die speelkamer se vloer en kyk half verskrik op. Terapeut: *“Als reg, ongelukke gebeur, jong”*. Die terapeut reageer op 'n terloopse manier, sonder om kwaai of veroordelend te wees. Hoe die kind hierna optree, kan 'n goeie aanduiding gee van of, en hoe hy probleemoplossingsvaardighede gebruik.

IPA-veranderlike 10: Bevestig deur erkenning en goedkeuring

Deur middel van nie-direktiewe respondering gee die terapeut erkenning en goedkeuring en kommunikeer daardeur dat die kind (of die karakters in sy spel) se gevoelens, wense en begeertes van dié van ander mense of karakters kan verskil. Ook dat dit belangrik is en graag deur die terapeut verstaan wil word. Die kind leer hierdeur om sy gevoelens, wense en begeertes in woorde te kommunikeer, eerder as om van onaanvaarbare gedrag gebruik te maak (Johnson et al., 1999; Landreth & Bratton, 2006).

Voorbeelde:

- “*Jy voel kwaad omdat...*”
- “*Jy lyk bly.*”
- “*Jy is hartseer...*”
- “*Die prinses wens dat...*”
- “*Die draak hou nie daarvan dat...*”

Die kind se keuse van spel word erken en goedgekeur deurdat die terapeut hom toelaat om enige tyd die rigting van sy spel te verander, selfs wanneer ’n spesifieke speltema onvoltooid gelaat word. Die terapeut wend nie ’n poging aan om die kind terug te bring na die spesifieke speltema nie, aangesien praktykervaring wys dat kinders spontaan sal terugkeer na noodsaaklike onderwerpe. ’n Voorbeeld van hierdie tipe respondering, is:

- Die kind sê: “*Ek hou daarvan om naskool toe te gaan, want ek het maatjies daar*”, waarop die terapeut respondeer: “*Jy hou van naskool en om met jou vriende te speel*”. Die kind neem ’n stuk papier en begin teken: “*Ja, maar partykeer moet ons lees*”. Terapeut: “*Dit klink of jy nie baie daarvan hou om by die naskool te lees nie*”. Die kind antwoord nie en begin met die dinosourusse speel, waarop die terapeut respondeer: “*Jy het iets anders gekry waarmee jy wil speel*”.

Die terapeut bevestig die kind met AS se eiewaarde deur op te let na vermoëns, sterkpunte en potensiaal en dit aan die kind te kommunikeer (Vorster, 2011) (sien 2.9.1.3. en 2.9.1.9.).

- Die kind vertel feitelik van dieregedrag. Terapeut: *“Jy weet baie van wilde diere af”*.
- Die kind skeur verskillende papiervormpies en plak dit op ‘n kleurvolle tekening waarmee hy besig is. Terapeut: *“Jy weet baie van kuns en teken af”*.
- Die kind gooi ‘n teiken herhaalde kere met ‘n bal raak. Terapeut: *“Jy weet hoe om ‘n teiken raak te gooi”*.

IPA-veranderlike 11: Effektiewe bekendmaking van behoeftes

Die terapeut let op wanneer die kind (of van die karakters in sy spel) nie hulle behoeftes bekend maak nie, of dit oneffektief doen (sien 2.9.1.11.). Bewusmakingskeuses word gebruik deurdat die terapeut op die oneffektiewe optrede van die kind repondeer en as alternatiewe keuse die kind van ‘n meer gepaste wyse van optrede, bewus maak. Keuses word slegs gebruik om hom bewus te maak van ‘n alternatiewe wyse waarop hy sy behoeftes meer effektief kan bekend maak, nie om sy gedrag in ‘n rigting te probeer manipuleer nie. Op dié wyse kan die kind met AS steeds leiding neem en besluit hoe hy die aangeleentheid verder gaan hanteer, byvoorbeeld:

- Die kind ervaar gereeld probleme in die speelkamer wat hy nie opgelos kry nie, maar hy reik ook nooit uit vir hulp nie. Hy vind dit nou moeilik om die kameelperd regop te laat staan en kyk na die terapeut vir hulp, sonder om iets te sê. Terapeut: *“Die kameelperd hou aan omval en dit lyk of jy wil hê ek moet jou help. Jy mag kies om aan te hou self probeer of jy mag kies om my te vra om jou te help. Net soos jy graag wil”*.

Wanneer 'n kind met AS sy behoeftes voorskriftelik op so 'n wyse deel dat dit verdediging, onttrekking of verwerping by die ander persoon kan uitlok (sien 2.9.1.11.), gebruik die terapeut nie-direktiewe respondering om hom bewus te maak van die effek wat sy optrede op ander mense mag hê. Verder word 'n sosiaal meer gepaste wyse van optrede as alternatief in die vorm van 'n bewusmakingskeuse gegee, byvoorbeeld:

- Die kind is ongeduldig en baie voorskriftelik in die wyse waarop hy sy moeder vra om die weermagmannetjies in die sandbak uit te pak: *“J, ek wonder hoe Mamma voel as jy so ongeduldig met haar raak? Jy kan kies om self die mannetjies in die sand te pak soos jy daarvan jou, of jy kan kies om mooi vir Mamma te wys waar sy hulle vir jou in die sand moet pak”*.

Die terapeut bly deurlopend bewus daarvan dat 'n kind met AS sensories oorlaai kan word deur verskillende stimuli (sien 2.9.1.11.). Deur die kind se liggaamstaal waar te neem, kan sy byvoorbeeld oplet dat die lig deur die venster hom pla, of dat hy bewus raak van 'n harde geluid buite en nie weet wat dit is nie, of dat hy nie van die sand aan sy vingers hou nie. Deur middel van nie-direktiewe respondering en/of bewusmakingskeuses, kan sy die kind daarvan bewus maak dat dit aanvaarbaar is om hierdie ervarings te verwoord:

- Die kind kyk geïrriteerd na die venster waardeur sonlig reflekteer en draai sy rug op die venster: *“Die skerp lig pla jou. Dit laat jou beter voel om met jou rug na die venster te sit”* of *“Die skerp lig pla jou. Jy kan kies om jou rug daarop te draai, of jy kan ook kies om te vra dat ons die gordyn toetrek”*.

IPA-veranderlike 12: Benadering tot die omgewing

Die wyse waarop nie-direktiewe respondering gebruik word, maak die kind met AS daarvan bewus dat hy nie meer 'n liniêre benadering (waar ander geblameer word vir wat verkeerd gaan in verhoudings) kan gebruik nie. Die ontwikkeling van 'n sirkulêre benadering bevorder insig by die kind dat beide hyself en die terapeut 'n aandeel het aan die goeie en die

slegte wat tydens 'n sosiale interaksieproses gebeur. Geleentheid om hierdie veranderlike te benut, gebeur dikwels wanneer grensneerleggingskeuses gebruik word waarin die terapeut die verantwoordelikheid vir die keuses wat gemaak is telkemale aan die kind teruggee:

- Die kind is geïrriteerd en tel 'n speelgoedhamertjie op waarmee hy 'n hou in die rigting van die terapeut slaan. *“J, ek weet jy is kwaad, maar ek is nie daar om seergemaak te word met die hamer nie. Jy kan die slaansak slaan met die hamer”*. Die kind reageer nie op die alternatief nie en mik weer na die terapeut: *“J, as jy kies om my met die hamer te slaan, kies jy om nie meer met die hamer te speel nie”*. Die kind ignoreer die grens en kap met die hamer na die terapeut, waarna die terapeut die hamer by hom vat en buite sy bereik bêre. Die kind huil en sê: *“Ek haat jou! Jy is lelik met my en ek wil nie meer hier speel nie!”* Die terapeut gee verantwoordelikheid terug aan die kind deur te respondeer met: *“J, ek weet jy is kwaad vir my, maar toe jy gekies het om my weer met die hamer te slaan, het jy gekies om nie verder daarmee te speel nie”*.

IPA-veranderlike 13: Rigiditeit /buigsaamheid in verhoudings

Die terapeut is bedag op enige geleentheid waar die kind met AS vir die eerste keer 'n poging tot buigsaamheid in sy verhouding met die terapeut binne of buite die speelkamer aanwend. Deur middel van nie-direktiewe respondering word hy daarvan bewus gemaak. Die doel is om die kind bewus te maak daarvan dat verskillende mense oor verskillende verwysingsraamwerke beskik en dat hy dit in ag moet neem, byvoorbeeld:

- Tot op hede het die kind buite die speelkamer nooit die terapeut 'n geleentheid gegee om met die moeder te gesels sonder om hulle aanhoudend in die rede te val nie. Vandag is die eerste keer wat hy stil by hulle staan en hulle kans gee om te gesels. Terapeut: *“J, vandag is die eerste keer wat jy ons nie in die rede*

geval het nie. Dankie dat jy my 'n kans gegee het om Mamma se vraag te antwoord. Ek is trots op jou". (In die navorser se werk met kinders met AS, gebruik sy dikwels die sinsnede "*ek is trots op jou*" en het gevind dat die kinders neig om die gedrag wat op hierdie wyse aangemoedig word, te veralgemeen na kontekste buite die speelkamer. Die navorser glo dat die kind met AS nie bloot sy gedrag aanpas om die terapeut tevrede te stel nie.)

IPA-veranderlike 14: Metakommunikasie

Die terapeut let op vir geleenthede waar sy die kind met AS bewus kan maak van hoe hy en die terapeut (of hy met sy moeder) met mekaar kommunikeer en hoe dit een of beide van hulle se gedrag kan beïnvloed. Daar kan ook gefokus word op hoe verskillende karakters in die kind se spel met mekaar kommunikeer. Die kind met AS word so bewus daarvan gemaak dat verandering in een party se kommunikasie, verandering in die ander party se gedrag kan teweegbring, byvoorbeeld:

- Terapeut: "*Jy praat so saggies dat Mamma nie kan hoor wat jy vir haar vra nie. Dit maak dit moeilik vir haar om jou te help*".
- Die kind wys hoe 'n ridder en sy perd op 'n reis gaan en honger en dors raak. Wanneer hulle water kry, drink die ridder elke keer alleen die water op. Dan, op 'n stadion, gee hy vir die perd ook water. Terapeut: "*Die ridder dink nie net meer aan homself nie, hy gee vir die perd ook van sy water*".
- Terapeut: "*Jy vra vir Mamma mooi om die blokke vir jou te gee, en skree nie meer op haar nie. Dit is vir Mamma lekker om jou te help as jy mooi met haar praat*".

IPA-veranderlike 15: Effektiwiteit van probleemoplossingsvaardighede

Die wyse waarop die kind die speelkamer in die eerste sessie benader, kan 'n goeie indruk gee van hoe hy gewoonlik 'n nuwe probleemsituasie benader: stel hy dadelik

ondersoek in; vra hy uit oor hoe speelgoed werk of soek hy ondersteuning; is hy onseker en bly op een plek staan sonder om die speelkamer en speelgoed te eksploreer; speel hy met speelgoed of gesels hy eerder op 'n intellektuele wyse met die terapeut; toon hy deursettingsvermoë of gee hy vinnig moed op; raak hy vinnig kwaad of gefrustreerd as hy moeite ondervind; reik hy uit vir hulp wanneer hy nie 'n probleem opgelos kry nie of wil hy hê die terapeut moet probleme vir hom oplos?

Wanneer probleemoplossingsgeleenthede hulle in die speelkamer voordoën, kan die terapeut nie-direktiewe respondering gebruik om die kind van die volgende bewus te maak (Let op dat sekere van die response verwys na “mense”, omdat dit die situasie doelbewus veralgemeen en die kind daarvan bewusmaak dat ander mense 'n situasie soortgelyk ervaar):

- Dat die ervaar van probleme nie beteken die kind is dom of onbevoeg of dat hy daarvoor moet skaam voel nie: *“As jou plan nie werk nie, beteken dit nie dat jy dom is nie. Daardie spesifieke plan het nie gewerk nie”* of *“Partykeer is dit moeilik om iets te kry om te werk soos jy graag wil hê dit moet”*.
- Dat die soek na oplossings nie noodwendig spanningsvol hoef te wees nie, maar dat dit 'n lekker, opwindende proses kan wees: *“Dit kan lekker wees om klomp verskillende planne uit te dink as jou eerste plan nie werk nie”*.
- Dat dit normaal is om nie die eerste keer 'n probleem opgelos te kry nie: *“Baie keer werk 'n mens se eerste plan nie, en dit is oukei”*.
- Dat probleemoplossing verskillende gevoelens soos frustrasie kan uitlok: *“Dit kan 'n mens frustreer as jou planne nie wil werk nie”* of *“Dit maak jou kwaad as jou plan nie wil werk nie”*.
- Dat die kind alleen kan waag en self die probleem kan oplos: *“Ek sien jy sukkel om blokke te balanseer, maar jy hou aan om self te probeer... Jy het dit*

reggekry!” of “Dit is moeilik om daardie treintrokke aanmekaar te hak. Jy wil graag self probeer om dit reg te kry”.

- Dat die kind mag hulp vra indien hy nie ’n oplossing kry nie: *“Jy mag self probeer om die beursie se knip oop te maak, of jy kan vra dat ek jou help. Jy kan besluit”* of *“’n Mens kan self probeer om ’n probleem op te los, of jy mag iemand anders vra om jou te help”.*
- Dat die gebruik van dieselfde onsuksesvolle probleemoplossing deur ’n unieke, kreatiewe probleemoplossing vervang kan word: *“Partykeer wil dieselfde plan nie werk nie, dan mag ’n mens ’n heel ander plan uitwerk... Jy het ’n nuwe plan uitgedink!”*
- Dat dit aanvaarbaar is om verskillende wyses van probleemoplossing te ondersoek: *“Slim mense dink baie verskillende planne uit om ’n probleem op te los, en jy mag dit ook doen”* of die kind vind dit moeilik om die ridder te laat regop staan op die mat. Hy skuif die ridder sodat dit teen die kasteel se muur leun: *“Jy het ’n ander plan gemaak om hom te laat staan”.*

Indien die kind wel die terapeut se hulp vra met byvoorbeeld ’n bottel se prop wat te styf toegedraai is, word die probleem nie vir die kind opgelos nie. Die terapeut sal bloot die bottel se prop effe losdraai en saam met die kind eksploreer oor hoe om die probleem op te los. Die idee is dat die kind uiteindelik self die bottelprop oopdraai waarop die terapeut dan kan respondeer: *“Jy het dit self reggekry!”*

IPA-veranderlike 16: Traumatiese gebeure

Om hierdie veranderlike te hanteer, het die terapeut kennis van die alledaagse lewe en/of traumatiese gebeure wat die kind ervaar het, nodig. Praktijkervaring wys dat kinders soms direk sal sê wat met hulle gebeur het en ander kere eerder karakters sal neem en metafores stories uitspeel wat verband hou met wat hulle deurgemaak het. Die terapeut

luister veral na wat die kind vertel en respondeer op 'n wyse wat die kind laat voel dat die terapeut regtig probeer verstaan en begrip het vir wat hy of die karakters ervaar. Daar word veral op reflektering van gevoelens, behoeftes en begeertes van die kind self en/of die karakters in sy spel gefokus.

Vraagstelling in nie-direktiewe speltherapie word grootliks vermy, omdat dit dikwels niksseggende antwoorde ontlok of omdat die kind dan ophou met die speltema en met iets anders sal besig raak. Vraagstelling vir evalueringsdoeleindes, byvoorbeeld, word in 'n ander vertrek as die nie-direktiewe spelterapiestikamer gedoen. Die gebruik van nie-direktiewe- asook direktiewe terapie in dieselfde speelkamer kan verwarrend vir kinders wees en benadeel die voorspelbaarheid wat die proses vir 'n kind met AS moet inhou.

In plaas van vraagstelling luister die terapeut aandagtig en kyk na wat die kind deur sy dramatiese spel kommunikeer, en respondeer daarop. Kinders sal dikwels bevestigend hierop antwoord met 'n “*Hmm*” of “*Ja*” wanneer hulle voel die terapeut verstaan reg. Gewoonlik neem hulle dan die spel verder en ontvou die hele verhaal. Die terapeut moet egter bewuswees dat die kind se angsvlakke met tye kan toeneem, of dat hy nog nie met 'n oplossing vir 'n probleem na vore kan kom nie. In sulke tye mag die kind die speltema skielik net so laat en met iets heeltemal anders begin speel. Die terapeut volg geduldig hierdie verandering in spel, omdat dit mag gebeur dat 'n kind na 'n rukkie spontaan sal terugkeer na die speltema van belang. Dit mag verskeie kere in dieselfde sessie, of oor verskeie sessies gebeur.

'n Voorbeeld van hierdie tipe respondering:

- In die alledaagse lewe vind 'n kind met AS dit moeilik om doktersondersoeke toe te laat. In die speelkamer ondersoek hy die mediese apparaat en sê: “*Toe ek by die dokter was, het hy ook die goed gehad*”. Terapeut respondeer met: “*Jy weet die dokter gebruik van hierdie goed in sy spreekkamer*”. Hy tel die

stetoskoop op en druk dit teen sy maag: “*Hy het na my geluister en dit was seer*”. Terapeut respondeer met: “*Hmm, dit was vir jou nie lekker nie*”. Dan loop hy na die oorkant van die speelkamer en pak speelblokke op mekaar om ’n toring te bou, waarop die terapeut respondeer met: “*Jy pak hulle almal opmekaar, net so hoog soos jy daarvan hou*”. Die kind bou verder en na ’n rukkie gaan hy terug na die mediese apparaat. Hy kyk op na die terapeut, druk die inspuiting teen sy arm en sê met besorgdheid in sy stem: “*Ja, en hy wou my bloed gesien het*”, waarop die terapeut respondeer met: “*Sjoe, dit moes jou seker bang maak het*”. “*Ja...*” Hy vertel verder wat by die dokter gebeur het.

IPA-veranderlike 17: Aspekte wat skakel met die aanmeldingsprobleem

In die eerste onderhoud met ouers word verskeie probleme wat die kind ervaar aan die terapeut meegedeel. Die terapeut kan dan die konteks vir die spelterapie soos volg daarstel wanneer sy die kind vir die eerste keer sien:

- “*J, hoekom het Mamma gesê moet jy hierheen kom?*” Sy luister na wat hy antwoord en gee dan min of meer die volgende verduideliking: “*Wel, ek is nie ’n juffrou nie, so ons gaan nie toetse skryf nie. Ek is ook nie ’n dokter nie, so ek gee nie medisyne of inspuitings nie. Kinders ken my as ’n speeltannie, want hier speel ons deur stories te vertel, of te teken, of nog baie ander maniere van speel. Partykeer gebeur dinge wat kinders bang of kwaad maak, en as hulle hier kom speel laat dit hulle weer beter voel. Kom ek gaan wys vir jou die speelkamer*”.

In bogenoemde verduideliking verwoord die terapeut die gevoelens wat sy reeds in die aanmeldingsonderhoud geïdentifiseer het as dat dit moontlik by die betrokke kind teenwoordig is. Dit gee hom die geleentheid om vooraf te dink aan “*watter dinge gebeur met*

my wat my so laat voel?” Die kind word verder daarvan bewusgemaak dat hy nie hoef te probeer presteer soos hy op skool sou moes doen nie. Hy hoef ook nie vir die terapeut bang te wees soos vir die dokter nie. Speel is iets wat kinders ken en dit stel hulle gerus. Wanneer ’n terapeut nie-direktief met ’n kind werk, is dit onnodig om te verwys na aanmeldingsprobleme wat deur die ouers gedeel is. Praktijkervaring wys dat kinders spontaan na hierdie gebeure beweeg in hulle spel.

6.3.3. Opsommend

Die bogaande riglyne vir nie-direktiewe speltherapie het ten doel om terapeute bewus te maak van hoe nie-direktiewe response effektief gebruik kan word om die kind met AS terapie te begelei en bewus te maak van verskeie aspekte in sy gedrag, wat deur die 17 IPA-veranderlikes beskryf word.

Vanuit bogenoemde verduideliking is dit duidelik dat die nie-direktiewe terapeut ’n aktiewe deelnemer in die speelkamer is en nie kan bekostig om haar aandag te laat dwaal nie. In die praktyk gebeur hierdie tipe spelsessies op so ’n intensiewe vlak en vind die navorser dat ’n halfuur se spel per sessie genoeg tyd gee vir die terapie om sinvol te wees. Dit is ook duidelik vanuit bogenoemde dat die terapeut eintlik twee prosesse volg: Eerstens word ’n suiwer nie-direktiewe spelproses met die kind gevolg. Indien enige evaluerings nodig is, word dit eers afgehandel voordat met die nie-direktiewe speltherapie begin word. Tweedens word ’n direktiewe proses met die ouers gevolg waar inligting deur vraagstelling bekom word, terugvoer gegee word en psigo-opvoedkundig gewerk word, deur die ouers bloot te stel aan die ervaringsleer van ’n aangepaste Filialspeltherapieprogram.

Die nie-direktiewe response en kommentaar wat aangebied is, is slegs riglyne en nie voorskrifte nie en maak ook nie aanspraak op finaliteit of volledigheid nie. Hierdie riglyne is oop vir kritiek en verdere navorsing en kommentaar deur terapeute wat met kinders met AS werk.

Vervolgens word die narratiewe van mev X, J, terapeut en navorser weergegee.

6.4. NARRATIEWE VAN DIE STUDIE

6.4.1. J se narratief

Vervolgens reflekteer die navorser oor J se moontlike ervaring van die terapeutiese proses, deur dit as 'n narratief namens hom aan te bied.

“My naam is J en ek is vyf jaar oud. Daar is baie dinge wat my baie kwaad gemaak het, soos wanneer mense aan my raak. Ek hou nie van bad nie, want die waslap krap my lyf en ek en Mamma het baie baklei wanneer sy my hare moes was, want haar vingers maak my kopvel seer. Ek wil baie graag met maatjies speel, maar wanneer hulle so aanhoudend skree en raas en rondhardloop laat dit my baie bang voel. As die maatjies nie ophou raas nie, laat dit my so deurmekaar voel dat ek begin skop en skree en my kop klap net sodat alles moet ophou. As die grootmense aan my raak, laat dit my nog meer deurmekaar en kwaad voel.

Die dokter het gesê ek het AS. Mamma het gesê dat sy my na 'n speeltannie gaan vat waar ek met speelgoed kan speel en gesels sodat ek beter kan voel. Die tannie het my nie gedwing om te praat of te speel nie. Sy het my ook nie gedwing om vir haar te kyk nie. Dalk het sy geweet dat dit my nie lekker laat voel as ek in iemand se oë moet kyk nie. Sy het my nie aangejaag nie en het twee speelkamers vir my gewys. Toe het sy gesê ek mag kies in watter speelkamer ek wil speel.

Ek was bang dat die tannie te naby aan my sou kom, maar sy het altyd op dieselfde stoeltjie in die speelkamer gesit. Sy het nooit rondgeloop en goed by my gevat of vir my gesê waarmee ek moet speel nie. By die skool raas hulle as jy verkeerd werk en daarom was ek nie seker hoe ek met die speelgoed mag speel nie. Die tannie het gesê ek mag kies waarmee en hoe ek wil speel. Sy het gesê daar was nie 'n regte of 'n verkeerde manier van speel nie, net my eie manier.

Ek het daarvan gehou dat die tannie nie vir my so baie vrae gevra het wat my bang of deurmekaar laat voel het nie. Sy het heeltyd gekyk wat ek doen en baie met my gesels en dan partykeer gevra: “J, is dit wat jy bedoel?” As ek gesê het sy verstaan verkeerd, was sy nie kwaad vir my nie en het sy nie met my gestry nie. Ek kon vir haar vertel wat ek doen en sy het my nooit stilgemaak of met ander goed besig geraak nie. Dit het my beter laat voel.

Een keer wou ek net 'n prentjie vir Mamma teken sonder om te praat en sonder om vir Mamma of die tannie te kyk. Dit het nie vir die tannie gepla nie, sy het aangehou gesels oor hoe sy sien ek my prentjie teken. Dit was lekker, want sy het nie allerhande maniere probeer om my te laat praat nie. Sy het gesê sy kon sien hoe hard ek aan die prentjie gewerk het en dit het my goed laat voel.

Eendag het ek die poppe en die bad met seep in die speelkamer gesien. Mamma bad my altyd en luister nie as ek sê dat ek nie daarvan hou nie. Dan baklei ons baie. Toe besluit ek om die pop te bad sodat sy 'n slag kan voel hoe dit voel as iemand anders jou bad. Die tannie het gesê ek mag baie planne maak en eendag het ek die pop se bad gevat en gespeel ek is 'n baba wat myself bad. Dit het beter gevoel, want ek weet mos waar my lyf seerkry en waar nie as ek die waslap daaroor vryf. Ek dink dit het my geleer oor bad en ek weet ek moet bad, want Mamma sê: “dit is wat alle mense doen”. Ek kies om nou te stort en self my hare te was en self my tande te borsel.

Dit het my altyd kwaad gemaak as ek sukkel om iets reg te kry. In die speelkamer het die kameelperd met sy lang bene partykeer aanhou omval. Die tannie het net gesê: “Als reg, ongelukke gebeur” en dat ek maar baie planne mag maak. Ek het geleer dat planne maak my help, veral die kere wat ek so sukkel by die skool.

Ek was baie bly toe ek agterkom dat Mamma ook net soos die tannie met my begin gesels – so op daardie ander manier, sonder raas. Ek kon vir Mamma begin vertel wat ek dink en voel en sy het baie beter verstaan en ek het minder kere kwaad geword. Ek het gesien

hoe hard werk Mamma om my te verstaan en ek was lief vir haar, al het ek dit nie vir haar gesê nie – daar is baie dinge waaroor ek dink en voel, maar nie altyd in woorde vir mense kan sê nie. Ek het onthou hoe die tannie gesels het in die speelkamer toe ek met die perd en die draak gespeel het en dat die perd en die draak regtig probeer het om mekaar te verstaan. Ek het onthou hoe die draak by die perd raas gekry het omdat hy so lelik was en die perd laat sleg voel het. Toe het ek probeer om vir Mamma beter te verstaan. Eendag het ek op haar skoot gaan sit en gesê ek is jammer dat ek so op haar geskree het toe ek so kwaad was oor my tatoëerplakker wat weggeraak het.

Die laaste dag, voor ons see toe getrek het, het die tannie gesê sy doen dit nie gewoonlik nie, maar dat ek enige speelding in die speelkamer kon kies wat ek as 'n herinnering wou saamneem. Ek het dadelik die kasregister en die blou sleuteltjie gekies. Die speelkamers en die speel op daardie spesiale manier saam met die tannie en Mamma het vir my 'n sleutel gegee om ander probleme in my lewe te kan oplos. Ek wil dit vir altyd onthou.”

6.4.2. Die terapeut se narratief

Hieronder reflekteer die terapeut oor haar ervaring van J se terapeutiese gebeure.

“Ek onthou die eerste onderhoud met mev X, veral omdat ek lanklaas iemand gesien het wat so bekommerd en desperaat vir hulp was. Ek het relatief vinnig drie van my eie bekommernisse gehad: ek het te min kennis van AS gehad en nie geweet hoe om hierdie seun te help nie; ek het net soos mev X nie kans gesien dat J vir drie ure uitreagerende gedrag in my spreekkamer wys nie en boonop was ek deur die literatuur afgeraai om KGS en SKS as terapie te gebruik.

In my soeke na ander terapeutiese hulpmiddels het ek solank vir J teen my beterswete aan KGS en SKS begin blootgestel. Met ons eerste ontmoeting het die blondekopseuntjie kop onderstebo in die kantoor gestaan en glad nie op enige van my kommunikasie met hom gereageer nie. Hoe doen 'n mens terapie met iemand wat jou totaal ignoreer? Ek wou hom

nie dwing om iets te doen wat uitreagerende gedrag sou uitlok nie en het keuses gebruik, omdat dit gewoonlik sukses met ander kinders teweegbring. Ek het hom laat kies in watter speelkamer hy wou speel en hoewel hy my steeds ignoreer het, het dit die gewenste uitwerking gehad en J het samewerking gegee deur in die speelkamer in te gaan. Ek was verras toe die oënskynlik geslote seuntjie skielik die speelkamer begin ondersoek en aanhoudend geverbaliseer het oor dit waarmee hy besig was. Tydens die eerste vier spelsessies het mev X verrassende veranderinge in J se gedrag begin opmerk en het ek besluit om die literatuur te ignoreer en J se innerlike potensiaal asook die nie-direktiewe spelproses te vertrou.

Ek moet bieg dat ek aanvanklik vir mev X in die speelkamer toegelaat het omdat ek nie uitreagerende gedrag by J wou uitlok deur hom te dwing om alleen saam met my te gaan nie. Hierdie besluit was toe 'n sinvolle besluit omdat mev X daardeur my wyse van optrede, respondering en grensneerlegging teenoor J, eerstehands kon waarneem en daaruit leer; J se optrede teenoor my as terapeut, sy spelpatrone, emosies en liggaamstaal tydens spel kon waarneem; en ek en mev X in J se afwesigheid kon besin oor wat beide in die speelsessies waargeneem het en hoe dit moontlik verband kon hou met J se alledaagse lewe. Soms was ons spekulasies korrek, soms verkeerd en soms het ons nie 'n idee gehad waarmee J besig was of watter betekenis hy aan sy spel geheg het nie. In sulke tye het ons bloot die proses van KGS en SKS vertrou.

Die enigste aspek waardeur ek as terapeut my laat lei het, was mev X se terugvoer oor J se vordering in sy alledaagse lewe. Ek kan onthou dat ek doelbewus nie leidende vrae gevra het oor terapeutiese uitkomst in spesifieke areas nie, omdat ek wou hê sy moes spontaan deel watter veranderinge sy in sy gedrag waargeneem het. Ek het haar net aangemoedig om enige positiewe en negatiewe veranderinge aan my te rapporteer. Die rede hiervoor was omdat ek steeds heimlik bang was om 'n terapeutiese proses te gebruik wat nie

deur die literatuur aanbeveel is nie. Ek het myself voorgeneem dat indien J se gedrag enigsins agteruitgaan, ek die KGS en SKS onmiddellik sou beëindig. J het ons egter elke week met sy optrede in die speelkamer verras, asook met die positiewe veranderinge wat sigbaar geraak het in sy alledaagse optrede.

Die nie-direktiewe speltherapieresponse was besonder behulpzaam, aangesien dit aan my 'n wyse gegee het om die terapie voort te sit, selfs wanneer J my aanhoudend in die rede geval het of wanneer hy soms vir lang tye in stilte gespeel het. Daar was baie kere wat ek gewonder het of hy ooit ag slaan op my respondering. Ek kan my verbasing en opgewondenheid onthou toe hy skielik eendag opmerk dat my respondering oor sy spel nie korrek was nie, en hy my reggehelp het. Toe het ek geweet dat ek my nie moes laat mislei deur sy liggaamstaal wat meestal voorgekom het asof hy nie ag slaan op my nie. Ek het meer aandag begin skenk aan hoe ek nie-direktief respondeer op 'n manier wat die dinamika van AS ingedagte sou hou, soos byvoorbeeld om J bewus te maak daarvan wanneer sy karakters verskillende sienswyses of behoeftes uitgespeel het, of hoe een karakter se gedrag 'n ander een beïnvloed het. Dit was 'n uitdaging om kennis van AS te inkorporeer met nie-direktiewe respondering.

Nog 'n sinvolle besluit is geneem toe ek mev X by aangepaste Filialspeltherapie betrek het. Die proses is aangepas deurdat mev X nie met J Filialspeltherapie gedoen het nie, maar die proses saam met die terapeut deurloop het. Sy moes self in die speelkamer speel, terwyl ek op 'n nie-direktiewe wyse op haar spel respondeer het. Uit eie ondervinding met nie-direktiewe speltherapie het ek geweet dat nie-direktiewe respondering emosionele asook liggaamsreaksies by mev X sou ontlok. Haar ervaringsleer ten opsigte hiervan sou toeneem sodra ek na 'n paar minute die nie-direktiewe respondering verander het deur direktief leiding te neem: "Sit hierdie kameelperd daar neer", of myself te nooi om saam met haar te speel: "Kom ons speel eerder hier met die poppe", of deur 'n vraag te vra om my eie

nuuskierigheid te beantwoord: “Hoekom sit jy die leeu daar neer?” Enige soortgelyke direkte kommunikasie sou haar onmiddellik uit haar fantasiewêreld terugruk na die realiteit, wat tot gevolg sou hê dat sy nie spontaan sou kon voortgaan met haar spel nie. Dit was belangrik dat mev X hierdie belewenis ervaar sodat sy die impak en belangrikheid van haar eie nie-direktiewe response teenoor J sou beseef. Hierdie Filialgebaseerde ervaringsleer en aanleer van nie-direktiewe beginsels en -respondering het 'n groot indruk op mev X gemaak en was een van die sleutels tot ons sukses met J.

J se optrede in die speelkamer en die moeite wat hy buite die speelkamers gedoen het om te groei in sy lewe, het 'n besondere indruk op my gelaat. Ek het telkemale 'n stille bewondering en deernis vir met hierdie vyfjarige kleuter gehad wat soveel deursettingsvermoë gewys het. Die reis waarop J my in die speelkamers geneem het, het my siening en werkwyse met kleuters verander en waarde toegevoeg tot my praktyk en my persoonlike lewe.”

6.4.3. Die navorser se narratief

Vervolgens word die navorser se narratief reflektierend beskryf.

“As navorser het ek die studie baie stimulerend gevind. Dit was insiggewend om na afhandeling van 'n terapieproses uit 'n ander hoek te kyk na wat deur die deelnemers vermag is. Ek het beseef dat 'n kwalitatiewe studie baie meer insette benodig as kwantitatiewe studies en dat dit glad nie makliker navorsing is nie. Tog was die hele proses van literatuurstudie doen, transkribering en daarna kodering en vasstel van temas vanuit onderhoude, observasies en spelsessies, 'n baie interessante proses wat ek enige tyd vir ander navorsers sal aanbeveel.

Vir my persoonlik was hierdie studie seker een van die moeilikste take wat ek kon onderneem, maar ook die bereiking van 'n besondere mylpaal. Die afhandeling van 'n vorige PhD-studie was my nie beskore nie, aangesien ek die funksionering van my oë grootliks

verloor het na 'n mislukte oogoperasie. Nie net was die pad na fisiese herstel stadig en moeisaam nie, maar so ook die hertoetreding tot die praktyk, aangesien ek op daardie stadium nie 'n voldag se werk kon vermag nie.

Gedurende hierdie tyd het J op my pad gekom. My eie worsteling na die vind van 'n nuwe lewensopset vanweë beperkte gesigsvaardighede het geresoneer met hierdie kleuter se deursettingsvermoë om sy eie tekortkominge te hanteer en oplossings daarvoor te soek. Ek het ook J se ervaring van sensoriese oorlading wat aspekte van funksionering en sosiale interaksie kan inperk en wat nie maklik deur ander mense begryp word nie, gedeel. J se soeke na oplossings en begrip het my sterk aangespreek en empatie asook verbasing ontlok.

Toe J terapeutiese uitkomst begin wys en alternatiewe wyses van optrede ontdek het, het ek deur middel van bandhulp vir blindes, kassette oor AS, KGS en SKS begin luister om my kennis oor AS en hoe om J by te staan, te kon verbeter. Die leeswerk, ervaring van J in die speelkamer, en sy moeder se terugvoer het soveel opgewondenheid gebring dat ek J se vordering met 'n mentor en dosent by die universiteit begin deel het. Dit was die dosent wat my na afloop van J se terapie aangemoedig het om sy terapeutiese groei in 'n studie te rapporteer.

Afgesien van wat die studie my as sulks geleer het, het ek geleer dat om teen 'n stadiger tempo te werk nie noodwendig swakker werk na vore bring nie, maar dat dit soms juis genoeg tyd gee om werklik te kon besin oor die inligting waarmee gewerk word.

J se deursettingsvermoë in sy terapieproses het sonder sy medewete my telkemale gemotiveer om met die studie voort te gaan, soms onder moeilike omstandighede. As terugblik besef ek dat J 'n terapeut gehad het wat bereid was om buite voorgeskrewe raamwerke te dink en saam met hom in sy terapeutiese proses te loop, wat tot gevolg gehad het dat sy potensiaal ontluik het. Op dieselfde wyse het ek, as navorser, mense gehad wat

bereid was om buite die gekte raamwerke te dink en my te ondersteun in hierdie studie wat tot gevolg gehad het dat ek my eie potensiaal ontdek het.

Dalk het die tyd aangebreek dat navorsers ook soms moet waag, buite die gewone raamwerke moet dink en meer kwalitatiewe studies moet doen om so 'n ryker nalatenskap aan die psigologie as vakgebied te laat. Kwalitatiewe navorsing is nie daar om iets te bewys, of bevindings te veralgemeen nie, maar dit kan die verhale van besondere mense vertel wat tot hoop, inspirasie en kreatiewe denke vir ander kan lei.”

Vervolgens word enkele bydraes wat hierdie navorsing kan lewer bespreek.

6.5. BYDRAE WAT DIE NAVORSING LEWER

Hierdie studie lewer 'n bydrae tot die kennisgeheel van psigologie as wetenskap, deurdat:

- Die bevindings die kennisgeheel van psigologie met betrekking tot terapie met kinders op die spektrum van outisme in die algemeen en AS in besonder, verbreed. Dit verskaf moontlik bewysgebaseerde ('evidence-based') terapeutiese riglyne wat intervensie kan bevorder;
- Die IPA-program wat hier nagevors is, 'n breë teoretiese raamwerk bied vir die begrip van AS-problematiek, asook vir die beplanning en toepassing van terapeutiese intervensies wat toegespits is op sekere van die veranderlikes;
- Die deeglike literatuurstudie en bevindings wat deurgaans daarvolgens beoordeel word, kan bydra tot uitbouing van teorie aangaande AS, asook ander vorme van kinderspeltherapie. Sekere teoretiese aannames/standpunte met betrekking tot AS en terapeutiese intervensies in die verband, word bevraagteken deur bevindings van hierdie studie;

- Hierdie proefskrif verskeie publikasies kan genereer. Daarbenewens sal die voorgestelde responderingsbeginsels verder nagevors word. Heelwat ander navorsingsmoontlikhede word in hierdie studie geïdentifiseer;
- Enkelgevalstudie-navorsing in die sielkunde deur hierdie studie bevorder en selfs aangemoedig word, vanweë die diepte wat deur die enkelgevalnavorsingsmetode verken en beskryf word. Die enkelgevalmetode in kwalitatiewe navorsing is besonder geskik vir die ondersoek van terapeutiese gebeure en uitkomst, asook vir ander fenomenologiese navorsingstemas.

Hierdie navorsing bied ook 'n bydrae tot psigologie in die praktyk, deurdat:

- Konkrete en toepaslike riglyne aangebied word vir die stig van 'n vertrouensverhouding tussen terapeut-kind met AS, deur middel van nie-direktiewe respondering in die konteks van nie-direktiewe spel terapie. Die terapeutiese proses word deursigtig aangebied, bykans gedemonstreer en kan dien as raamwerk vir ander terapeute wat kinders met AS moet begelei;
- Die terapeutiese gebeure en die bevindings wat daaruit voortvloei het, kan dien as basis vir 'n intervensie-georiënteerde program in die opleiding van terapeute wat met kinders werk. Sodanige program kan formeel deur instansies met sielkunde- en maatskaplike werkstudente gebruik word, maar kan ook informeel in werkswinkels met reeds opgeleide terapeute benut word;
- Riglyne soos hierbo genoem, verder aangepas kan word vir gebruik in psigo-opvoeding met ouers en onderwysers, met die doel om hulle te bemagtig in hulle interaksie met die kind met AS, maar ook om die verhoudingswêreld vir die kind met AS te vergemaklik.

Vervolgens word die tekortkominge van die studie bespreek.

6.6. LEEMTES IN HIERDIE STUDIE

Daar was verskeie leemtes in hierdie studie:

Die grootste leemte van hierdie navorsing is dat 'n kwalitatiewe studie se bevindings nie veralgemeen kan word na ander populasies nie. Wat vir J gewerk het, sal nie noodwendig vir ander kinders met AS werk nie. Dieselfde leemte is nog meer van toepassing op die bevindings van 'n enkelgevalstudie wat slegs een geval se verloop en gebeure kan beskryf. Ten spyte hiervan, is daar tog baie ondersteuning en aanmoediging vir enkelgevalstudies vanweë die rykheid, deeglikheid en diepte waarmee die kompleksiteit van 'n verskynsel deurvors, beskryf en verklaar word.

Die navorsing het na afloop van 'n terapeutiese proses gevolg en was dus nie van meet af beplan en uitgevoer volgens 'n navorsingstruktuur en -proses nie. Dit het meegebring dat onderhoude byvoorbeeld nie op band geneem is nie. Sodoende het heelwat data verlore gegaan wat 'n sinvolle bydrae tot hierdie studie kon lewer. Vir dieselfde rede is daar byvoorbeeld nie van vraelyste gebruik gemaak wat die meet van terapeutiese uitkomst en gedragsveranderinge by J beter sou kon monitor nie.

Nog 'n leemte was dat die terapeut nie ten tye van J se terapie kennis oor die 17 IPA-veranderlikes gehad nie. Indien dieselfde terapie nou gedoen sou word, kan kennis van die IPA-veranderlikes die aard van die terapeut se respondering ingrypend rig en uitbrei.

Mev X se betrokkenheid by J gedurende die terapieproses was 'n sterkpunt, tog ontstaan die vraag of ander kinders met AS wie nie dieselfde insette van 'n ouer gehad het nie, soortgelyke terapeutiese uitkomst sou kon bereik?

Dit mag ook wees dat die uitleg van die navorser se kantoorgetuiens beide die KGS en SKS bevorder het, veral wat die gebruik van keuses betref het. Die kantooruitleg mag 'n leemte skep deurdat ander terapeute dalk nie keuses op dieselfde wyse sou kon gebruik of nie

dieselfde fasiliteite beskikbaar het nie. Die vraag ontstaan tot watter mate uitgebreide fasiliteite terapeutiese uitkomst kan beïnvloed?

Aanbevelings uit hierdie studie word ten slotte aangebied.

6.7. TOEKOMSTIGE NAVORSING EN AANBEVELINGS

6.7.1. Toekomstige navorsing

Die volgende is aanbevelings vir toekomstige navorsing vanuit hierdie studie:

’n Vraag wat na vore gekom het, was of kinders met AS ’n gebrekkige vermoë het om objekvervanging te gebruik en of hulle moontlik net deur middel van nie-direktiewe respondering en ervaringsleer van objekvervanging bewus gemaak kan word. Dieselfde geld vir ander vaardighede wat aanvanklik tekortskiet. Navorsing oor die verskil tussen aanleer of bewusmaking van vaardighede word aanbeveel.

In die lig van die terapeutiese uitkomst wat deur J bereik is, is dit noodsaaklik dat die gebruik van nie-direktiewe speltherapie by kinders met AS (en selfs outisme) deur navorsers ondersoek word. Kinders met AS van uiteenlopende ouderdomme, kulture, geslagte en sosio-ekonomiese omstandighede, moet betrek word.

Kwalitatiewe navorsing kan onderneem word waar nie-direktiewe speltherapie gebruik word met ’n groep kinders met AS (in nie-direktiewe speltherapie word ’n groep as twee kinders beskou). Die vraag is of nie-direktiewe respondering op so ’n wyse gebruik sou kon word dat beide kinders vergelykbare terapeutiese uitkomst sou bereik.

Kwalitatiewe navorsing kan gedoen word waar ’n kind met AS tesame met ’n sib sonder AS aan nie-direktiewe speltherapie blootgestel word. Sou die proses van nie-direktiewe respondering hierdie kinders kon help om mekaar se wyse van optrede beter te verstaan en die verhouding tussen hulle kon verbeter?

Navorsingstudies wat fokus op die ontwikkeling van kreatiewe, nie-direktiewe respondering met betrekking tot die spesifieke dinamiek van AS en wat die kind op 'n nie-direktiewe wyse bewus kan maak van aspekte soos oogkontak, twee-rigtingkommunikasie, kommunikeer van behoeftes, ensomeer. Daar kan veral gefokus word op die ontwikkeling van nie-direktiewe response wat metakommunikasie in terme van die kind met AS se gebruik van aspekte soos taalgebruik, uitspraak, volume en tempo van spraak, kongruente verbale en nie-verbale kommunikasie, kan bevorder.

Navorsingstudies behoort onderneem te word om die effek van KGS op kinders met outisme na te vors. Hoe sal hierdie kinders reageer en sal dit terapeutiese uitkomst by hulle bewerkstellig? Die waarde van Filialspeltherapie aan ouers van kinders met outisme kan ook nagevors word.

'n Vraag wat by hierdie navorser ontstaan het, is wat is die effek van ervaringsleer by kinders op die spektrum van outisme? Hier word spesifiek gedink aan KGS en EAP (Equine Assisted Psychotherapy). In die praktyk wil dit voorkom asof hierdie tipe ervaringsleer bewuswording van sosiale interaksievaardighede by kinders bevorder, maar behoort op wetenskaplike wyse nagevors te word.

Studies kan onderneem word om vas te stel tot watter mate vaardighede wat die kind in nie-direktiewe speltherapie aanleer, geneig is om te veralgemeen na kontekste buite die terapie. Sou KGS kinders op die spektrum van outisme kon help om hul nuutaangeleerde vaardighede spontaan te veralgemeen?

Kwalitatiewe navorsing kan gedoen word oor die ervaring en evaluering van kinders met AS van hul eie terapeutiese uitkomst, deur middel van tekeninge of ander projektiewe objekte.

Kinders wat as kleuters aan KGS en SKS blootgestel was, kan wanneer hulle tieners is deur middel van kwalitatiewe navorsing weergee hoe hulle nie-direktiewe spel as jong kinders ervaar het en wat dit vir hulle beteken het.

Navorsing na die waarde, al dan nie, van Filialspeltherapie met ouers, word aanbeveel.

6.7.2. Aanbevelings

Terapeute, sielkundiges spesifiek, behoort intensief opgelei te word aangaande die identifisering van sensoriese integrasieversteurings, asook die impak wat dit op 'n kind op die spektrum van outisme kan hê. Ook hoe hierdie kinders die effek van sensoriese integrasieversteurings probeer hanteer. Konflik en misverstande kan voorkom word indien terapeute hierdie kennis met 'n spesifieke kind met AS se ouers en onderwysers kan deel. Die navorser het tot die gevolgtrekking gekom dat sonder sodanige kennis, sy ook nie in staat sou wees om die ouers te motiveer om die sensoriese integrasiebehandelingsprogram wat deur die arbeidsterapeut daargestel is, sinvol deur te voer nie. Praktijkervaring wys dat sonder die nodige kennis, ouers geneig is om nie die arbeidsterapeut se insette na genoeg waarde te skat en tuisprogramme altyd deur te voer nie.

Psigo-opvoedkundige programme kan ontwikkel word wat onder andere fokus op kennis rakende AS; basiese beginsels en respondering van nie-direktiewe speltherapie; en gebruik van keuses vir grensneerlegging om ouers en onderwysers beter toe te rus. Indien ouers en onderwysers deur die proses van aangepaste Filialspeltherapie geleer word hoe om erkenning en goedkeuring deur middel van nie-direktiewe response te gee, kan dit verder help om die kind met AS gerespekteerd en waardevol te laat voel en hom bewus te maak van sy eie sterkpunte, talente en potensiaal.

Terapeute kan bewus gemaak word van onlangse studies wat uitgewys het dat outisme nie net 'n suiwer genetiese oorsaak het nie, maar dat omgewingsfaktore soos byvoorbeeld lugbesoedeling, swaar metale soos lood, sink en koper, in hoër persentasies in die gestel van

kinders op die spektrum van outisme as by neurotipiese kinders, voorkom. In digitale videoskywe, uitgegee deur Autism Today, word genoem dat spesifieke diëte en detoksifikasie van hierdie swaar metale in sommige gevalle betekenisvolle verandering in die simptome van hierdie kinders kan teweegbring (Berle, 2007:dvd; Bradstreet, 2007:dvd; Shaw, 2007:dvd). Hiermee saam kan terapeute bewus gemaak word van die feit dat mitochondriale degeneratiewe siektes ook met outisme in verband gebring word.

Laastens is dit insiggewend en behoort terapeute, onderwysers, ouers en kinders met AS bewus gemaak te word van die feit dat navorsing getoon het dat kinders met AS beter aangelê en oor meer vermoëns beskik om sukses as wetenskaplikes te bereik, as die algemene neuro-tipiese populasie (Baron-Cohen, 2007:dvd). Dit is belangrik om hierdie kinders se sterkpunte te identifiseer en hulle daarvan bewus te maak dat hulle 'n belangrike bydrae tot die samelewing kan maak. Aangesien nie minder as ses Nobelprysweners mense met AS was nie, is dit belangrik dat die res van die samelewing ook die nodige aanpassings maak en aan hierdie mense die geleentheid gee om hulle plek in maatskappye en die wetenskap vol te staan.

6.8. SLOT

In hierdie hoofstuk is die gevolgtrekkings ten opsigte van navorsingsvrae, asook die IPA-veranderlikes van hierdie studie bespreek. 'n Program is beskryf wat fokus op die gebruik van nie-direktiewe response wat 'n kind met AS bewus kan maak van aspekte wat verband hou met elk van die IPA-veranderlikes. Daarna is die verskillende narratiewe van J, die terapeut en die navorser weergegee. Die bydrae van hierdie navorsing, asook leemtes in die studie, is aangetoon. Voorstelle vir toekomstige navorsing en algemene aanbevelings is gemaak.

Ten slotte kan aanvaar word dat hierdie studie suksesvol was en dat aangetoon is dat 'n kind met AS sodanig kon baat by nie-direktiewe terapie met KGS en SKS, dat hy

besondere terapeutiese uitkomste kon bereik. Die navorsingsvraag wat hierdie ondersoek begelei het, is dus beantwoord en die doelstellings wat gestel is, is bereik.

BRONVERWYSINGS

- Adams, M. A. (1982). A hospital play program: Helping children with serious illness. In G. Landreth (Ed.), *Play therapy: Dynamics of the process of counselling with children* (pp. 301–312). Springfield: Charles C Thomas.
- Adams, L., Gouvousis, A., Vanlue, M., & Waldron, C. (2004). Social story intervention: Improving communication skills in a child with an autism spectrum disorder. *Focus on Autism and other Developmental Disabilities*, 19, 87–94.
- Allan, J., & Berry, P. (1993). Sandplay. In C. E. Schaefer & D. M. Cangelosi (Eds.), *Play therapy techniques* (pp. 117–123). London: Jason Aronson.
- Amatruda, K., & Simpson, P. H. (1997). *Sandplay: The sacred healing*. New Mexico: Trance Sand Dance Press.
- Ammann, R. (1991). *Healing and transformation in sandplay. Creative process made visible*. Illinois: Open Court.
- Andrews, D. N. (2006). Mental health issues surrounding diagnosis, disclosure and self-confidence in the context of Asperger syndrome. In D. Murray (Ed.), *Coming out Asperger: Diagnosis, disclosure and self-confidence* (pp. 94–107). London: Jessica Kingsley.
- American Psychiatric Association. (1997). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- Athanasίου, M. S., & Gunning, M. P. (1999). Filial therapy: Effects on two children's behavior and mothers' stress. *Psychological Reports*, 84, 587–590.
- Atkins, C., & Sampson, J. (2002, June). *Critical appraisal guidelines for single case study research*. Paper presented at the 10th conference of the European Colloid and Interface Society, Gdarisk, Poland.
- Attwood, T. (2006). Diagnosis in adults. In D. Murray (Ed.), *Coming out Asperger: Diagnosis, disclosure and self-confidence* (pp. 32–52). London: Jessica Kingsley.
- Attwood, T. (2008). *The complete guide to Asperger's syndrome*. London: Jessica Kingsley.
- Autism South Africa. 2002(a). *Asperger Syndrome*. Greenside: Author.
- Autistic Spectrum Disorders. (2011). *Fact sheet 2011*. Retrieved from <http://www.autism—help.org/intervention—floor—time—dir2.htm>
- Axline, V. M. (1969). *Play therapy*. New York: Ballantine.

- Baden, R. (1982). School refusal with night terror, 8-year-old girl. In H. Kawai & Y. Yamanaka (Eds.), *Studies of sandplay therapy in Japan* (pp. 23–42). Tokyo: Seishin-Shoboh.
- Bainum, C. R., Schneider, M. F., & Stone, M. H. (2006). An Adlerian model for sandtray therapy. *The Journal for Individual Psychology*, 62, 36–46.
- Baker, A. (2004). The use of sandtray with older adult clients. In R. C. P. Magniant, (Ed.), *Art therapy with older adults* (pp. 35–52). Illinois: Charles Thomas.
- Baron-Cohen, S. (2004). Autism: research into causes and intervention. *Pediatric Rehabilitation*, 7, 73–78.
- Baron-Cohen, S. (2007). *Scientific talent and autism: Is there a connection?* (Doctoral thesis). Retrieved from www.AutismToday.com
- Barratt, P. (2006). Disclosure at secondary school: sharing the news of Asperger syndrome with a young person's peer group. In D. Murray (Ed.), *Coming out Asperger: Diagnosis, disclosure and self-confidence* (pp. 149–163). London: Jessica Kingsley.
- Baxter, P., & Jack, S. (2008). Qualitative case study methodology: Study design and implementation for novice researchers. *The Qualitative Report*, 13, 544–559. Retrieved from <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR13—4/baxter.pdf>
- Beers, M. H. (2006). *The Merc manual of diagnosis and therapy* (18th ed.). New York, NY: Merc Research Laboratories.
- Berle, J. (2007). *Stories of recovery*. Retrieved from www.AutismToday.com
- Berney, T. (2006). Psychiatry and Asperger Syndrome. In D. Murray (Ed.), *Coming out Asperger: Diagnosis, disclosure and self-confidence* (pp. 67–87). London: Jessica Kingsley.
- Biermann-Ratjen, E. M. (1998). On the Development of the Person in Relationships. In B. Thorne & E. Lambers (Eds.), *Person-centred therapy: A European perspective* (pp. 106–117). London: Sage.
- Blakemore-Brown, L. (2002). *Reweaving the autistic*. New York, NY: Jessica Kingsley.
- Block, A. A. (2004). 'And the bush was not consumed': spirituality and the reflective practitioner – a response to Mayes et al.s' 'Messages in the sand'. *International Journal of Leadership in Education*, 7, 285–291.
- Boik, B. L., & Goodwin, E. (2000a). *Sandplay therapy: A step by step manual for psychotherapists of diverse orientation*. New York, NY: Norton & Company.
- Borenstein, L. (1996). The development of friendship in childhood: A clinical conversation. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 13, 213–224.

- Bowyer, L. R. (1970). *The Lowenfeld world technique: Studies in personality*. London: Pergamon Press.
- Bradsheet, J. (2007). *Recovery is possible: Using biomarkers to determine the best clinical therapies* (Doctoral thesis). Retrieved from www.AutismToday.com
- Bradway, K. (1979). Sandplay in psychotherapy. *Art Psychotherapy*, 6, 85–93.
- Bradway, K., & McCoard, B. (1997). *Sandplay – silent workshop of the psyche*. London: Routledge.
- Bradway, K. (2006). What is sandplay? *Journal of Sandplay Therapy*, 15, 7. Retrieved from [http://www.sandplay.org/pdf/What is Sandplay by Kay Bradway.pdf](http://www.sandplay.org/pdf/What_is_Sandplay_by_Kay_Bradway.pdf)
- Brandell, J. R. (2000). *Of mice and metaphors*. New York, NY: Basic Books.
- Bratton, S., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of the outcome research. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 376–390.
- Bratton, S. C., Landreth, G. L., Kellam, T., & Blackard, S. R. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT) treatment manual. A 10-session Filial therapy model for training parents*. New York, NY: Routledge.
- Bromfield, R. (2010). *Doing therapy with children and adolescents with Asperger syndrome*. New Jersey, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Brown, H. K., Ouellette-Kuntz, H., Hunter, D., & Kelly, E. (2010). Assessing need in school-aged children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4, 539–547.
- Burney, C., & Kawai, H. (1987). Schizophrenic experience of a middle-aged woman. In H. Kawai & Y. Yamanaka (Eds.), *Studies of Sandplay Therapy in Japan* (pp. iii–xv). Tokyo: Seishin-Shoboh.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: conduct, critique and utilization* (5th ed.). St Louis, Mo: Elsevier Saunders.
- Carey, L. (1990). Sandplay therapy with a troubled child. *The Arts in Psychotherapy*, 17, 197–209.
- Carey, L. (1991). Family sandplay therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 18, 231–239.
- Carey, L. (1994). Family sandplay therapy. In C. E. Schaefer & L. J. Carey, *Family Play Therapy* (pp. 205–219). London: Jason Aronson.
- Carey, L. J. (1999). *Sandplay therapy with children and families*. London: Jason Aronson.

- Chaloner, W. B. (2001). Counselors coaching teachers to use play therapy in classrooms: The play and language to succeed (PALS) early, school-based intervention for behaviorally at-risk children. In A. A. Drewes, L. J. Carey, & C. E. Schaefer, *School-based play therapy* (pp. 368–390). New York, NY: John Wiley.
- Charles, C., & Mertler, C. (2002). *Introduction to educational research* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Christians, C. G. (2005). Ethics and politics in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (3rd ed.) (pp. 139–164). Thousand Oaks, Calif: Sage.
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2000). *Research methods in education* (5th ed.). London: Routledge Falmer.
- Corey, G. (2001). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (6th ed.). Australia: Brooks/Cole.
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. London: Sage.
- Creswell, J. W. (2005). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research*. New Jersey, NJ: Pearson Education.
- Creswell, J. W. (2009). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed method approaches* (3rd ed.). Thousand Oaks, Calif: Sage.
- Dale, M. A., & Lyddon, W. J. (2000). Sandplay: A constructivist strategy for assessment and change. *Journal of Constructivist Psychology*, 13, 135–154.
- Dean, J. E. (2001). Sandtray consultation: A method of supervision applied to couple's therapy. *Arts in Psychotherapy*, 28, 175–180.
- De Domenico, G. S. (2002). Sandtray – worldplay. *Sandtray Network Journal*, 6, 214–234.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2005). Introduction: Entering the field of qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (3rd ed.) (pp. 1–32). Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Deruelle, C., Rondan, C., Gepner, B., & Tardif, C. (2004). Spatial frequency and face processing in children with autism and Asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 199–210.
- De Villiers, D. (2006). 'n Ericksoniaanse benadering tot sandspelterapie vir 'n deelnemer wat aggressie as ontwikkelingsteurnis ervaar (Ongepubliseerde M.Ed-verhandeling). Universiteit van Pretoria, Pretoria.

- De Vos, A. S. (2005). Qualitative data analysis and interpretation. In A. S. de Vos, C. B. Fouche & C. S. L. Delport (Eds.), *Research at grass roots* (3rd ed.) (pp. 333–349). Pretoria: Van Schaik.
- Drewes, A. A. (2001). Developmental considerations in play and play therapy with traumatized children. In A. A. Drewes, L. J. Carey, & C. E. Schaefer, *School-based play therapy* (pp. 297–314). New York, NY: John Wiley.
- Ducharme, R. W., & Gullotta, T. P. (2003). *Asperger syndrome. A guide for professionals and families*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Ernst-Terblanche, L. (2011). The humanistic approach to psychotherapy. In C. Vorster, *Impact: The story of interactional therapy* (pp. 120–129). Pretoria: Satori.
- Falkmer, M., Larsson, M., Bjallmark, A., & Falkmer, T. (2010). The importance of the eye area in face identification abilities and visual search strategies in persons with Asperger syndrome. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4, 724–730.
- Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative Inquiry*, 12, 219–245.
- Gabriels, R. L. (2003). Art therapy with children who have autism and their families. In C. A. Malchiodi (Ed.), *Handbook of art therapy* (pp.193–206). London: Guilford.
- Garrick, J. (1999). Doubting the philosophical assumptions of interpretive research. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 12, 147–157.
- Geils, C., & Knoetze, J. (2008). Conversations with Barney: A conversation analysis of interactions with a child with autism. *South African Journal of Psychology*, 28, 200–224.
- Georgiou, D. (2006). Diagnosis in adulthood and community disclosure. In D. Murray (Ed.), *Coming out Asperger: Diagnosis, disclosure and self-confidence* (pp. 230–244). London: Jessica Kingsley.
- Gillberg, C. (2003). *A guide to Asperger syndrome*. Cambridge: University Press.
- Ginott, H. G. (1982). Group play therapy with children. In G. Landreth (Ed.), *Play therapy: Dynamics of the process of counselling with children* (pp. 327–341). Springfield: Charles C Thomas.
- Greenspan, J., & Bleecker, T. (2011). The floortime center. In K. Siri & T. Lyons (Ed.), *Cutting edge therapies for autism* (pp. 152–157). New York, NY: Skyhorse.
- Grobler, H., Schenck, R., & Du Toit, D. (2005). *Person-centered communication*. Oxford: University Press.
- Grubbs, G. A. (1994). An abused child's use of sandplay in the healing process. *Clinical Social Work Journal*, 22, 193–209.

- Guerney, L. F. (1983a). Client-centered therapy (nondirective) play therapy. In C. E. Schaefer & K. J. O'Conner, *Handbook of play therapy* (pp. 21–64). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Guerney, L. F. (1983b). Play therapy with learning disabled children. In C. E. Schaefer & K. J. O'Conner, *Handbook of play therapy* (pp. 419–435). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Guion, L. A. (2002). Triangulation: Establishing the validity of qualitative studies. *Extension Institute of Food and Agricultural Sciences*, Sept., 1–3.
- Harper, J. (1988). The inner world of children separated from their parents. *Adoption & Fostering*, 12, 14–19.
- Harper, J. (1991). Children's play: The differential effects of intrafamilial physical and sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 15, 89–98.
- Harvard Mental Health. (2005). *Asperger syndrome*. Retrieved from www.health.harvard.edu
- Hawtin, S., & Moore, J. (1998). Empowerment or collusion? The social context of person-centred therapy. In B. Thorne & E. Lambers (Eds.), *Person-centred therapy: A European perspective* (pp. 91–105). London: Sage.
- Henning, E. (2005). *Finding your way in qualitative research*. Pretoria: Van Schaik.
- Hewitt, S. (2005). *Specialists support approaches to autism spectrum disorder students in mainstream settings*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Hoepfl, M. C. (1997). Choosing qualitative research: A premiere for technology education researchers. *Journal of Technology Education*, 9, 47–63.
- Homeyer, L. E., & Sweeney, D. S. (1998). *Sandtray: A practical manual*. Canyon Lake: Linden Press.
- Homeyer, L. E., & Sweeney, D. S. (2005). Sandtray therapy. In C. A. Malchiodi (Ed.), *Expressive therapies* (pp. 162–182). London: Guilford.
- Hull, K. B. (2011). *Play therapy and Asperger's syndrome: Helping children and adolescents grow, connect, and heal through the art of play*. New York, NY: Jason Aronson.
- Hunter, L. B. (1998). *Images of resiliency: Troubled children create healing stories in the language of sandplay*. Florida: Behavioral Communications Institute.
- Hutton, D. (2004). Filial therapy: Shifting the balance. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9, 261–270.
- Jackson, J. (2006). Disclosure: A parent's perspective. In D. Murray (Ed.), *Coming out Asperger: Diagnosis, disclosure and self-confidence* (pp. 184–199). London: Jessica Kingsley.

- Jensen, A. (2005). *When babies read. A practical guide to helping young children with hyperlexia, Asperger syndrome and high-functioning autism*. Great Britain: Athenaeum Press.
- Johnson, L., Bruhn, R., Winek, J., Krepps, J., & Wiley, K. (1999). The use of child-centered play therapy and Filial therapy with head start families: A brief report. *Journal of Marital and Family Therapy*, 25, 169–176.
- Jones, E. M. (2001). Play therapy for children with chronic illness. In G. L. Landreth (Ed.), *Innovations in play therapy: Issues, process, and special populations* (pp. 271–288). New York, NY: Brunner-Routledge.
- Josefi, O., & Ryan, V. (2004). Non-directive play therapy for young children with autism: A case study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9, 533–551.
- Kagan, J., & Pozen, R. (2005). Autism inflation. *Forbes*, 175, 44.
- Kalff, D. M. (1980). *Sandplay: A psychotherapeutic approach to the psyche*. Santa Monica: Sigo.
- Kazdin, A. E. (1998). Drawing valid inferences from case studies. In A. E. Kazdin (Ed.), *Methodological issues and strategies in clinical research* (2nd ed.) (pp. 403–417). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kelly, K. (2006). Calling it a day: reaching conclusions in qualitative research. In M. Terre Blance, K. Durrheim, & D. Painter (Eds.), *Research in practice* (2nd ed.) (pp. 371–387). Cape Town: UCT Press.
- Kerry, T., Murphy, M. S. W., & Brattleboro, V. T. (2000). Bookreview: B. L. Boik & E. Goodwin (2000). Sandplay therapy: A step-by-step manual for psychotherapists of diverse orientations. *Clinical Social Work Journal*, 28, 231–235.
- Kestenbaum, C. J. (2008). Autism, Asperger's and other oddities: Thoughts about treatment approaches. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 36, 279–294.
- Klin, A., & Volkmar, F. R. (2000). Treatment and intervention guidelines for individuals with Asperger syndrome. In A. Klin, F. R. Volkmar, & S. S. Sparrow (Eds.), *Asperger syndrome* (pp. 340–366). New York, NY: Guilford Press.
- Klin, A., Sparrow, S. S., Marans, W. D., Carter, A., & Volkmar, F. R. (2000a). Assessment issues in children and adolescents with Asperger syndrome. In A. Klin, F. R. Volkmar, & S. S. Sparrow (Eds.), *Asperger syndrome* (pp. 309–339). New York, NY: Guilford Press.
- Kranowitz, C. S. (2005). *The out-of-sync child: Recognizing and coping with sensory processing disorder*. New York, NY: Skylight Press.

- Kranz, P. L. (1982). Teachers as play therapists. In G. L. Landreth, *Play therapy: Dynamics of the process of counselling with children* (pp. 354–357). Springfield: Charles C Thomas.
- Landa, R. (2000). Social language use in Asperger syndrome and high-functioning Autism. In A. Klin, F. R. Volkmar, & S. S. Sparrow (Eds.), *Asperger syndrome* (pp. 125–153). New York, NY: Guilford Press.
- Landreth, G. L. (1991). *Play therapy: The art of the relationship*. Bristol: Accelerated Development.
- Landreth, G. L. (Director). (1994). *Choices, cookies, & kids: A creative approach to discipline* [DVD]. Available from www.centerforplaytherapy.com
- Landreth, G. L., & Bratton, C. S. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT): A 10-session Filial therapy model*. London: Routledge.
- Landreth, G. L., Jacquot, W. S., & Allen, L. (1982). Using play therapy in a team approach to learning disabilities. In G. L. Landreth, *Play therapy: Dynamics of the process of counselling with children* (pp. 274–283). Illinois: Charles C Thomas.
- Landreth, G. L., & Sweeney, D. S. (2001). Child-centered group play therapy. In G. L. Landreth (Ed.), *Innovations in play therapy: Issues, process, and special populations* (pp. 181–202). New York, NY: Brunner-Routledge.
- Lemmer, R. (2009). *Die assessering van 'n leerder in graad R met Aspergersindroom* (Ongepubliseerde M.Ed-skripsie). Universiteit van Suid-Afrika, Pretoria.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, Calif.: Sage.
- Lu, L., Petersen, F., Lacroix, L., & Rousseau, C. (2010). Stimulating creative play in children with autism through sandplay. *The Arts in Psychotherapy*, 37, 56–64.
- Mahoney, M. J. (2005). Constructivism and positive psychology. In S. Lopez & C. Snyder (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 745–751). New York, NY: Oxford University Press.
- Malchiodi, C. A. (2003). Humanistic approaches. In C. A. Malchiodi (Ed.), *Handbook of art therapy* (pp. 58–71). London: Guilford.
- Malchiodi, C. A. (2005). Expressive therapies: History, theory, and practice. In C. A. Malchiodi (Ed.), *Expressive therapies* (pp. 1–15). London: Guilford.
- Mash, J. E., & Wolfe, D. A. (2005). *Abnormal child psychology* (3rd ed.). Australia: Thomson.
- Mastrangelo, S. (2010). Harnessing the power of play: Opportunities for children with autism spectrum disorders. *Teaching Exceptional Children*, 42, 34–44.

- Mattila, M., Kielinen, M., Jussila, K., Linna, S., Bloigu, R., Ebeling, H., & Moilanen, I. (2007). An epidemiological and diagnostic study of Asperger syndrome according to four sets of diagnostic criteria. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 636–646.
- Marshall, C., & Rossman, G. B. (1989). *Designing qualitative research*. Newbury Park, CA: Sage.
- Mayes, C., Mayes, P. B., & Williams, E. (2004). Messages in the sand: Sandtray therapy techniques with graduate students in an educational leadership program. *International Journal of Leadership in Education*, 7, 257–284.
- McMillan, J. H., & Schumacher, S. (2001). *Research in education: A conceptual introduction* (5th ed.) New York, NY: Addison Wesley Longman, Inc.
- Merriam, S. B. (1998). *Qualitative research and case study applications in education*. San Francisco, Calif.: Jossey-Bass.
- Mertens, D. M. (1998). *Research methods in education and psychology: Integrating diversity with quantitative, qualitative, and mixed methods* (2nd ed.). Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Mertens, D. M. (2009). *Transformative research and evaluation*. New York, NY: Guilford Press.
- Michels, M. (2010). *The relationship between perceived stress and subjective well-being in mothers of children with autism* (Unpublished Master's dissertation). University of the Free State, Bloemfontein.
- Miller, C., & Boe, J. (1990). Tears into diamonds: Transformation of child psychic trauma through sandplay and storytelling. *The Arts in Psychotherapy*, 17, 247–257.
- Mitteldorf, W., Hendriks, S., & Landreth, G. L. (2001). Play therapy with autistic children. In G. L. Landreth (Ed.), *Innovations in play therapy* (pp. 257–270). London: Brunner Routledge.
- Moolman-Smook, J. C., Vermoter, C. L., Buckle, J., & Lindenberg, L. (2008). Of rain men and snowcakes: The presentation, pathology, aetiology and management of autistic spectrum disorder. *South African Journal of Child Health*, 2, 8–12.
- Moor, J. (2008). *Playing, laughing and learning with children on the autism spectrum* (2nd ed.). London: Jessica Kingsley.
- Moxon, L. (2006). Diagnosis, disclosure and self-confidence in sexuality and relationships. In D. Murray (Ed.), *Coming out Asperger: Diagnosis, disclosure and self-confidence* (pp. 214–229). London: Jessica Kingsley.

- Mubaiwa, I. (2008). Autism: Understanding basic concepts. *South African Journal of Child Health*, 2, 6–7.
- Murphy, T. K. (2000). Book Review: Sandplay therapy: A step by step manual for psychotherapists of diverse orientation. *Clinical Social Work Journal*, 28, 231–233.
- Murray, D. (2006). *Coming out Asperger: Diagnosis, disclosure and self-confidence*. London: Jessica Kingsley.
- Murray, D., & Lesser, M. (2006). Confidence, self-confidence and social confidence. In D. Murray (Ed.), *Coming out Asperger: Diagnosis, disclosure and self-confidence* (pp. 53–66). London: Jessica Kingsley.
- Naber, F. B. A., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van Daalen, E., Buitelaar, J. K., Van Ijzendoorn, M. H., Swinkels, S. H. N., ... Van Engeland, J. (2007). Attachment in toddlers with autism and other developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27, 1125–1138.
- Naglieri, G. (1995). Sandplay therapy and verbal interpretation with an anorexic girl. In M. Sidoli & G. Bovensiepen (Eds.), *Incest fantasies and self destructive acts. Jungian and post-Jungian psychotherapy in adolescence* (pp. 297–310). London: Transaction.
- Naylor, A. (2005). When a child plays. *Counselling and Psychotherapy Journal*, 16, 29–31.
- Nel, L. (2005). *Asperger disorder and the Tomatis method: A case study* (Unpublished Master's dissertation). North-West University, Potchefstroom.
- Nieuwenhuis, J. (2007a). Introducing qualitative research. In K. Maree (Ed.), *First steps in research* (pp. 47–69). Pretoria: Van Schaik.
- Nieuwenhuis, J. (2007c). Analyzing qualitative data. In K. Maree (Ed.), *First steps in research* (pp. 99–123). Pretoria: Van Schaik.
- Norton, C. C., & Norton, B. E. (2002). *Reaching children through play therapy: An experiential approach*. Denver: White Apple.
- Odendaal, I. E. (2010). *Rorschach indicators of resilience in adolescents* (Unpublished doctoral thesis). North-West University, Vanderbijlpark.
- Ogawa, Y. (2004). Childhood trauma and play therapy intervention for traumatized children. *Journal of Professional Counseling: Practice and Research*, 32, 19–29.
- Ono, J. (1987). Trichillomania and acting out, 14-year-old female. In H. Kawai & Y. Yamanaka (Eds.), *Studies of sandplay therapy in Japan* (pp. 140–170). Tokyo: Seishin-Shoboh.
- Osborne, J. (2003). Art and the child with autism: Therapy or education? *Early Child Development and Care*, 173, 411–423.

- Ostovar, R. (2009). *The ultimate guide to sensory processing disorder*. Arlington, Canada: Publication Services, Inc.
- Ozonoff, S., & Griffith, E. M. (2000). Neuropsychological function and the external validity of Asperger syndrome. In A. Klin, F. R. Volkmar, & S. S. Sparrow (Eds.), *Asperger syndrome* (pp. 72–96). New York, NY: Guilford Press.
- Pakenham, K. I., Sofronoff, K., & Samios, C. (2004). Finding meaning in parenting a child with Asperger syndrome: Correlates of sense making and benefit finding. *Research in Developmental Disabilities*, 25, 245–264.
- Parritz, R. H., & Troy, M. F. (2011). *Disorders of childhood: Development and psychopathology*. Australia: International Ed. Wadsworth.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2007). *Human development* (10th ed.) Boston: McGraw-Hill.
- Patterson, C. J. (2008). *Child development*. Boston: McGraw-Hill.
- Persaud, R. (2003). *From the edge of the couch*. London: Bantam Books.
- Petty, A. (2002). *Adapting a western model of Filial therapy to a locally specific form through a participatory process with kinship carers* (Unpublished Master's dissertation). University of Natal, Durban.
- Phares, V. (2008). *Understanding abnormal child psychology* (2nd ed.). South Florida: John Wiley & Sons.
- Phemister, A. (2005). Reaching kids with Asperger's syndrome. *The Education Digest*. Retrieved from www.eddigest.com
- Ponterotto, J. G. (2005). Research in counseling psychology: A primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 126–136.
- Poodhun, S. E. A. (2000). *Teddy bear therapy: An exploratory case study* (Unpublished Master's dissertation). University of South Africa, Pretoria.
- Portway, S., & Johnson, B. (2003). Asperger syndrome and the children who 'don't quite fit in'. *Early Child Development and Care*, 173, 435–443.
- Potter, W. J. (1996). *An analysis of thinking and research about qualitative methods*. New Jersey, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Rennie, D. L. (1998). *Person-centred counselling: An experiential approach*. London: Sage.
- Richardson, A. (2006). *Toddler sense: Understanding your toddler's sensory world – the key to a happy, well-balanced child*. Welgemoed SA: Metz.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. Boston: Houghton Mifflin.

- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science. Formulations of the person and the social context* (pp. 184–256). New York, NY: McGraw-Hill.
- Rogers, C. R. (1987). *Client-centered therapy: Its current practice implications and theory*. London: Constable.
- Rourke, B. P., & Tsatsanis, K. D. (2000). Nonverbal learning disabilities and Asperger syndrome. In A. Klin, F. R. Volkmar, & S. S. Sparrow (Eds.), *Asperger syndrome* (pp. 231–253). New York, NY: Guilford Press.
- Ryan, V. (1999). Developmental delay, symbolic play and non-directive play therapy. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 4, 167–185.
- Ryan, V. (2004). Adapting non-directive therapy for children with attachment disorders. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9, 75–87.
- Ryan, G. W., & Bernard, H. R. (2000). Data management and analysis methods. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln, *Handbook of qualitative research* (2nd ed.) (pp. 769–802) London: Sage.
- Ryan, V., & Needham, C. (2001). Non-directive play therapy with children experiencing psychic trauma. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 6, 437–453.
- Ryan, V., & Wilson, K. (1995). Non-directive play therapy as a means of recreating optimal infant socialization patterns. *Early Development and Parenting*, 4, 29–38.
- Ryan, V., & Wilson, K. (2000). *Case studies in non-directive play therapy*. London: Jessica Kingsley.
- Ryan, V., & Wilson, K. (2000a). Conducting child assessments for court proceedings: The use of non-directive play therapy. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 5, 267–279.
- Ryce-Menuhin, J. (1992). *Jungian sandplay: The wonderful therapy*. London: Routledge.
- Safran, S. P., Safran, J. S., & Ellis, K. (2003). Intervention ABCs for children with Asperger syndrome. *Topics in Language Disorders*, 23, 154–165.
- Satoh, M. (1985). Obsessive compulsive neurosis, 11-year-old male. In H. Kawai & Y. Yamanaka (Eds.), *Studies of sandplay therapy in Japan* (pp. 74–95). Tokyo: Seishin-Shoboh.
- Schmid, P. F. (1998). Face to face: The art of encounter. In B. Thorne & E. Lambers (Eds.), *Person-centred therapy: A European perspective* (pp. 74–89). London: Sage.
- Schottelkorb, A. A., & Ray, D. C. (2009). ADHD symptom reduction in elementary students: A single-case effectiveness design. *Professional School Counseling*, 13, 11–22.

- Shaw, W. (2007). *Multifactorial causes of autism and PDD*. Retrieved from <http://www.autismtoday.com>
- Shore, S. (2006). Disclosure: talking about what makes us human. In D. Murray (Ed.), *Coming out Asperger: Diagnosis, disclosure and self-confidence* (pp. 173–183). London: Jessica Kingsley.
- Smith, A. (2005). *Raging in service of the self: Exploring a five-year-old boy's aggression within his play therapy* (Unpublished Master's dissertation). Rhodes University: Grahamstown.
- Stake, R. E. (2005). Case studies. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (3rd ed.) (pp. 443–446). Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Stein, P. (2008). Autistic like: Graham's story. Retrieved from www.autisticlike.com
- Steinhardt, L. (1997). Beyond blue: The implications of blue as the color of the inner surface of the sandtray in sandplay. *Arts in Psychotherapy*, 24, 455–469.
- Stevens, R. (1996). Introduction: Making sense of the person in a social world. In R. Stevens (Ed.), *Understanding the self* (pp. 1–34). London: Sage.
- Stobart, A. (2009). *Bullying and autism spectrum disorders: A guide for school staff*. National Autistic Society. ISBN 978-1-905722-54-9
- Stroh, G. (1992). *Die "Squiggle"-techniek as rapportvestiger in kinderpsigoterapie* (Ongepubliseerde M-verhandeling). Universiteit van die Oranje Vrystaat, Bloemfontein.
- Suga, S., & Hirai, K. (1982). Elective mutism, 14-year-old male. In H. Kawai & Y. Yamanaka (Eds.), *Studies of sandplay therapy in Japan* (pp.107–127). Tokyo: Seishin-Shoboh.
- Sweeney, D. S., Minnix, G. M., & Homeyer, L. E. (2003). Using sandtray therapy in lifestyle analysis. *Journal of Individual Psychology*, 59, 376–387.
- Sweig, T. L., & Sachs, R. G. (1993). Applications of sandplay to the treatment of multiple personality and dissociative disorders. In E. S. Kluft (Ed.), *Expressive and functional therapies in the treatment of multiple personality disorder* (pp. 189–200). Illinois: Charles C Thomas.
- Szatmari, P., Bryson, S. E., Boyle, M. H., Streiner, D. L., & Duku, E. (2003). Predictors of outcome among high-functioning children with autism and Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 520–528.
- Takano, S. (1987). Therapeutic approach to a borderline case, 16-year-old female. In H. Kawai Y. Yamanaka (Eds.), *Studies of sandplay therapy in Japan* (pp. 71–89). Tokyo: Seishin-Shoboh.

- Takano, S. (1988). On the process of sandplay therapy of the case of a battered isolated child. *Archives of Sandplay Therapy*, 1, 47–60.
- Tantam, D. (2000). Adolescence and adulthood of individuals with Asperger syndrome. In A. Klin, F. R. Volkmar, & S. S. Sparrow (Eds.), *Asperger syndrome* (pp. 367–399). New York, NY: Guilford Press.
- Teglasi, H. (2000). *Essentials of TAT and other storytelling techniques assessment*. New York, NY: John Wiley.
- Tellis, W. (1997). Introduction to case study by Winston Tellis. *The Qualitative Report*, 3, 1–12.
- Terre Blanche, M., & Durrheim, K. (2002). *Research in practice: Applied methods for the social sciences*. Cape Town: UCT Press.
- Terre Blanche, M., Durrheim, K., & Painter, D. (2006). Why qualitative research? In M. Terre Blanche, K. Durrheim, & D. Painter, D. (Eds.) *Research in practice* (2nd ed.) (pp. 271–284). Cape Town: UCT Press.
- Thijssen, L. J. (2008). *The neuropsychological profiles of learners with Asperger syndrome* (Unpublished doctoral thesis). University of South Africa, Pretoria.
- Toates, F. (1996). The embodied self: A biological perspective. In R. Stevens (Ed.), *Understanding the self* (pp. 35–88). London: Sage.
- Toscani, F. (1998). Sanddrama: Psychodramatic sandtray with a trauma survivor. *The Arts in Psychotherapy*, 25, 21–29.
- Tsatsanis, K. D., Foley, C., & Donehower, C. (2004). Contemporary outcome research and programming guidelines for Asperger syndrome and high-functioning autism. *Topics in Language Disorders*, 24, 249–259.
- Van Fleet, R., Sywulak, A. E., & Sniscak, C. C. (2010). *Child-centered play therapy*. London: Guilford Press.
- Van Kalmthout, M. (1998). Person-centred theory as a system of meaning. In B. Thorne & E. Lambers (Eds.), *Person-centred therapy: A European perspective* (pp. 11–21). London: Sage.
- Van Vollenstee, L. (2006). *Asperger's syndrome: A description of sensory work with children* (Unpublished Master's dissertation). University of South Africa, Pretoria.
- Vinturella, L., & James, R. (1987). Sand play: A therapeutic medium with children. *Elementary School Guidance & Counselling*, 21, 229–238.

- Volkmar, F. R., & Klin, A. (2000). Diagnostic issues in Asperger syndrome. In A. Klin, F. R. Volkmar, & S. S. Sparrow (Eds.), *Asperger syndrome* (pp. 25–71). New York, NY: Guilford Press.
- Vorster, C. (2011). Interpersonal Variables and Mental Health: A new procedure for psychotherapeutic diagnosis. In C. Vorster, *Impact: The story of interactional therapy* (pp. 85–98). Pretoria: Satori.
- Vorster, C. (2011a). The Process of Communication. In C. Vorster, *Impact: The story of interactional therapy* (pp. 112–119). Pretoria: Satori.
- Vygotski, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge: Harvard University Press.
- Weinrib, E. L. (1983). *Images of the self: The sandplay therapy process*. Boston: Sigo.
- Weiten, W. (2004). *Psychology: Themes and variations*. Australia: Thomson Wadsworth.
- Whalen, D. (2004). Meeting your metaphor: The use of the arts and the imagination with dying persons. In R. C. P. Magniant (Ed.), *Art therapy with older adults* (pp. 101–121). Illinois: Charles Thomas.
- Wheat, R. (1995). Help children work through emotional difficulties – sand trays are great! *Young Children*, 82–83.
- Whitaker, P. (2006). “Why is it all so difficult?” Sharing the diagnosis with the young person. In D. Murray (Ed.), *Coming out Asperger: Diagnosis, disclosure and self-confidence* (pp. 125–142). London: Jessica Kingsley.
- Wilson, K., & Ryan, V. (2001). Helping parents by working with their children in individual child therapy. *Child and Family Social Work*, 6, 209–217.
- Wing, L. (2000). Past and future of research on Asperger syndrome. In A. Klin, F. R. Volkmar & S. S. Sparrow (Eds.), *Asperger Syndrome* (pp. 418–432). New York: Guilford Press.
- Winter, M. (2003). *Asperger syndrome. What teachers need to know?* London: Jessica Kingsley Publishers.
- Wood, J. K. (1995). The person-centered approach: Toward an understanding of its implications. *The Person-Centered Approach Journal*, 2.
- Yin, R. K. (2004). Case study methods. *Complementary methods for research in education* (3rd ed.) (pp. 1–25). Washington, DC: American Educational Research Association.
- Zinni, V. R. (1997). Differential aspects of sandplay with 10-and 11-year-old children. *Child Abuse and Neglect*, 21, 657–668.