

**SELFBEELD EN COPING BY KINDERS IN DIE
MIDDELKINDERJARE MET AANDAGTEKORT-
HIPERAKTIVITEITVERSTEURING**

Student: Me. A.M. Kritzinger
Studieleier: Dr. E. van Rensburg

**SELFBEELD EN COPING BY KINDERS IN DIE
MIDDELKINDERJARE MET AANDAGTEKORT-
HIPERAKTIWITEITVERSTEURING**

**Anna Maria Kritzinger
Hons. (B.A.)**

**Skripsie voorgelê ter gedeeltelike nakoming van die vereistes vir die graad
Magister Artium in Kliniese Psigologie aan die Potchefstroomse
Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys**

Studieleier: Dr. Esmé van Rensburg

**POTCHEFSTROOM
2002**

BEDANKINGS

Hiermee my opregte dank aan:

- Die Vader in die Hemel wat dit vir my moontlik gemaak het om hierdie projek deur te voer.
- Dr. Esmé van Rensburg, my studieleier, vir haar deurlopende bekwame leiding.
- Prof. H.S. Steyn van die Statistiese Konsultasiedienste vir sy hulp en leiding met die statistiese verwerking en interpretasie.
- Mev. C. van der Walt vir die taalkundige versorging van hierdie dokument.
- Almal wat aan my praktiese en emosionele ondersteuning gebied het: Leana, Donnée, Idelette, Mona, Lillian, Thys, Maricelle, Dewan, Abri en my ouers.
- My ma spesifiek, vir spesiale begrip en ondersteuning.

OPSOMMING

SELFBEELD EN COPING BY KINDERS IN DIE MIDDELKINDERJARE MET AANDAGTEKORT-HIPERAKTIWITEITVERSTEURING

(Trefwoorde: aandagtekort-hiperaktiwiteitversteuring, selfbeeld, coping, middelkinderjare)

Hierdie studie maak deel uit van 'n interuniversitêre navorsingsprojek rakende psigologiese weerbaarheid by kinders en staan onder leiding van dr. E. van Rensburg en R. Beukes. Die titel van die oorkoepelende projek is: Psigologiese weerbaarheid by kinders in die Suid-Afrikaanse konteks.

Vir die doel van die huidige studie word daar egter op die konsepte selfbeeld en coping, wat deel uitmaak van psigologiese weerbaarheid, gefokus. Hierdie konsepte word dan spesifiek in verband gebring met die teenwoordigheid van aandagtekort-hiperaktiwiteitversteuring (ATHV).

Vanuit die relevante literatuur is eerstens gefokus op ATHV as verskynsel deur onder andere aandag te skenk aan die definiëring, etiologie, gevolge en behandeling daarvan. Tweedens is 'n uiteensetting van stres en coping verskaf, soos dit in die beskikbare literatuur daaruit sien. Aspekte wat in hierdie opsig onder die loep geneem is, sluit definiëring, strategieë en coping, soos dit spesifiek op kinders en in die teenwoordigheid van ATHV manifesteer, in. Daarna is gefokus op die selfbeeld en spesifieke aspekte daarvan, byvoorbeeld historiese invloede op die konseptualisering daarvan, ontwikkeling van die selfbeeld, asook 'n bespreking van hierdie aspek spesifiek binne die konteks van kinders en ATHV.

Tydens die empiriese ondersoek is van 'n beskikbaarheidssteekproef gebruik gemaak om kinders in die middelkinderjare vanuit verskeie streke in Suid-Afrika

te identifiseer. Klaslyste is gebruik om die studiepopulasie ewekansig te selekteer.

Die toetsbattery wat deur deelnemers afgelê is, het as volg daaruit gesien: die kinders het die Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PH) beantwoord, terwyl die ouers die Stress Response Scale (SRS) en die Child Symptom Inventory-4 (CSI-4) voltooi het.

Op grond van die statistiese ontleding is bevind dat kinders met en sonder ATHV op statisties beduidende en prakties betekenisvolle wyse verskil ten opsigte van coping. Geen betekenisvolle verskille het egter geblyk uit die resultate met betrekking tot selfbeeld nie.

Ten slotte is aanbevelings gemaak vir verdere navorsing op hierdie gebied, asook voorstelle om die resultate van hierdie studie prakties te implementeer.

SUMMARY

SELF-ESTEEM AND COPING OF CHILDREN IN THEIR MIDDLE CHILDHOOD WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER.

(Keywords: attention deficit hyperactivity disorder, self-esteem, coping, middle childhood)

This study forms part of an inter-university research project concerning resilience in children and falls under the leadership of dr. E. van Rensburg and R. Beukes. The title of the umbrella project is: Resilience in children in the South African context.

The current study is specifically focused on self-esteem and coping, both of which are components of resilience. These concepts are studied in connection with the presence of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD).

The literature review was firstly focused on ADHD, specifically with regard to aspects such as definition, etiology, consequences and treatment. Secondly, literature relevant to coping was consulted. Aspects such as definitions and strategies of coping, as well as coping specifically applied to children and ADHD, were discussed. The last aspect to be given attention to in the literature review was self-esteem. Aspects such as historical background and definitions were considered, as well as self-esteem as it manifests in the contexts of children and ADHD.

For the purpose of this empirical study, the study population consisted of children in their middle childhood from schools that were identified in various regions of South Africa by means of an availability sample. Class lists were used for randomized selection.

The test battery completed by participants consisted of the following: the children completed the Piers-Harris Self Concept Scale (PH), while parents completed the Stress Response Scale (SRS) and the Child Symptom Inventory-4 (CSI-4).

The statistical processing of results revealed that a statistically significant and practically meaningful difference exists when the coping of children with and without ADHD are compared. The results of self-esteem revealed, however, no significant difference between the two groups.

The final part of this thesis provides recommendations regarding further research in this field of study, as well as ideas for the practical implementation of the results obtained.

INHOUDSOPGAWE

Bladsy

BEDANKINGS	i
OPSOMMING	ii
SUMMARY	iv
LYS VAN TABELLE	xii

HOOFSTUK 1

INLEIDING, PROBLEEMSTELLING EN DOELSTELLINGS	1
1.1 Inleiding	1
1.2 Probleemstelling en oriëntering	1
1.3 Doelstellings	5
1.4 Hipoteses	5
1.5 Ontplooiing van die studie	5

HOOFSTUK 2

AANDAGTEKORT-HIPERAKTIWITEITVERSTEURING (ATHV)	6
2.1 Inleiding	6
2.2 ATHV as verskynsel	6
2.2.1 Definisie	6
2.2.2 Diagnostiese kriteria	8
2.2.3 Komplekse aard van die diagnose van ATHV	11
2.2.4 Omvang van die verskynsel	12

2.2.5	Die etiologie van ATHV	14
2.2.5.1	Inleiding	14
2.2.5.2	Breindisfunksie/neurologiese probleme	14
2.2.5.2.1	Neuro-oordragstowwe as oorsaaklike faktor	14
2.2.5.2.2	Breinmetabolisme	15
2.2.5.2.3	Fisiese grootte en werking van die brein	16
2.2.5.2.4	Neurologiese inperking van die leerproses	16
2.2.5.2.5	Disfunksie van die frontale lob	17
2.2.5.2.6	Beskadiging van die brein	17
2.2.5.3	Genetiese oorsake	18
2.2.5.4	Foutiewe dieet	19
2.2.5.5	Ander	19
2.2.6	Gevolge van ATHV	20
a)	Onbevredigende ontwikkelingsmylpaalbereiking	20
b)	Leerprobleme	21
c)	Sosiale verhoudinge	22
2.2.7	Behandeling	24
2.2.7.1	Diagnose	25
2.2.7.2	Farmakoterapie	25
2.2.7.3	Dieet	29
2.2.7.4	Psigoterapie	29
2.2.8	Prognose van kinders met ATHV	31
2.3	Samevatting	32

HOOFSTUK 3

SELFBEELD EN COPING		33
3.1	Inleiding	33
3.2	Coping	33
	3.2.1 Teoretiese begronding	34

3.2.1.1	Stres	34
3.2.1.1.1	Definisies van stres	34
3.2.1.2	Die verband tussen coping en stres	36
3.2.2	Coping: definiëring	37
3.2.3	Aspekte wat suksesvolle coping beïnvloed	39
a)	Coping hulpbronne	39
b)	Die aard van die stressor	39
3.2.4	Veranderinge in coping-benaderings	40
3.2.5	Coping-strategieë	41
3.2.6	Coping-response	42
3.2.7	Coping by kinders	44
3.2.7.1	Aspekte wat suksesvolle coping by kinders beïnvloed	44
	• Coping-hulpbronne	44
	• Die aard van die stressor	44
3.2.7.2	Die aard van coping by kinders	45
3.2.7.3	Ontwikkelingstake van die middelkinderjare wat met coping verband hou en deur die aanwesigheid van ATHV beïnvloed kan word	47
3.2.8	Gevolgtrekking	50
3.3	Selfbeeld	50
3.3.1	Inleiding	50
3.3.2	Definisies van selfbeeld en verwante konsepte	50
3.3.3	Historiese invloede op die konseptualisering van die selfbeeld	54
3.3.3.1	Psigoanalitiese aannames	54
3.3.3.1.1	Sigmund Freud	54
3.3.3.1.2	Objekrelasiëteorieë	55
	• Melanie Klein	55
	• Harry Stack Sullivan	55

	• Margaret Mahler	56
3.3.3.1.3	Erik Erikson	56
3.3.3.2	Humanistiese sielkunde	58
	• Carl Rogers	58
	• Gordon Allport	58
3.3.3.3	Integrasie van bogenoemde historiese beskouinge	60
3.3.4	Die ontwikkeling van die selfbeeld	61
3.3.5	Spesifieke kwaliteite van die selfbeeld van kinders, asook die effek wat die teenwoordigheid van ATHV daarop kan hê	63
3.3.5.1	Evaluasie van die self en betekenisvolle ander	64
3.3.5.2	Bemeestering en moraliteit	66
3.3.5.3	Interne en stabiele kwaliteite van die individu	68
3.3.5.4	Identiteit en etikettering	68
3.3.6	Gevolgtrekking	69
3.4	Samevatting	70

HOOFSTUK 4

METODE VAN ONDERSOEK	71
4.1 Inleiding	71
4.2 Metode van ondersoek	71
4.2.1 Navorsingsontwerp	71
4.2.2 Ondersoekgroep	71
4.2.2.1 Die studiepopulasie	71
4.2.2.2 Die steekproef	72
4.2.3 Meetinstrumente	72
a) Toetsbattery: Kinders	72
b) Toetsbattery: Ouers	72

4.2.3.1	Child Symptom Inventory-4 (CSI-4)	73
4.2.3.2	Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PH)	77
4.2.3.3	Stress Response Scale (SRS)	80
4.2.4	Navorsingsprosedure	83
4.2.4.1	Oriëntering	83
4.2.4.2	Fases van die navorsingsproses	83
4.2.5	Navorsingshipoteses	84
4.2.6	Statistiese verwerking van resultate	85
4.2.6.1	t-toetse	85
4.2.6.2	Cohen se tegniek	88
4.2.7	Etiese aspekte	89
4.3	Samevatting	89

HOOFSTUK 5

RESULTATE EN INTERPRETASIE	90
5.1 Inleiding	90
5.2 Tekortkoming van die studie wat die betroubaarheid en geldigheid kan beïnvloed	90
5.3 Evaluasie van doelwitte en hipoteses	92
5.3.1 Verskille met betrekking tot die coping van kinders met en sonder ATHV	92
5.3.1.1 Uiteensetting van hipoteses en relevante resultate	92
5.3.1.2 Bespreking van resultate	93
5.3.1.3 Samevatting	99
5.3.2 Verskille ten opsigte van selfbeeld ten opsigte van selfbeeld tussen kinders met en sonder ATHV	100
5.3.2.1 Uiteensetting van hipoteses en relevante resultate	100

5.3.2.2	Bespreking van resultate	101
5.3.2.3	Samevatting	107
5.4	Evaluering van hipoteses	107
5.4.1	Evaluering van hipotese 1	107
5.4.2	Evaluering van hipotese 2	108
5.5	Gevolgtrekking	109

HOOFSTUK 6

GEVOLGTREKKING EN AANBEVELINGS		110
6.1	Inleiding	110
6.2	Opsomming en gevolgtrekking	110
6.2.1	Gevolgtrekking gebaseer op die literatuurstudie	110
6.2.2	Gevolgtrekkings op grond van die empiriese ondersoek	113
6.3	Aanbevelings	114
6.3.1	Tekortkominge en aanbevelings vir toekomstige navorsing op hierdie gebied	114
6.3.2	Aanbevelings vir die praktiese implementering van die bevindinge van hierdie studie	115
6.3.2.1	Praktiese voorstelle vir die proses om kinders met ATHV te help om hul coping-repertoire uit te bou	115
a)	Aspekte om in gedagte te hou	115
b)	Praktiese voorstelle met betrekking tot algemene coping-strategieë	116
c)	Verbetering van coping binne die skool-opset	117
6.4	Samevatting	118
VERWYSINGS		120

LYS VAN TABELLE

	Bladsy
Tabel A: Medikasie wat algemeen vir ATHV voorgeskryf word	27
Tabel 1: Ouderdomme van die studiepopulasie	92
Tabel 2: Vergelyking van gemiddeldes ten opsigte van coping by kinders met ATHV en kinders sonder ATHV	93
Tabel 3: Vergelyking van gemiddeldes ten opsigte van selfbeeld by kinders met ATHV en kinders sonder ATHV	100

HOOFSTUK 1

INLEIDING, PROBLEEMSTELLING EN DOELSTELLINGS

1.1 Inleiding

Hierdie studie vorm 'n onderafdeling van 'n inter-universitêre navorsingsprojek rakende psigologiese weerbaarheid by kinders en staan onder leiding van dr. E. van Rensburg en dr. R. Beukes. Die titel van die oorkoepelende projek is: Psigologiese weerbaarheid by kinders in die Suid-Afrikaanse konteks. Vir die doel van hierdie studie word egter op die konsepte *selfbeeld* en *coping*, wat komponente van psigologiese weerbaarheid is, gefokus. Hierdie konsepte word dan spesifiek in verband gebring met die aanwesigheid van aandagtekort-hiperaktiwiteitversteuring (ATHV).

1.2 Probleemstelling en oriëntering

ATHV word gekenmerk deur 'n tekort aan aandag, impulsiwiteit en hiperaktiwiteit, wat as onvanpas beskou word vir die betrokke ontwikkelingsfase waarin die kind verkeer (Antrop, Roeyers, Van Oost & Buysse, 2000; Berkelhamer, 2002; Kaplan, Sadock & Grebb, 1994). Hierdie kenmerke kom op twee wyses na vore: *hiperaktiwiteit-impulsiwiteit*, wat met die kind se swak beheer oor sy/haar eie gedrag gepaard gaan, asook 'n gebrek aan aspekte soos *aandag*, wat organisasie, effektiewe luister en deursettingsvermoë impliseer en ook dat hy/sy maklik afleibaar is (Green & Chee, 1997). Hierdie simptome kan situasioneel wees (waar dit byvoorbeeld by die skool voorkom) of dit kan voorkom in 'n verskeidenheid kontekste waarin die kind hom/haar bevind. Uiteraard beïnvloed hierdie probleem die kind se totale ontwikkeling (Sandberg, 1996). Die kompleksiteit van die versteuring word verder geïntensiveer deurdat daar selfs na dekades se navorsing steeds onsekerheid bestaan rakende die etiologie van die sindroom. Verder bestaan teenstrydige navorsingsbevindinge ook steeds

rakende die effektiwiteit van gebruiklike vorme van intervensie (Woods & Ploof, 1997).

Die probleme wat met ATHV geassosieer word, sluit problematiese met sosialisering, gesinsverhoudinge, akademiese funksionering en algemene psigologiese funksionering in (Green & Chee, 1997). Dit is 'n komplekse versteuring wat uitsonderlike komplikasies vir nie slegs die kind self meebring nie, maar ook vir almal met wie die kind in aanraking kom. Die komplekse aard van die versteuring, asook die effek daarvan op betekenisvolle en professionele ander in die kind se lewe, is duidelik in die debat aangaande wie verantwoordelikheid vir hierdie verskynsel moet aanvaar. So word kinderpsigiaters van oormatige voorskrywing van medikasie beskuldig, skole van 'n onvermoë om 'n ontvanklike stimulasie-omgewing te verskaf, en ouers van swak dissiplinering verdink (Mc Ewan, 1998).

'n Verdere beperkende aspek wat deel uitmaak van die konteks waarin ATHV na vore kom, is die groter moontlikheid dat die kind ander probleme of ko-morbiede versteurings kan ontwikkel, of reeds het (Newcorn, Halperin, Jensen, Abikoff, Arnold, Cantwell, Conners, Elliot, Epstein, Greenhill, Hechtman, Hinshaw, Hoza, Kraemer, Pelham, Severe, Swanson, Wells, Wigal & Vitiello, 2001). So is dit byvoorbeeld moontlik dat kinders met ATHV simptome van angs of opposisionele gedrag kan openbaar. Dit maak dit uiteraard moeilik om die oorspronklike probleem, asook aspekte wat daartoe aanleiding gee, te identifiseer.

Verder blyk dit ook dat jong kinders met ATHV 'n wyer reeks mediese behandeling benodig. Eerstens is hierdie kinders meer dikwels geneig om by ongelukke betrokke te raak as gevolg van hul ooraktiewe gedrag. Verder benodig kinders wat die volskaalse versteuring het, die nodige psigotropiese medikasie (Du Paul, Mc Goey, Eckert & Van Brakle, 2001; Stein, Seedat, Niehaus & Emsley, 1998). Hieruit is dit duidelik dat die kind met ATHV meer kwesbaar is vir fisiese en mentale gesondheidsprobleme. Die komplikasies

waardeur kinders met ATHV gekonfronteer word, eindig egter nie hier nie. Daar is 'n wye reeks ander aspekte van die kind se funksionering wat deur die aanwesigheid van ATHV beïnvloed word.

Vir die doel van hierdie studie word egter gefokus op die psigologiese probleme waardeur hierdie kinders in 'n groter mate gekonfronteer word as kinders sonder die versteuring. Die komplekse aard van die versteuring kan op 'n daaglikse basis verlig word deur medikasie, maar medikasie alleen kan nie langtermynresultate oplewer nie. Gevolglik is dit noodsaaklik om ook die psigologiese aspek daarvan te behandel. Twee belangrike psigologiese aspekte wat deur die aanwesigheid van ATHV beïnvloed kan word, is coping en selfbeeld.

Coping verwys na 'n persoon se vermoë om by stresvolle of gevaarlike situasies aan te pas en sodanige situasies effektief te hanteer (Eckenrode, 1991). Namate die kind in sy/haar middelkinderjare deur ontwikkelingstake soos die begin van 'n skoolloopbaan vorder, word hy/sy deur verskillende gekompliseerde situasies soos konflik en kompetisie gekonfronteer. Dit kan as stresvol of selfs gevaarlik beleef word en die suksesvolle uitkoms van hierdie betrokke situasies sal afhang van die kind se vermoë om daarmee te cope. Die wye verskeidenheid probleme wat 'n kind met ATHV ervaar, kan egter hierdie vermoë tot suksesvolle hantering kniehalter. Aspekte soos verwarring, onbuigsaamheid, swak verbale vermoë en doelloosheid is maar enkele voorbeelde van struikelblokke wat die kind met ATHV se vermoë tot suksesvolle coping kan belemmer (Green & Chee, 1997; Mc Ewan, 1998).

Die konsep *selfbeeld* verwys kortliks na die beelde wat persone omtrent hulself opbou. Hierdie beeld word gevorm uit ervarings wat 'n persoon reeds van 'n baie vroeë ouderdom het en kan uit die aard van die saak positief of negatief wees. Die ontwikkeling van hierdie selfbeeld is inderdaad een van die gekompliseerdste ontwikkelingstake wat kinders moet bemeester (Raath &

Jacobs, 1990; Santrock, 1996). Gedurende die middelkinderjare vind 'n afname in egosentrisme plaas, wat impliseer dat die kind in 'n al groter mate bewus raak van die persepsie van mense rondom hom/haar (Louw, 1996). Dit bring mee dat die kind wat ATHV-simptome het, begin besef hoe ander hom/haar ervaar. Green & Chee (1997) bevestig dat kinders met ATHV in die meeste gevalle 'n swakker selfbeeld het, wat deur laasgenoemde teoretici toegeskryf word aan die herhaaldelike mislukking waardeur kinders met ATHV op 'n daaglikse basis in verskillende areas van die milieu waarin hulle funksioneer gekonfronteer word. Aangesien hiperaktiwiteit en meegaande simptome meestal as negatief deur klasmaats, die onderwyser en selfs ouers geïnterpreteer word, raak die kind met ATHV bewus van hierdie negatiewe evaluasie in hierdie stadium van sy/haar lewe. Uit die aard van die saak kan hy/sy hierdie negatiewe evaluasie internaliseer, wat sy/haar selfbeleving kan beïnvloed. Krueger en Kendall (2001) het inderdaad ook in hul studie bevind dat ATHV 'n integrale deel van die persoon wat daaraan ly se identiteit vorm, deurdat die negatiewe konnotasies wat aan die simptome geheg word, deur hom/haar deel gemaak word van die beeld wat hy/sy rakende hom-/haarself het.

Gevolgtrek blyk dit dat kinders met ATHV in 'n groter mate gekonfronteer word deur probleme met coping en selfbeeld as kinders sonder ATHV. Geen navorsing in dié verband kan egter in die Suid-Afrikaanse konteks opgespoor word nie. Die navorsingsvrae waarop dus gefokus gaan word, is om te bepaal:

1. of daar 'n verskil is tussen die coping van kinders met ATHV en kinders sonder ATHV; en
2. of daar 'n verskil is tussen die selfbeeld van kinders met ATHV en kinders sonder ATHV.

1.3 Doelstellings

Die doelstellings van hierdie studie is om vas te stel of:

1. kinders met ATHV se coping verskil van dié van kinders sonder ATHV; en
2. kinders met ATHV se selfbeeld verskil van dié van kinders sonder ATHV.

1.4 Hipoteses

Die hipoteses van hierdie navorsing is:

1. Kinders met ATHV se coping verskil van dié van kinders sonder ATHV.
2. Kinders met ATHV se selfbeeld verskil van dié van kinders sonder ATHV.

1.5 Ontplooiing van die studie

Die ontplooiing van hierdie studie sien as volg daaruit:

In Hoofstuk 2 word gefokus op ATHV as verskynsel, met spesifieke verwysing na aspekte soos diagnose, etiologie en behandeling. Hoofstuk 3 fokus op die konstrakte coping en selfbeeld, asook die wyse waarop dit by kinders – en kinders met ATHV – manifesteer. Hierna word die empiriese ondersoek in Hoofstuk 4 uiteengesit, waarvan die resultate onder die fokus van Hoofstuk 5 val. Hoofstuk 6 bevat gevolgtrekkings en aanbevelings soos dit van toepassing is op hierdie studie.

HOOFSTUK 2

AANDAGTEKORT-HIPERAKTIWITEITVERSTEURING (ATHV) AS VERSKYNSEL

2.1 Inleiding

Aandagtekort-hiperaktiwiteitversteuring (ATHV) is 'n komplekse verskynsel en beïnvloedende faktor vir die kind wat daaraan ly. Die effek daarvan kring nie net uit na alle sferes van die kind se funksionering nie, maar affekteer ook betekenisvolle ander binne die kind se milieu.

Dit is 'n term wat toenemend gebruik word in kontekste waar kinders ter sprake is. Dit blyk egter dat hierdie gebruik 'n subjektiewe kleur het wat woelige of veeleisende kinders verkeerdelik as lyers van ATHV kan etiketteer sonder dat hulle aan die kliniese vereistes vir hierdie diagnose voldoen. Gevolglik is dit noodsaaklik dat 'n kind se simptome professioneel en sistematies oorweeg word voordat die diagnose gemaak word. Vervolgens word die definiering, diagnosering, etiologie, behandeling, prognose en gevolge van ATHV in fyner detail bespreek.

2.2 ATHV as verskynsel

2.2.1 Definisie

Alhoewel die tipiese aard van ATHV in 'n groot mate getipeer word deur die naam van die versteuring, word vervolgens aandag gegee aan enkele definisies soos dit in die teorie daaruit sien.

- ATHV is 'n versteuring wat gekenmerk word deur die simptome van 'n gebrek aan aandag en impulsief-hiperaktiewe gedrag (Farrington, 1998; Kaplan, Sadock & Grebb, 1994; Stein, Seedat, Niehaus & Emsley, 1998).
- ATHV is 'n psigiatryse diagnose wat van toepassing is op kinders (en volwassenes) wat kenmerkende sosiale en kognitiewe probleme in belangrike areas van hul lewens ervaar (Train, 2000).

Die spekulasie dat die versteuring tot in volwassenheid kan voortduur, is kontroversieel, omdat die versteuring gekategoriseer word as 'n psigiatryse versteuring by kinders. Dit blyk egter dat die probleem met 'n gebrek aan aandag kan voortduur tot adolessensie en volwassenheid, terwyl die aspekte van hiperaktiwiteit en impulsiwiteit verminder met 'n toename in ouderdom (Van der Linden, Young, Ryan & Toone, 2000).

- Dit is 'n patroon van rustelose en impulsiewe gedrag, met 'n gebrek aan aandag. Kinders wat daaraan ly, kan nie stil sit nie, kan nie veel langer as 'n kort rukkie aandag gee nie en sal nie aktiwiteite op dieselfde manier uitvoer as ander kinders van hul ouderdom nie (Jones, 2000).
- ATHV is 'n neurologiese versteuring wat dit vir die kind onmoontlik maak om sy/haar gedrag te beheer of te beperk, sonder dat die fout by die kind lê. Dit word gekenmerk deur simptome van impulsiwiteit en probleme met konsentrasie (Mc Ewan, 1998).
- Hiperaktiwiteit is 'n versteuring wat langtermyngevolge inhou vir ongeveer 50% van die kinders wat gedurende hul primêre skoolloopbaan daarmee gediagnoseer word. Wat moontlik eers kan voorkom as 'n onvermoë om stil te sit, aandag te gee of impulse te beheer kan later resulteer in 'n gedragsversteuring wat die kind se akademiese en sosiale vordering baie jare lank kan inperk (Evans, Gualtieri & Shear, 1987).

Vir die doel van hierdie studie sal daar met die volgende definisie volstaan word:

ATHV is 'n psigiatriese versteuring wat meesal in kinders gediagnoseer word en word gekenmerk deur 'n gebrek aan aandag, oormatige aktiwiteit en impulsiwiteit. Dit het 'n neurologiese oorsprong wat veroorsaak dat die sigbare gedragsimptome buite beheer is van die persoon wat daaraan ly.

Die diagnostiese kriteria vir ATHV sit die simptome wat eie is aan die versteuring duidelik uiteen, soos uit die volgende bespreking sal blyk.

2.2.2 Diagnostiese kriteria

Die diagnose van ATHV word gedoen aan die hand van die kriteria soos in die *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (APA, 1994) uiteengesit. Vyf kriteria is van toepassing, wat vervolgens kortliks bespreek word.

- **Kriterium A**

Die eerste kriterium onderskei tussen aandagtekort en hiperaktiwiteit-impulsiwiteit. Onder albei hierdie kategorieë is tien simptome gelys. Ten einde die diagnose te maak, moet die betrokke kind minstens ses van die simptome uit elke kategorie oor 'n tydperk van ses maande toon. Die intensiteit van hierdie simptome moet ook van so 'n aard wees dat dit onvanpas en wanaanpassend is vir die kind se betrokke ontwikkelings stadium. Die twee kategorieë van Kriterium A sien as volg daaruit:

1) Kategorie 1: Aandagtekort

Die kind wat die betrokke simptome toon:

- a) vind dit by gereelde geleenthede moeilik om aandag te gee aan detail en begaan onnodige foute in skoolwerk, werk of ander aktiwiteite;

- b) vind dit op 'n gereelde basis moeilik om aandag by take of spel te behou;
- c) kom voor of hy/sy nie luister wanneer hy/sy direk aangespreek word nie;
- d) voer nie opdragte uit nie en slaag nie daarin om skoolwerk, huistake of pligte in die werkplek te voltooi nie (nie as gevolg van opponerende gedrag of 'n onvermoë om opdragte te begryp nie);
- e) vind dit op 'n gereelde basis moeilik om take en aktiwiteite te organiseer;
- f) gereelde vermyding, afkeer daaraan of traagheid om betrokke te raak by take wat volgehoue verstandelike inspanning vereis (soos skoolwerk of huiswerk);
- g) verloor op 'n gereelde basis dinge wat benodig word ten einde take of aktiwiteite uit te voer (byvoorbeeld speelgoed, skool-opdragte, potlode, boeke of gereedskap);
- h) se aandag word op 'n gereelde basis maklik afgelei deur eksterne stimuli; en
- i) is gereeld vergeetagtig ten opsigte van daaglikse aktiwiteite.

2) Kategorie 2: Hiperaktiwiteit en Impulsiwiteit

Hiperaktiwiteit:

'n Kind wat hiperaktiewe simptome toon:

- a) vroetel gedurig met hande of voete of kriel in 'n sitplek;
- b) verlaat gedurig 'n sitplek in die klaskamer of in ander situasies waar hy/sy verwag word om te bly sit;
- c) hardloop gedurig rond of klim uitermatig in situasies waar dit onvanpas is (by adolessente en volwassenes kan dit beperk wees tot subjektiewe gevoelens van rusteloosheid);
- d) vind dit op 'n gereelde basis moeilik om stil by spel of ontspanningsaktiwiteite betrokke te raak;
- e) is gereeld "aan die gang" of tree op asof hy/sy "aangedryf word deur 'n motor"; en
- f) praat gedurig uitermatig baie.

Impulsiwiteit:

'n Kind wat impulsiewe simptome toon:

- g) blaker gedurig antwoorde uit voordat die vraag voltooi is;
- h) vind dit moeilik om 'n beurt af te wag; en
- i) onderbreek ander gereeld of maak inbreuk op ander se gesprekke of aktiwiteite (bars byvoorbeeld in by gesprekke of speletjies).

- **Kriterium B**

Sommige van bogenoemde simptome was reeds teenwoordig voor die ouderdom van 7 jaar

- **Kriterium C**

Die negatiewe effek van die simptome is teenwoordig in twee of meer kontekste (byvoorbeeld by die skool, werk of tuis)

- **Kriterium D**

Daar is duidelike bewyse dat die simptome 'n uitsonderlike belemmering van sosiale, akademiese of beroepsfunksionering veroorsaak

- **Kriterium E**

Die simptome kom nie uitsluitlik gedurende die verloop van 'n Omvattende Ontwikkelingsversteuring, Skisofrenie of 'n ander psigotiese versteuring voor nie en word nie beter verklaar deur 'n ander geestesversteuring nie

Alhoewel daar in die meeste gevalle aan beide kategorië van Kriterium A voldoen word, kan persone presenteer met simptome van slegs aandagtekort of hiperaktiwiteit-impulsiwiteit. Om hierdie rede word die volgende subtypes geïdentifiseer:

- **Gekombineerde tipe** – in hierdie geval word daar voldoen aan beide kategorië van Kriterium A

- Hoofsaaklik aandagtekort-tipe – hier word hoofsaaklik voldoen aan die kriterium van aandagtekort, oftewel kategorie 1
- Hoofsaaklik hiperaktiewe-impulsiewe tipe – hier word daar hoofsaaklik voldoen aan die kriteria vir hiperaktiwiteit en impulsiwiteit, oftewel kategorie 2

Vir die doel van hierdie studie sal die term ATHV gebruik word met verwysing na die Gekombineerde tipe Aandagtekort-hiperaktiwiteitversteuring.

2.2.3 Komplekse aard van die diagnose van ATHV

Mc Ewan (1998) stel dat ATHV as 'n *mediese sindroom* gesien moet word. Dit is 'n uiters gekompliseerde taak om vas te stel of die simptome uiteraard die versteuring karakteriseer, of dit blote struikelblokke in die ontwikkelingsproses is en of dit aan 'n ander oorsaak te wyte is. Evans *et al.* (1987) voer hierdie redenasie verder en stel dat die diagnostiese heterogeniteit van die versteuring ook die behandeling daarvan baie kompleks maak. Alhoewel daar hulpmiddels en gespesifiseerde strukture bestaan om die proses van diagnose en behandeling van ATHV te vergemaklik, kan die feit dat die versteuring op unieke wyses in verskillende kinders kan figureer, nie buite rekening gelaat word nie.

Dit is 'n gekompliseerde proses om hierdie diagnose akkuraat te maak. Wat egter 'n kind met "normale" aktiwiteitsvlakke, vergeetagtigheid, verlies van konsentrasie en 'n gebrek aan belangstelling van kinders met ATHV onderskei, is die intensiteit en gereeldheid waarmee hierdie simptome presenteer. Die teenwoordigheid van ATHV-simptome perk die individu wat daaraan ly se funksionering sonder twyfel in.

Herbert (1998) spreek hom ook uit oor die semantiese komplikasies wat met die diagnosering van ATHV gepaard gaan. Hy vergelyk kinders met ATHV met 'n spreekwoordelike olifant en verduidelik as volg: "[...] difficult to define, but, by golly, we know one when we see one – or live with one" (Herbert, 1998, p.305).

2.2.4 Omvang van die verskynsel

ATHV was al die teiken van negatiewe aandag van die media in Suid-Afrika, 'n situasie waarby verskillende partye, insluitend medici, onderwysers en ouers, betrek is (Greenhill, 1995; Orford, 1998). So is byvoorbeeld geïnsinueer dat die versteuring oorgediagnoseer word en die medikasie daarvoor ingespan word om die gedrag van gesonde kinders in toom te hou. Stein *et al.* (1998) stel dit egter duidelik dat onderdiagnosering eerder die teiken van kommer moet wees. Volgens hulle sal die medikasie van ATHV geen uitwerking hê op kinders wat nie daaraan ly nie. "It has been claimed that in some schools, there is over-diagnosis of the disorder and that medication is simply used to control behaviour in healthy children [...] While over-diagnosis in some settings may occur, a far more likely occurrence is under-diagnosis. Methylphenidate does not in fact 'control behaviour' in children without ADHD" (Stein *et al.*, 1998, p.115). Daarenteen loop die kinders wat wel daaraan ly, maar nie die nodige behandeling ontvang nie, die risiko om groter ko-morbiede probleme soos anti-sosiale gedrag en substansmisbruik te ontwikkel. Stein *et al.* (1998) glo dus dat hierdie versteuring wat ongeveer 5% van die kinders in Suid-Afrika raak, nie in alle relevante gevalle as sodanig gediagnoseer word nie.

Dit blyk dat ATHV die algemeenste rede in die Verenigde State van Amerika is waarom kinders na sielkundiges of psigiaters verwys te word (Goldman, Genel, Bezman & Slanetz, 1998). Ook in die VSA is bevind dat ongeveer 3% tot 5% van die kinders aan ATHV ly (Kaplan & Sadock, 1998; Mc Ewan, 1998) 'n Meer onlangse studie wat op die internet gepubliseer is, het egter bevind dat daar in werklikheid 7% van kinders met ATHV gediagnoseer word (Anon, 2002). Dit blyk dus dat die ontstellende hoë syfers van kinders wat aan die versteuring ly, steeds eskaleer.

Volgens statistiek word seuns twee tot drie maal meer deur die versteuring geaffekteer as meisies (Barlow & Durand, 1999; Kaplan & Sadock, 1998; Mc

Ewan, 1998; NIMH, 1994). Die redes vir hierdie verskil tussen die geslagte is onduidelik en word tans oorheers deur spekulasie. Enkele opinies sluit die volgende in:

- Mc Ewan (1998) vermoed dat meer meisies aan die versteuring ly, maar dat dit onopgemerk voortduur omdat meisies meesal hoofsaaklik die aandagtekort-tipe van die versteuring het en as sodanig as “dromerig” of “afwesig” bestempel word.
- Jones (2000) sluit wesenlik hierby aan. Sy verduidelik dat seuns 4 tot 5 keer meer met ATHV gediagnoseer word as meisies aan die hand van geslagsrolle en verwante verwagtinge, byvoorbeeld dat van seuns verwag word om meer aktief, aggressief en selfversekerd te wees. Haar verduideliking kom dus daarop neer dat seuns meer geleentheid gegun word om uitermatig aktief op te tree, wat ook as hiperaktiwiteit gesien kan word. Evans *et al.* (1987) sluit hierby aan en dui aan dat seuns “toegelaat” word om meer hiperaktief op te tree.
- Barlow en Durand (1999) is van mening dat ouers geduldiger is met hiperaktiewe meisies as met hiperaktiewe seuns, omdat meisies met hierdie probleem minder aktief is. Hierdie rede kan dan aanleiding daartoe gee dat meisies minder vir psigiatrisie hulp verwys word en sodoende nie deel uitmaak van die statistieke nie.

Herbert (1998) huldig ook die mening dat ongeveer 5% van alle kinders aan ATHV lei. Hy verwys egter na die probleem dat hierdie statistiek na 1% daal wanneer die menings van die onderwyser, ouer en huisdokter in ag geneem word ten einde die diagnose te maak. Om hierdie rede fluktueer die statistieke rakende ATHV en is dit moontlik nie ‘n betroubare aanduiding nie. Hierdie probleem is ook gedurende hierdie betrokke studie ondervind. (Aangesien die ouers in die geheel meesal meer tyd saam met die kind deurbring, is daar vir die doel van hierdie studie volstaan met vraelyste waarvolgens die ouer se inligting hul kind met of sonder ATHV gediagnoseer.)

2.2.5 Die etiologie van ATHV

2.2.5.1 Inleiding

Die oorsake van ATHV is net so gekompliseerd as die simptome daarvan. Vervolgens word gepoog om 'n akkurate aanduiding van die etiologie van ATHV te verskaf.

2.2.5.2 Breindisfunksie/neurologiese probleme

Een van die verklarings vir ATHV wat in die huidige psigiatriese sektor die meeste byval vind, is dat die teenwoordigheid daarvan as 'n disfunksie van die brein gesien word.

2.2.5.2.1 Neuro-oordragstowwe as oorsaaklike faktor

a) Die basis van neurologiese funksionering: Neurone en neuro-oordragstowwe

Neurone is die basiese eenhede waaruit die senuweestelsel opgebou is. Hierdie neurone maak dit vir die liggaam moontlik om "boodskappe" tussen verskillende liggaamsdele oor te dra en sodoende die komplekse aktiwiteite van die liggaam te koördineer. Die oordrag van hierdie "boodskappe" vind plaas deurdat die neurone "boodskappe" deur dendriete ontvang en dit deur middel van hul aksone na ander neurone oordra (Feldman, 1999; Jordaan & Jordaan, 1989).

Neuro-oordragstowwe/-senders is ook 'n chemiese samestelling in die liggaam wat "boodskappe" versprei. Hulle beweeg egter regdeur die liggaam deur middel van die bloedstroom. As sodanig neem die

“boodskap” langer om op hierdie wyse versprei te word as deur middel van die neurone. Die interne balans van die liggaam word deur middel van neuro-oordragstowwe van die brein af beheer (Feldman, 1999; Jordaan & Jordaan, 1989).

b) Neurologiese disfunksie wat aanleiding gee tot ATHV

Aangesien die senuweestelsel daarvoor verantwoordelik is om aksies te koördineer, kan 'n disfunksie in die senubane aanleiding gee tot gedragsprobleme. Volgens navorsing blyk dit dat dit die geval is by kinders met ATHV (Fisher & Beckley, 1999).

Weens probleme in hul senubane is dit onmoontlik om “boodskappe” akkuraat oor te dra en gevolglik word die liggaam se homeostatiese toestand ontwig. Neuro-oordragstowwe soos dopamien, norepinefrien en serotonien reguleer onder andere denke, emosies en konsentrasie (Train, 2000). Dit maak dus sin dat die afwesigheid of ongebalanseerdheid hiervan die kind met ATHV in 'n kritieke mate kan affekteer.

2.2.5.2.2 Breinmetabolisme

Mc Ewan (1998) noem dat mense met ATHV se breine aansienlik minder glukose (oftewel die belangrikste energiebron van die brein) gebruik as mense sonder ATHV. Verder blyk dit dat hierdie verminderde metabolisme veral invloedryk is in die areas van die brein wat verantwoordelik is vir aandag, handskrif, motoriese funksionering en inhibering van reaksies. Die neurologiese effek hiervan beskik dus oor die potensiaal om ATHV-simptome te laat ontstaan en selfs te intensiveer.

2.2.5.2.3 Fisiese grootte en werking van die brein

Dit blyk ook dat daar verskille in die fisiese grootte van die breine van kinders met ATHV kan voorkom. Daar is gevind dat die frontale lobbe van die brein kenmerkend kleiner is by seuns met ATHV (Jones, 2000; Mc Ewan, 1998). Hierdie deel van die brein is dan ook verantwoordelik vir die inhibering van response – 'n kind met ATHV ondervind juis probleme daarmee om hul response te inhibeer. Verder word gespekuleer dat probleme ook by kinders met ATHV se prefrontale kortikale aktiwiteite voorkom en selfs dat serebrale bloedvloei na veral die regterkantste deel van die brein beperk word (Barlow & Durand, 1999; Jones, 2000). Dit blyk dus dat persone wat aan ATHV ly, kenmerkend minder aktiwiteit in hul breine het, wat op teenstellende wyse aanleiding gee tot fisiese ooraktiwiteit (Herbert, 1998).

2.2.5.2.4 Neurologiese inperking van die leerproses: breindisfunksie wat kondisionering kniehalter

Woods en Ploof (1997) skryf die ATHV-versteuring toe aan 'n vertraging, of selfs vermyding, van die *leerproses* wat jong kinders moet ondergaan ten einde aanpassend in hul milieu te kan optree. Aangesien kinders met ATHV se opwekkingsdrumpel wat die kondisioneringsproses van straf en beloning moet aktiveer te hoog is, is hulle nie daartoe in staat om deur middel van hierdie proses 'n verwysingsraamwerk van begeerde en ongewenste gedrag te ontwikkel nie. Die implikasie hiervan is dat die kind met ATHV nie weet wanneer om straf te verwag of om aan verwagtinge wat by 'n vroeër situasie aan hom/haar duidelik gemaak is, te voldoen nie. Die konsep van psigiese pyn en plesier bly dus 'n onbekende ervaring. Volgens hierdie model word die kind met ATHV dus van essensiële

leergeleenthede wat nodig is om 'n aangepaste volwassene te word, ontnem. Dit het uiteraard ook implikasies vir die kind se sosialiseringprosesse, aangesien die ontwikkeling van empatie ook negatief beïnvloed kan word.

ATHV word dus hier gesien as die oorspronklike gevolg van 'n neurologiese probleem in die brein, maar eindelik 'n vorm van wangedrag, omdat die geleentheid om gewenste gedrag aan te leer as gevolg van die neurologiese komponent wat buite bereik van die kind met ATHV was. Die kompleksiteit van die verskynsel kom duidelik uit hierdie model na vore.

2.2.5.2.5 Disfunksie van die frontale lob

Fisher en Beckley (1999) verduidelik dat die versteuring ook daaraan te wyte kan wees dat die frontale deel van die brein "slaap", oftewel nie beskikbaar is nie. Gevolglik is daar niks wat beheer oor die kind se funksionering kan uitoefen nie, juis omdat hierdie brein-area so 'n kragtige bepaler van gedrag is. Aangesien daar in hierdie geval geen vorm van frustrasietoleransie is nie, sal 'n kind met ATHV tipies ophou met 'n taak en bloot weier om daarmee voort te gaan die oomblik wanneer die eerste gevoel van frustrasie ervaar word.

2.2.5.2.6 Beskadiging van die brein

Breinskade met geboorte is volgens Jones (2000) ook 'n belangrike oorsaak van ATHV. Skade aan die baba se brein kan onder andere die gevolg wees van 'n verlies aan suurstof tydens die geboorteproses, of moeders wat tydens swangerskap 'n vorm van medikasie gebruik het. Skade van 'n ander aard kan dan ook potensieel tot die probleem

van ATHV bydra, aangesien breindisfunksie, soos reeds bespreek, 'n belangrike oorsaak van die versteuring is.

Die konsep van breinskade as 'n oorsaak van ATHV was egter dekades lank aanvaar as die belangrikste enkele oorsaak van die versteuring. As gevolg daarvan het die versteuring voorheen bekend gestaan as *minimale breinskade* of *minimale breindisfunksie*. Alhoewel breinskade aanleiding kan gee tot ATHV, is bevind dat dit te min gevalle van ATHV verduidelik. Gevolglik is hierdie teorie verwerp (Barlow & Durand, 1999; NIMH, 1994).

2.2.5.3 Genetiese oorsake

Benewens oorsake wat met breinfunksie en denkprosesse verband hou, kan genetiese oordrag ook aanleiding gee tot die ontwikkeling van ATHV (Barlow & Durand, 1999; Herbert, 1998; Jones, 2000; Train, 2000). Navorsing het by herhaalde geleenthede daarin geslaag om die invloed van genetika op ATHV te bewys, byvoorbeeld die Britse studie wat in 1989 uitgevoer is (Jones, 2000). Volgens hierdie studie wat op tweeling uitgevoer is, is vasgestel dat oorerflikheid 'n groter oorsaak van ATHV is as gedragsprobleme in die gesin. Uit die aard van die saak is versteurings wat geneties geërf word problematies, aangesien die oorsaak daarvan in sulke gevalle deel uitmaak van die kind se biologiese en chemiese samestelling, wat die behandeling daarvan kompliseer.

Uit navorsing blyk dit dat die sibbe van kinders met ATHV dubbel die risiko in vergelyking met die algemene samelewing loop om ATHV te ontwikkel (Kaplan, Sadock & Grebb, 1994). Verder blyk dit dat een broer/suster ATHV van die hiperaktiewe tipe kan hê, terwyl 'n ander broer/suster die aandagtekort-tipe kan hê. Dit blyk verder ook dat gevalle waar ATHV komorbied met gedragsversteuring bestaan, die ouers van hierdie kind 'n groter kans staan om

alkoholprobleme en/of anti-sosiale persoonlikheidsversteurings te toon (Kaplan *et al.*, 1994).

2.2.5.4 Foutiewe dieet

Dr. Ben Feingold het in 1973 opspraak in die media verwek met sy bevinding dat 'n verband bestaan tussen dieet en hiperaktiewe gedrag (Green & Chee, 1997). Volgens hom kan 'n foutiewe dieet dus aanleiding gee tot ATHV, of die simptome ten minste intensiveer. So word kunsmatige kleurstowwe en preserveermiddels in kos gesien as 'n faktor wat ATHV-simptome intensiveer. 'n Dieet wat hierdie stowwe dus uitsluit, word in sommige gevalle by die behandelingsproses van ATHV ingesluit.

Kritici betwyfel egter die geldigheid van dieet as alleen-oorsaak (Barlow & Durand, 1999; NIMH, 1994). Train (2000) noem dat die sorg en liefde wat deel uitmaak van 'n versorger wat 'n kind se simptome deur middel van sy/haar dieet probeer regstel, moontlik op sigself meer beteken as die dieet self.

2.2.5.5 Ander

Ander oorsake wat ook in hierdie debat genoem word, sluit loodvergiftiging, stres, psigososiale mishandeling en die temperament van kinders met ATHV in (Jones, 2000; Train, 2000). Vir die doel van hierdie studie word egter met genoemde sake volstaan.

Vervolgens sal aandag gegee word aan die gevolge van ATHV.

2.2.6 Gevolge van ATHV

Die mees basiese probleme waardeur 'n kind met ATHV gekonfronteer word, maar wat uitkring na alle sferes van sy/haar funksionering, word deur Fisher en Beckley (1999) as volg saamgevat:

- Die persoon is fisies buite beheer, soos dit na vore kom in motoriese beweging en ander aktiwiteite.
- Wat die persoon se gedrag betref, word dit geassosieer met anti-sosiale en opponerende gedragsversteurings, weens die heersende tekort aan empatie.
- Die persoon word nie geraak deur waardes en 'n gewete nie, wat die perkeloosheid van optrede binne hierdie versteuring beklemtoon.
- Hy/sy is emosioneel buite beheer en vind dit moontlik moeilik om in kontak met sy/haar emosies te funksioneer.
- Hy/sy kan nie sy/haar denke beheer nie, wat 'n gebrek aan produktiwiteit op kognitiewe vlak impliseer.

Hieruit is dit duidelik dat die versteuring beperkende implikasies inhou vir alle areas waarin die individu wat daaraan ly, funksioneer. Cantwell (1996) spesifiseer dat die simptome van ATHV direk inmeng met die bereiking van ontwikkelingsmylpale, met akademiese funksionering en met sosiale verhoudinge, wat weer 'n negatiewe uitwerking op die ontwikkelende selfbeeld kan hê. Hierdie drie aspekte word vervolgens bespreek:

a) Onbevredigende ontwikkelingsmylpaalbereiking

Soos reeds bespreek, kan die teenwoordigheid van ATHV die leerproses, wat 'n sentrale deel van die kind se ontwikkeling uitmaak, kniehalter. Dit het dus die potensiaal om die proses van normale ontwikkeling te beperk. Verder blyk dit dat die medikasie 'n negatiewe uitwerking op die fisiese groeiproses kan hê. Jones (2000) wys daarop dat kinders wat medikasie vir ATHV gebruik stadiger groei, maar weer daarvoor opmaak wanneer die medikasie gestaak word. Indien

kinders die medikasie baie lang periodes aaneen gebruik, kan hulle 'n ½ na 1 duim (ongeveer 2cm) korter wees as wat verwag sou word volgens sy/haar liggaamsbou (Jones, 2000). Die kognitiewe probleme wat veral uit neurologiese disfunksie voortspruit, is ook 'n groot struikelblok vir optimale ontwikkeling.

b) Leerprobleme

Een van die areas waarin die aanwesigheid van ATHV tot intensiewe spanning en probleme aanleiding gee, is die akademie. Leer- en gedragsprobleme wat skool-aanpassing negatief beïnvloed, is ook in 'n studie van Kadesjö en Gillberg (2001) geïdentifiseer as 'n aspek eie aan kinders met ATHV. Akademiese funksionering is ook van die uiterste belang aangesien die milieu van die skool 'n sentrale rol speel in die lewe van kinders in die middelkinderjare. Die tipiese gebrek aan aandag en afleibaarheid van kinders met ATHV maak hulle uit die staanspoor meer kwesbaar vir leerprobleme. Kutscher (2000) en Glazer (2001) spesifiseer die volgende aspekte wat akademiese funksionering inperk:

- Kinders met die versteuring sukkel met organisasie: so sal hulle byvoorbeeld aan die verkeerde opdrag werk, of huiswerk tuis vergeet.
- Hulle is geneig om take uit te stel en vind dit baie moeilik om met iets te begin, of om dit af te handel.
- Hulle vind dit moeilik om 'n vasgestelde prosedure te volg.
- Hulle soek gedurig na stimulasie en opwinding en sukkel om impulse te beheer.

Green en Chee (1997) sluit hierby aan en beklemtoon die volgende probleme waarmee die kind met ATHV in die skool-opset gekonfronteer word:

- In baie gevalle onderpresteer kinders met ATHV as gevolg van die simptome daarvan, in kombinasie met bogenoemde aspekte.
- Ongeveer die helfte van die kinders wat aan ATHV ly het ook spesifieke leerprobleme, byvoorbeeld disleksie.

- 'n Problematiese korttermyngeheue veroorsaak dat kinders met ATHV dit moeilik vind om huiswerk te memoriseer.

Dan is daar ook meer spesifieke aspekte wat negatief deur hierdie versteuring beïnvloed kan word. So noem Cohen, Vallance, Barwick, Im, Menna, Horodezky en Isaacson (2000) dat probleme met taal die meeste voorkom onder kinders met ATHV, in vergelyking met kinders wat met 'n wye reeks psigiatrisie probleme presenteer. So kan kinders met ATHV meer komplikasies ervaar in die proses waartydens geskrewe en gesproke taal aangeleer en gebruik word. Verder bevestig laasgenoemde teoretici dat kinders met ATHV probleme ondervind met die uitvoering van kognitiewe funksies. Dit word veral van toepassing gemaak op funksies wat inhiberend of kontrolerend van aard is, soos reeds genoem is. Hierdie aspek van 'n taalprobleem het dus 'n invloed op die kind se akademiese funksionering, maar kring ook verder uit en bring sosiale en psigologiese problematiek mee weens inhibering van die kommunikasieproses.

Fisher en Beckley (1999) noem ook dat kinders met ATHV geen begrip van tyd het nie, die konsep van opeenvolging nie begryp nie en dat hul rigiede denkwysie geen moontlikheid laat vir buigsaamheid of aanpasbaarheid by omstandighede nie. Dit het uiteraard 'n negatiewe effek op akademiese funksionering, asook op die opbou van verhoudings en die hantering van konflik.

c) Sosiale verhoudinge

Kinders met ATHV se simptome van hiperaktiwiteit en impulsiwiteit kan hulle uitermatig veeleisend maak, wat 'n negatiewe impak kan hê op hul sosiale verhoudinge in die algemeen. Die kombinasie van laasgenoemde met 'n onvermoë om subtiele sosiale boodskappe en nuanses te begryp en daarop te reageer, maak dit dikwels moeilik en moontlik onaangenaam om in hul teenwoordigheid te wees. Green en Chee (1997, p.6) bevestig hierdie probleem as volg: "Most ADHD children have the social and emotional maturity of a child

two-thirds their age. Lack of emotional understanding, independence and commonsense are frequent complaints". Hierdie onvermoë om sosiale boodskappe akkuraat te begryp kan inderdaad ook uitbrei na hul selfbeeld, wat kan veroorsaak dat hy/sy onakkurate persepsies rakende hom-/haarself het (Glazer, 2001). Hierdie aspek, asook die sterk teenwoordigheid van etikettering as synde 'n "moeilike kind" en die bewuswording van negatiewe evaluasies deur ander, kan uit die aard van die saak die kind met ATHV se selfbeeld geweldige skade aandoen (Green & Chee, 1997).

Kinders met ATHV vind dit moeilik om selfbeheersing aan die dag te lê, wat dit ook moeilik maak om hul gedrag op 'n meer positiewe, sosiaal aanvaarbare wyse te rig (Barkley, 1998). MacDonald (1998) spesifiseer die karaktereienskappe van 'n kind met ATHV as ongedissiplineerd, onbetroubaar, nie-samewerkend en 'n gebrek aan netheid. Uit die aard van die saak is hierdie eienskappe 'n verskynsel wat tipies onaanvaarbaar kan wees vir ouers en onderwysers. Uit die staanspoor het die kind met ATHV dus reeds 'n agterstand sover dit verhoudinge met outoriteitsfigure en betekenisvolle ander aangaan, bloot omdat die simptome van ATHV teenwoordig is.

Farrington (1998) rapporteer 'n verband tussen hiperaktiwiteit en kriminaliteit. Hy brei verder hierop uit deur te noem dat die teenwoordigheid van hiperaktiwiteit in werklikheid die oorsaak kan wees van latere anti-sosiale karaktereienskappe. So kom die eienskap van 'n soeke na sensasie byvoorbeeld in beide hiperaktiwiteit en kriminaliteit voor. Uit die aard van die saak kan 'n gebrek aan selfbeheersing, asook 'n onvermoë om impulse te beheer, aanleiding daartoe gee dat die individu op 'n spesifieke oomblik besluite kan neem sonder om die moontlike gevolge daarvan genoegsaam te oorweeg. Indien Farrington se teorie korrek is, bied dit verdere ondersteuning vir die sterk moontlikheid dat die teenwoordigheid van ATHV-simptome aanleiding tot sosiale onaanvaarbaarheid kan gee.

'n Belangrike aspek wat reeds in hierdie hoofstuk genoem is, is dat die kind met ATHV nie die proses om empatie aan te leer suksesvol deurloop nie. Gevolglik het hy/sy bloot nie 'n sosiale sensitiwiteit wat hom/haar vir die portuurgroep aantreklik kan maak nie. Verder besit hy/sy al die ander negatiewe simptome wat reeds genoem is, en lede van die portuurgroep is bewus van hul negatiewe gedrag en ongewildheid in die akademiese konteks. Selfs portuurgroeplede kan kinders met ATHV as stout en veeleisend ervaar en daarom liever vermy. Green en Chee (1997, p.5) spesifiseer in hierdie verband dat onderwysers kinders met ATHV gereeld as volg beskryf: "Known by all, but liked by none". Die isolasie waarmee baie kinders met ATHV dus saamleef, kan tot verdere probleme soos swak eiewaarde, negatiewe selfevaluasie en depressie lei (Green & Chee, 1997; Jones, 2000; Kaplan *et al.*, 1994.)

'n Verdere invloedryke aspek wat in hierdie afdeling genoem moet word, is die uitwerking van medikasie wat sosiale funksionering betref. Dit is moontlik dat medikasie wat die ekstrovertiese aard van die kind met ATHV inhibeer ook negatiewe gevolge kan hê. Evans *et al.* (1987) noem byvoorbeeld dat 'n afname in aktiwiteitsvlakke die kind met ATHV se selfbeeld negatief kan beïnvloed. Die kompleksiteit van probleme waardeur die kind met ATHV in die gesig gestaar word, word hieruit duidelik: hy/sy sukkel om sosiaal aanvaarbaar en effektief te funksioneer, maar medikasie vir die simptome kan ook sy/haar funksionering benadeel.

2.2.7 Behandeling

Dit wil voorkom of die effektiefste vorm van behandeling vir ATHV 'n multi-professionele benadering is. Hierby word professies soos die sielkundige, psigiater, dieetkundige, apteker en selfs ouers en onderwysers ingereken.

Verder is dit noodsaaklik dat die plan van behandeling spesifiek geformuleer word om by die individuele behoeftes van die betrokke pasiënt aan te pas.

Vervolgens word die verskillende velde wat betrokke is by die behandeling van ATHV kortliks bespreek.

2.2.7.1 Diagnose

- Die eerste stap in die behandeling van ATHV is 'n akkurate diagnose. Alhoewel hiperaktiwiteit en impulsiwiteit relatief maklik identifiseerbaar is, is dit meer gekompliseerd om aandagtekort te diagnoseer (Stein *et al.*, 1998).
- Die volgende stap is om seker te maak dat die simptome wel toe te skryf is aan die aanwesigheid van ATHV en nie 'n blote gehoorprobleem, leerprobleme ensovoorts is nie.
- Aangesien die behandeling van ATHV baie gekompliseerd kan wees indien ko-morbiede versteurings teenwoordig is, moet hierdie aspek ook duidelik uiteengesit word. Ko-morbiede probleme wat bykomende behandeling kan vereis, is byvoorbeeld leerprobleme, 'n geskiedenis van psigose en problematiese psigosomatiese omstandighede.

2.2.7.2 Farmakoterapie

Die doel van medikasie is om die spesifieke simptome van ATHV, byvoorbeeld om motoriese rusteloosheid, in te perk of om verlies van konsentrasie te voorkom. Die noodsaaklikheid van medikasie sal bepaal word deur die intensiteit van die simptome, asook die mate van inperking wat dit by die skool en/of huis veroorsaak.

Die algemeenste farmakologiese ingreep is die gebruik van stimulant-medikasie (Stein *et al.*, 1998). *Methylfenidate* is die middel wat meesal gebruik word en is algemeen bekend onder die kommersiële naam, *Ritalin*. Volgens dr. Stein, 'n

psigiater van die Universiteit van Stellenbosch, is dit 'n veilige vorm van medikasie vir beide kinders en volwassenes, omdat dit minder newe-effekte veroorsaak (Stein *et al.*, 1998).

Methylfenidate is 'n stimulant wat verwant is aan amfetamiene (Crutchley & Temlett, 1999). Die tablet bestaan uit 'n fyn, wit, reuklose poeier wat met sukrose en stysel gemeng word (Venter, 1996). Onderskeid word getref tussen vinnige vrystellingstablette (Ritalin®), of stadige vrystellingstablette (Ritalin-SR®) wat die substans oor 'n periode van agt uur vrystel (Goldman *et al.*, 1998). Venter (1996) noem dat die farmakologiese aksie daarvan die inhibering van monoamien-oksidasie behels. Verder vind 'n verhoging in dopamien- en noradrenalienvlakke plaas deurdat dit vrygestel word, terwyl heropname voorkom word. Sodoende word die balans van neuro-oordragstowwe dus gekoördineer.

Volgens navorsing blyk dit dat stimulant ook 'n sosiale uitwerking het, afgesien van die verbetering van die kernsimptome, naamlik 'n gebrek aan aandag, hiperaktiwiteit en impulsiwiteit. So is daar bevind dat stimulant aggressie verminder (Gray & Kagan, 2000). Dit blyk dus dat die gebruik van hierdie vorm van medikasie beide gedrag en kognitiewe funksionering positief kan beïnvloed, alhoewel die grade waarin hierdie positiewe effek duidelik is, van kind tot kind sal varieer (Gray & Kagan, 2000).

Praktiese reëlings - soos om die medikasie soggens en vroeg smiddags te neem (ten einde insomnia te voorkom) en die staking van dosisse gedurende skoolvakansies (ten einde 'n agterstand in die fisiese groeiproses in te haal) - reduceer die newe-effekte aansienlik. Die tablet met 'n langer vrystellingsperiode maak ook die gebruiksmoontlikhede daarvan meer aanpasbaar.

Tabel A verskaf 'n uiteensetting van stimulant en trisikliese anti-depressante wat vir die behandeling van ATHV gebruik kan word. Die moontlike effekte daarvan word ook hier weergegee. Ander vorme van medikasie wat vir ATHV

aangewend kan word, sluit anti-psigotiese middels, anti-konvulsiemiddels en adrenergiese agente in.

Tabel A: Medikase wat algemeen vir ATHV voorgeskryf word

<u>Middel</u>	<u>Handelsnaam</u>	<u>Generiese naam</u>	<u>Moontlike effekte</u>
Stimulante	Ritalin	Methylfenidate	+ Verhoog aandag
	Dexedrien	Hydrochloried	+ Beheer impulsiwiteit
	Cylert	Dextroamfetamien	+ Verminder taak-irrelevante aktiwiteit
		Pemolien	+ Beter fyn motoriese vaardighede - Kan apyt verminder, reeks emosionele response beperk, geringe insomnia veroorsaak, ens.
Trisikliese antidepressante	Tofranil	Imipramien	+ Verhoog aandag
	Norpramin	Desipramien	+ Verhoog verbale kommunikasie
	Wellbutrin	Bupropion	+ Verminder depressie en angs + Verminder ontwrigtende gedrag - Affekteer die kardiovaskulêre stelsel, droë mond en konstipasie

Uit: Herbert, 1998

LET WEL: Ander vorme van anti-depressante kan ook aangewend word.

Nadat die persoon die medikasie begin neem het, is dit noodsaaklik om sy/haar respons te evalueer. Dit word gedoen deur middel van inligting wat van kollaterale bronne ingesamel word en dui op veranderinge in daardie aspekte wat oorspronklik as teken van die medikasie geïdentifiseer is. 'n Nuttige

meetinstrument wat ingespan kan word om vordering weens medikasie te meet, maar ook handig te pas kan kom tydens die proses van diagnose, is die "Conners Parent Rating Scale" (Goyette, Conners & Ulrich, 1978). Hier word die kind se kognitiewe, emosionele en gedragsaspekte in verskillende dimensies gemeet. Hierdie dimensies sluit gedrags-, leer- en psigosomatiese probleme en impulsiwiteit, hiperaktiwiteit en angs in (Evans *et al.*, 1987). Hierdie meetinstrument is tydseffektief in die afneem daarvan en verskaf klaarblyklik 'n akkurate beeld van die kind se ervaring van die simptome op 'n eenvoudige, verstaanbare wyse.

In gevalle waar die medikasie oneffektief is of die newe-effekte te belemmerend is, kan dit nodig wees om 'n ander middel in bogenoemde tabel voor te skryf (Stein *et al.*, 1998). Deurlopende evaluasie is ook nodig om die optimale dosis en termyn van behandeling te identifiseer. Newe-effekte kan aspekte soos vomering, verlies van apptyt, senuweeagtigheid, maagpyn en hoofpyn insluit (Elia, Amrosini & Rapoport, 1999; Kaplan *et al.*, 1994).

Herbert (1998) staan egter skepties teenoor die effektiwiteit van farmakoterapie in die geval van ATHV. Hy noem dat daar 'n kragtige plasebo-effek is wat resultate beïnvloed. Hy bevraagteken ook die manier waarop die gewenste veranderinge geëvalueer word: moet skolasiese verbetering byvoorbeeld as aanduiding dien? Verder kan dit moeilik wees vir betekenisvolle ander wat nou met die pasiënt saamleef om akkurate verslag rakende verandering te lewer.

Hieruit is dit dus duidelik dat daar – ten spyte van die baie vordering wat al gemaak is met betrekking tot die farmakologiese behandeling van ATHV – steeds areas is waarin navorsing nodig is. Hoe dit ook al sy, die doel van farmakoterapie is nie dat dit 'n lewenslange roetine vir die ATHV-lyer moet word nie, maar dit speel tog 'n essensiële rol in die inisiële hantering van simptome ten einde dit moontlik te maak om dit te hanteer.

2.2.7.3 Dieet

Dit is 'n baie populêre idee dat 'n dieet waaruit kunsmatige kleurmiddels en preserveermiddels weggelaat word, die simptome van ATHV reduseer. Hierdie dieet is deur Feingold saamgestel en staan vervolgens bekend as die *Feingold dieet*. Herbert (1998) noem egter dat geen persoon die uitslae van Feingold se toetse om die resultate van hierdie teorie te valideer kon herhaal nie. Train (2000) sluit hierby aan en stel dat die omgee en toewyding wat ouers aan die kind met ATHV openbaar ten einde hierdie dieet te volg, moontlik meer te doen het met die positiewe resultate as die dieet self. Green en Chee (1997) is van mening dat natuurlike en verborge preserveermiddels ook gevaarlik kan wees. Laasgenoemde teoretici gaan verder en stel dat "A few children even react to toothpaste, Marmite and honey, or when they come into contact with perfume and dish-washing liquid" (Green & Chee, 1997, p.120). Die weglating van hierdie stowwe is dus meer gekompliseerd as wat oorspronklik geblyk het. Train (2000) beklemtoon ook dat individuele verskille ten opsigte van voedsel en allergieë nie geïgnoreer kan word nie en dat ouers liever hul kinders se voedsel-inname moet evalueer ten einde kosse wat met hul kinders akkordeer self te identifiseer.

2.2.7.4 Psigoterapie

Die kombinasie van psigoterapie en farmakoterapie blyk die effektiëste behandelingskombinasie vir ATHV te wees. Terwyl die farmakoterapie die mees problematiese simptome inhibeer, kan die persoon met ATHV, asook sy/haar betekenisvolle ander, aktief betrokke raak by die proses van psigoterapie.

Dit blyk dat die effektiëste vorm van psigoterapie om ATHV te behandel, kognitiewe gedragsterapie is. Hierdeur word die ouers van 'n kind met ATHV opgelei om die verskynsel beter te begryp. In baie gevalle het die ouer self berading of terapie nodig, juis omdat die simptome so geweldig veeleisend en

onverstaanbaar kan wees (Jones, 2000). Ouers speel egter 'n baie belangrike rol deurdat hulle die kind deurlopend moet bystaan in die leerproses om beheer oor sy/haar eie optrede te verkry.

Aspekte wat in terapie aandag kry, sentreer basies om die stel van perke. Aktiwiteite en roetines word gebruik om 'n mate van voorspelbaarheid in te bou ten einde impulsiwiteit teen te werk. Daar word gepoog om die kind bewus te maak van die gevolge van optrede, en sodoende meganismes te vind waardeur die kind meer beheer oor sy/haar optrede kan uitoefen (Train, 2000). Green en Chee (1997) beskryf die gebruik van kognitief-behavioristiese tegnieke waartydens die kind geleer word om hom/haarself te praat deur dit wat rondom hom/haar gebeur. Op hierdie wyse kan hy/sy meer rasioneel en reflektief reageer op situasies deur 'n tree terug te staan en optrede te oorweeg en dit sodoende te reguleer. Laasgenoemde teoretici noem egter dat die effektiwiteit van hierdie tegniek afneem namate impulsiwiteit toeneem.

Dit kan ook van waarde wees om die kind met ATHV in te lig rakende die versteuring, ten einde verdere skade aan sy/haar selfbeeld en –vertroue te minimaliseer. Green en Chee (1997) stel in hierdie verband opleiding in sosiale vaardighede voor, waartydens kinders met ATHV gehelp word om op te let na die effek van hul woorde en dade op die mense rondom hulle. Weereens blyk dit egter dat kinders met ATHV se vermoë om hierdie vaardighede in die buitewêreld toe te pas afneem namate die simptome van die versteuring intensiveer.

Speltherapie kan gebruik word waar kinders aan psigososiale stressors blootgestel is wat moontlik kan bydra tot die ATHV-simptome. Kaplan *et al.* (1994, p.1064) beskryf die potensiële invloed van hierdie tipe stressors as volg: "Stressful psychic events, a disruption of the family equilibrium, and other anxiety-inducing factors contribute to the initiation or the perpetuation of ADHD".

In soortgelyke gevalle kan dit dus van waarde wees om spel- of psigoterapie te gebruik ten einde die oorsaak van ATHV-simptome uit te klaar.

Psigoterapeutiese behandeling is 'n omvangryke veld, waaraan in hierdie bespreking nie volle aandag geskenk kan word nie. Wat wel genoem moet word, is dat die toepassing daarvan die nodigheid vir medikasie kan verminder. As sodanig geniet dit prioriteit by die behandeling van ATHV.

2.2.8 Prognose van kinders met ATHV

'n Kompliserende faktor wat net so sterk deel uitmaak van die konteks waarin ATHV presenteer as die versteuring van ATHV self, is die sterk moontlikheid van ander ko-morbiede kondisies. Kadesjö en Gillberg (2001) het 'n studie uitgevoer op 7-jarige Sweedse kinders. Hulle het bevind dat 87% van die kinders wat met ATHV gediagnoseer is, een of meer komorbiede versteurings gehad het. 67% is gediagnoseer met minstens twee ander versteurings. Dit is dus duidelik dat die beperkinge wat die aanwesigheid van ATHV in kinders se lewens veroorsaak, ten spyte van die indringendheid daarvan, nie beperk is tot die simptome eie aan ATHV nie.

Verder het Burke *et al.* (2001) 'n studie onderneem rakende tabakrook in vroeë adolessensie by kinders met ATHV. Hulle noem ook dat die misbruik van substansie verhoog word deur die aanwesigheid van ATHV, alhoewel substansgebruik moontlik daarop gemik is om die simptome van 'n ko-morbiede versteuring te onderdruk. Hierdie aspek kan moontlik later as die middelkinderjare kop uitsteek, maar dit beklemtoon nietemin die groter kwesbaarheid van persone wat aan die versteuring ly.

Kaplan *et al.* (1994) wys daarop dat 15 tot 20% van alle ATHV-gevalle die versteuring behou tot in die volwasse periode. Alhoewel hierdie volwassenes nie

noodwendig hiperaktief sal wees nie, kan impulsiwiteit en 'n geneigdheid tot ongelukke steeds sigbaar wees.

Kinders met ATHV wat die versteuring tot in die adolessente stadium behou, loop 'n groot risiko om simptome van Gedragsversteuring te ontwikkel. Indien hierdie kombinasie blywend is, is die persoon later in sy/haar volwasse jare meer geneig om anti-sosiale persoonlikheidstrekke en/of dwelmmisbruik te ontwikkel (Kaplan *et al.*, 1994). (Hierdie aspek is reeds aangeraak in die bespreking van sosiale gevolge van ATHV onder 2.2.6(c).)

Dit blyk dus dat behandeling in kombinasie met 'n gesonde en ondersteunende milieu uiters belangrik is ten einde die ontwikkeling van komorbiede probleme te voorkom.

2.3 Samevatting

In hierdie hoofstuk is aandag gegee aan ATHV as verskynsel. Aspekte wat onder die loep geneem is, is definisies en diagnosering van ATHV, die etiologie en behandeling daarvan, asook die voorkoms en prognose van persone wat daaraan ly.

Aangesien 'n duidelike beeld van die versteuring verskaf is, kan gevolglik oorgegaan word tot die volgende bespreking, naamlik coping en selfbeeld en die effek wat ATHV daarop kan hê.

HOOFSTUK 3

SELFBEELD EN COPING

3.1 Inleiding

Kinders met ATHV word daagliks gekonfronteer deur 'n wye, wisselende reeks simptome, soos duidelik geblyk het uit Hoofstuk 2. Weens die patologiese aard van hierdie simptome, bestaan die potensiaal dat dit 'n sterk negatiewe invloed op die kind met ATHV kan uitoefen. Dit impliseer ook 'n negatiewe invloed op die ontwikkelingstake van kinders in die middelkinderjare, wat dus kan lei tot die inhibering van die normale ontwikkelingsproses.

Twee belangrike aspekte waardeur die kind in die middelkinderjare gekonfronteer word, is die ontwikkeling van 'n vermoë om problematiese situasies die hoof te bied, asook om 'n gesonde mate van eiewaarde en –kennis te ontwikkel. Albei hierdie take is van die uiterste belang vir effektiewe aanpassing by die kind – en later die volwassene – se omgewing. Hierdie twee aspekte word vervolgens onder die hoofde **coping** en **selfbeeld** bespreek en dan in verband gebring met die aanwesigheid van ATHV.

3.2 COPING

Vir die doel van hierdie navorsing word die term **coping** as 'n Afrikaanse leenwoord gebruik, aangesien terme soos “hantering” nie die konsep raak beskryf nie. Coping word reeds, soos die geval is met die term **stres** eerder as “spanning”, as deel van Afrikaanse wetenskapstaal aangewend. Definisies van coping sal onder 3.2.2 uiteengesit word.

3.2.1 Teoretiese begronding

Die konsep coping is 'n multi-dimensionele konstruk waaroor geen konsensus onder teoretici bestaan nie, juis omdat dit so 'n wye verskeidenheid aspekte kan insluit. Eckenrode (1991) noem dat die aspek wat coping van ander verskynsels in menslike gedrag onderskei, die feit is dat dit sigbaar word in die meganismes van hantering wat geaktiveer word in stresvolle en bedreigende situasies. Uit die aard van die saak kan hierdie situasies wissel van eenvoudige, alledaagse gebeurtenisse tot kragtige stressors wat die homeostase van die individu bedreig. As sodanig het dit 'n sterk invloed op die ontwikkeling van 'n persoon se persoonlikheid, vermoë tot aanpassing en veerkrag.

Aangesien die teenwoordigheid van 'n situasie wat as stresvol ervaar word 'n voorvereiste is vir die aktivering van die proses van coping, word die aard van stres kortliks bespreek ten einde die aanleidende faktore tot die aktivering van coping in perspektief te stel.

3.2.1.1 Stres

Die problematiese situasie, oftewel stressor, impliseer die aanwesigheid van 'n sekere mate van stres wat die aktivering van coping-response nodig maak. Vervolgens sal gepoog word om hierdie term te definieer.

3.2.1.1.1 Definisies van stres

- 1) Thompson, Murphy en Stradling (1994) sien stres as die proses waartydens die individu cope met probleme, asook met die druk wat daardeur veroorsaak word. Hulle maak ook melding van die negatiewe gevoelens wat hierdeur geaktiveer word. Vir die doel van hierdie studie word die coping-proses egter nie by die definisie van stres ingesluit nie en word meerendeels volstaan met die negatiewe emosies wat met 'n probleem gepaard gaan.

Wat wel bruikbaar is vanuit die uiteensetting van laasgenoemde teoretici, is dat stres op beide die objektiewe en subjektiewe vlak manifesteer. Die objektiewe vlak verwys na die eksterne aspek wat die stres veroorsaak, met ander woorde die probleem wat as problematies ervaar word. Die subjektiewe vlak verwys na die individu se reaksies op hierdie eksterne probleemfaktor en hou dus verband met die individu self.

2) Jordaan en Jordaan (1989) sien stres, oftewel spanning, as die gevolg van 'n proses. Hierdie proses begin by die aspek wat druk op 'n persoon uitoefen: die stressor. Hierdie stressor plaas 'n las op die persoon, wat lei tot die ervaring van stres. Twee sentrale aspekte rakende stres wat uit die teorie na vore kom, is dat:

- a) stres verband hou met 'n individu se emosies; en
- b) dit die produk is van 'n proses.

Hulle verwys ook na die *elastisiteitsperk* wat die persoon se veerkrag en vermoë om met die situasie te cope, beperk. Dit wil sê dat die las wat deur 'n stressor veroorsaak word in sekere gevalle buite beheer van die individu se coping-meganismes kan presenteer. Feldman (1999) sluit hierby aan en beklemtoon dat stres die individu op die fisiese, emosionele en psigologiese vlak kan beïnvloed. In gevalle waar die aard van die stres dus buite die individu se vermoë tot hantering daarvan val, kan verhoogde stresvlakke lei tot fisiese ongesteldheid, verlaagde vermoëns tot herstel van fisiese siektes en 'n verlaagde vermoë om met toekomstige stres te cope.

Vir die doel van hierdie studie, word met die volgende definisie en verklaring van stres volstaan:

Stres verwys na die ongemak wat gepaard gaan met 'n situasie wat deur 'n persoon as bedreigend of problematies ervaar word en as sodanig die persoon se coping-vermoëns uitdaag. Dit hou dus verband met die

subjektiewe reaksie op die stressor, is die gevolg van 'n proses waartydens druk op die individu uitgeoefen word en kan in sekere situasies die individu se elastisiteitsperk oorskry.

Hieruit is dit dus duidelik dat die ervaring van stres 'n individu se homeostase op verskillende vlakke van intensiteit kan bedreig. Dit noodsaak die individu om pogings aan te wend om die situasie te hanteer, oftewel daarmee te cope. Alleenlik suksesvolle coping kan die herstel van homeostase binne bereik van die individu bring. Wanneer die gekompliseerde aard van stres wat coping noodsaak in gedagte geneem word, blyk dit dat die proses van coping ook gekompliseerd van aard kan wees.

3.2.1.2 Die verband tussen stres en coping

Feldman (1999) verwys na die werk van Selye, wat die Algemene Aanpassingsindroom ("General adaptation syndrome") ontwikkel het. Aangesien hierdie model die verband tussen stres en coping akkuraat weergee, sal hierdie bespreking aan die hand daarvan gedoen word.

Volgens hierdie model bestaan spesifieke fisiologiese reaksies wat geaktiveer word in gevalle van stres – ongeag die aard daarvan. Hy identifiseer drie fases wat 'n persoon se reaksie op stres illustreer:

- a) Mobilisering – hier word die individu bewus van 'n dreigende stressor. In reaksie op hierdie bewuswording kan verskeie fisiologiese reaksies wat beskerming van die self ten doel het, geaktiveer word.
- b) Weerstand – hier word verwys na die fase waarin die individu poog om die stressor af te weer. Hier word dus na die proses van coping verwys, hetsy suksesvol, al dan nie. Selye stel dit ook dat hierdie proses van coping ten koste van 'n sekere vlak van fisiese en/of psigiese gesondheid kan plaasvind.

Dit wil sê dat hierdie proses van hantering gekompliseerd is en uiteraard die individu in 'n mate kan aftakel.

- c) Uitputting – hier word 'n fase in werking gestel waarin die weerstandsfase nie suksesvol was nie. In hierdie fase intensiveer aftakeling tot die punt waar negatiewe stresssimptome soos fisiese siektes en psigologiese probleme soos verlies van konsentrasie en ook disoriëntasie moontlik na vore kan tree. Hierdie fase kan egter vermy word indien die individu suksesvolle weerstand bied en in die tweede fase effektief met die stressor cope.

Hieruit word die verband tussen stres en coping duidelik: coping is 'n meganisme om stres te hanteer en sodoende algehele uitputting en/of ineenstorting van die individu te voorkom. As sodanig speel die proses van coping 'n sentrale rol by die oorlewing en aanpassing van die individu.

3.2.2 Coping: definiëring

Coping is die meganisme wat in werking gestel word ten einde aanpassing en/of hantering moontlik te maak. Lazarus en Folkman (1984) sien coping as pogings op die kognitiewe en gedragsvlak om vereistes wat moontlik as onbeheerbaar met betrekking tot die beskikbare bronne gesien word, te hanteer.

Hier word dus 'n evaluering van die situasie geïmpliseer, wat sodanige situasie as gevaarlik of stresvol interpreteer, al dan nie. Hierdie evaluasie staan bekend as *primêre taksering*. Jordaan en Jordaan (1989) sluit hierby aan met hul stelling dat die stresvolle situasie slegs as stresvol gesien kan word in sover die betrokke persoon dit as sodanig interpreteer. Thompson *et al.* (1994) ondersteun ook die beginsel dat onvanpaste druk op subjektiewe vlak alleenlik die betekenis van onvanpastheid kan aanneem wanneer die persoon dit as sodanig identifiseer. Op grond hiervan is hulle van opinie dat die kognitiewe herstrukturering om

gedurende die proses van coping 'n meer positiewe perspektief op die situasie te verkry, tot voordeel van die individu kan wees.

Sodra hierdie proses afgehandel is en die individu 'n situasie as bedreigend geïnterpreteer het, is die volgende vraag wat hy/sy binne sy/haar vermoë kan doen omtrent die dreigende stressor. Hierdie proses waartydens die individu opsies om die probleem te hanteer begin oorweeg, staan bekend as *sekondêre taksering*.

Kleinke (1991) haal die volgende drie sleutelaspekte uit hierdie definisie van Lazarus en Folkman:

- a) Coping sluit 'n sekere mate van beplanning en 'n doelbewuste poging in en is gevoglik nie 'n blote refleks-reaksie op die stressor nie. Hier word dus 'n aktiewe poging geïmpliseer, wat ook deur Newman en Newman (1997) ondersteun word.
- b) 'n Suksesvolle uitkoms word ook nie noodwendig geïmpliseer nie: pogings tot coping kan effektief of onsuksesvol wees.
- c) Coping is 'n proses wat met verloop van tyd ontvou.

Vir die doel van hierdie studie word met die volgende definisie van coping volstaan:

Coping verwys na die kognitiewe, gedrags- en ander strategieë wat geïmplementeer word om bedreigende situasies die hoof te bied. Dit is 'n proses wat evaluasie en pogings tot hantering insluit en daar bestaan 'n moontlikheid dat dit ontoereikend kan wees.

3.2.3 Aspekte wat suksesvolle coping beïnvloed

Coping kan effektief of destruktief wees. Dit wil sê die stressor kan op 'n konstruktiewe of destruktiewe manier hanteer word. Dit blyk dat basies twee konsepte figureer wat sentraal staan in die mate waarin coping suksesvol is, al dan nie:

a) Coping-hulpbronne

Eckenrode (1991) maak melding van *coping-hulpbronne*, wat verwys na hulpbronne waaroor 'n persoon beskik wat as buffer teen stresvolle situasies kan dien. Sulke hulpbronne sluit onder andere finansiële ondersteuning, vlak van opleiding, sterk sosiale ondersteuningsnetwerke en selfbeeld in. Hierdie aspekte kan uiteraard in stresvolle situasies as buffers benut word omdat sterker hulpbronne verband hou met effektiewer reaksies op die stressor. Dit blyk dat suksesvolle coping inderdaad afhang van vaardighede, strategieë en die hulpbronne tot die persoon se beskikking (Thompson *et al.*, 1994).

b) Die aard van die stressor

Die spesifieke situasie, dit wil sê die aard, intensiteit en duur van die stresvolle situasie, het vanselfsprekend ook 'n sterk invloed op die mate waarin die individu suksesvol daarmee kan cope, al dan nie.

Vervolgens word aandag geskenk aan die manier waarop benaderings tot coping oor verskillende lewensfases verskil.

3.2.4 Veranderinge in coping-benaderings oor verskillende lewensfases

Teoretici huldig basies drie verskillende perspektiewe rakende veranderinge in 'n persoon se coping-benaderings oor verskillende lewensfases (Folkman *et al.*, 1987).

1. Die eerste benadering meen dat coping gedurende die kinderjare deel word van 'n persoon se persoonlikheid en as sodanig vir die res van sy/haar lewe min verandering toon. Die vermoë tot coping word dus hier gekoppel aan die ontwikkelende persoonlikheid wat gedurende kritieke ontwikkelingsfases essensieel is.
2. 'n Tweede sien coping as 'n ontwikkelende verskynsel wat toenemend verbeter en maksimaal is in bejaardheid. Hier word dus verwys na 'n leerproses waarvan die piek in bejaardheid bereik word. Newman en Newman (1997) sluit hierby aan en spesifiseer verder dat volwasse-wording sal aanleiding gee tot meer filosofiese coping-meganismes.
3. Die derde benadering is dat die proses van coping in bejaardheid regresseer tot die primitiewe meganismes van die kinderjare. Hier word die bereiking van maksimale vermoëns tot coping gedurende volwassenheid dus geïmpliseer, wat weer afneem namate bejaardheid toeneem.

Hoe die proses om vermoëns tot coping te ontwikkel ook al verloop, blyk dit dus dat 'n ontwikkelingsproses ter sprake is wat reeds in die kinderjare 'n aanvang neem.

Die volgende afdeling behels 'n bespreking rakende coping-strategieë.

3.2.4 Coping-strategieë

Hier word verwys na die spesifieke pogings wat aangewend word ten einde die proses van coping in werking te stel. Lazarus en Folkman onderskei tussen die volgende twee tipes coping-strategieë (Kleinke, 1991; Terwogt & Stegge, 1998):

a) Coping wat op die probleem fokus

Hier word verwys na pogings wat aangewend word om die probleem te begryp ten einde toepaslike oplossings daarvoor te vind. Hierdie strategieë kan daarop gemik wees om die eksterne problematiese situasie te verander, of dit kan na binne gemik wees en sodoende veranderings in die individu se innerlike hulpbronne teweeg te bring ten einde die bedreigende situasie te ontloot.

b) Coping wat op emosie fokus

Hierdie tipe coping is daarop gemik om emosionele ongemak wat met die stressor verband hou, te verlig. Voorbeelde hiervan sluit onder andere emosionele ondersteuning van betekenisvolle ander of fisiese oefening in.

Kleinke (1991) noem verder dat coping-strategieë wat op die probleem fokus meerendeels geaktiveer word in situasies waar die individu voel dat dit binne sy/haar vermoë is om iets omtrent die problematiese situasie te doen. Wanneer die situasie egter as buite die beheer van die individu gesien word, sal daar meer op emosies gefokus word as 'n strategie om met die situasie te cope. Hierdie metode van hantering is dus grotendeels daarop gemik om die ontwrigtende emosies wat met die klaarblyklik onhanteerbare probleem verband hou, te hanteer.

3.2.6 Coping-response

Coping-reaksies of –response verwys na die verskillende maniere waarop persone op die bedreigende situasie kan reageer. Feldman (1999) noem dat mense in die meeste gevalle nie eers daarvan bewus is dat reaksies op klein, alledaagse krisisse 'n vorm van coping-response is nie. Op dieselfde manier is mense moontlik nie daarvan bewus dat 'n problematiese aspek stres veroorsaak nie, totdat die stres egter uitermatige vlakke bereik. Feldman se stelling dat persone in sekere gevalle nie bewus is van die proses van coping nie, is egter in direkte teenstelling met die menings van Newman en Newman (1997) en Kleinke (1991) waarna vroeër verwys is: hulle is van mening dat coping 'n doelbewuste poging is wat met beplanning gepaard gaan. Die afleiding word egter hier gemaak dat Feldman na meer alledaagse vorme van coping verwys, terwyl laasgenoemde teoretici hul stellings baseer op die hantering van meer kragtige stressors. So kan 'n probleem soos geen vars melk in die huis nie, opgelos word deur middel van 'n blote refleks-reaksie, naamlik dat melk gekoop word.

Terwogt *et al.* (1998) maak melding van primêre en sekondêre beheer van die stresvolle situasie. Primêre beheer is gemik op die eksterne omgewing en daar word gepoog om die toestande wat aanleiding gegee het tot emosionele ongemak, te verander. Sekondêre beheer fokus meer op die individu se interne ervaring en is daarop gemik om by die problematiese situasie aan te pas.

Uit navorsing blyk dit dat response op stres kan wissel van effektiewe pogings om die probleem op te los tot neutrale hanteringsmeganismes wat inderwaarheid 'n passiewe aanvaarding van die probleem impliseer, tot destruktiewe maniere wat om ontkenning sentreer (Newman & Newman, 1997).

Carver, Scheier en Weintraub (1989) het in hul ondersoek na response op coping verskillende strategieë uiteengesit:

- Aktiewe strategieë sluit aspekte in soos aktiewe pogings om die probleem op te los, beplanning daarvan en die uitskakeling van aspekte wat kan inmeng met konsentrasie op die probleem. Positiewe response sluit ook 'n poging tot groei in wat in werking gestel word wanneer die individu poog om iets uit die problematiese ervaring te leer.
- 'n Meer neutrale respons is om die situasie te aanvaar en te poog om daarmee saam te leef. Alhoewel dit in sommige gevalle die beste manier is om die situasie te hanteer, kan dit 'n onvermoë tot aktiewe betrokkenheid impliseer.
- Negatiewe response sluit aspekte soos ontkenning van die probleem, staking van pogings om dit op te los en selfs alkohol- en/of dwelmgebruik in. Hier word dus van verdedigingsmeganismes gebruik gemaak ten einde die aanwesigheid van die stressor te ontken. Feldman (1999) noem dat hierdie verdedigingsmeganismes in werking gestel kan word ten einde 'n gevoel van eiewaarde en beheer oor die situasie by die persoon te vestig. Die werklike aard van die situasie word dus vervals.

Hieruit blyk die verskillende uitkomst van coping duidelik. Dit blyk egter dat effektiewe coping na vore kom in aktiewe beplanning en doelbewuste pogings om die probleemsituasie te neutraliseer, wat geskied deur middel van beheer oor of vermindering van die bedreiging wat 'n situasie inhou en uiteraard ook om onvermydelike stres te verduur. Coping is nie 'n kitsoplossing vir 'n probleem nie, maar eerder die uitlewing van 'n gebalanseerde lewensfilosofie wat aanpassing by wisselende lewensituasies ten doel het.

3.2.7 Coping by kinders

Die volgende afdeling word gewy aan die aard van coping binne die leëfwêreld van kinders. Daar word 'n onderskeid getref tussen hierdie afdeling en die voorafgaande bespreking, aangesien coping by kinders verskil van dié van volwassenes, soos duidelik uit die bespreking sal blyk.

3.2.7.1 Aspekte wat suksesvolle coping by kinders beïnvloed

- Coping-hulpbronne

Coping is 'n belangrike psigologiese konsep wat in die verlede baie aandag van teoretici in beslag geneem het. Dit blyk egter dat hierdie konsep grootliks op volwassenes nagevors is. Fields en Prinz (1997) noem dat die coping-vermoëns van volwassenes baie verskil van dié van kinders. Dit is so omdat kinders deur groter beperkings ten opsigte van aspekte soos kognitiewe, emosionele, sosiale en ander fasette in die gesig gestaar word as wat die geval is met volwassenes. Kinders het bloot minder finansiële ondersteuning, vryheid en onafhanklikheid, wat uiteraard hul beskikbare repertoire van *coping-hulpbronne* reduseer.

Terwogt *et al.* (1998) noem in hierdie verband dat kinders om bogenoemde redes kan poog om persone wat hulle as sterker beskou, by die proses van coping te betrek. Hierdie proses figureer klaarblyklik makliker by kinders as by volwassenes.

- Die aard van die stressor

Wat die *aard van die stressor* betref, blyk dit dat kinders hulle in 'n dualistiese situasie bevind. Fields en Prinz (1997) noem dat kinders in 'n mate beskerm word teen die effek van stressors deur hul gesin, of deur die feit dat hulle in sommige situasies nie die impak van die stressor begryp nie. Daarteenoor kan

die feit dat hulle 'n situasie nie ten volle begryp nie, dit juis moeiliker maak, terwyl hulle ook nie oor die lewenservaring beskik wat in gekompliseerde omstandighede as riglyn kan dien nie.

Terwogt *et al.* (1998) is verder van mening dat die kind in illusies kan verval, wat die moontlikheid skep dat hy/sy die teenwoordigheid van die stressor eenvoudig ontken. So kan die kind byvoorbeeld, ten spyte daarvan dat die betekenis van die dood aan hom/haar verduidelik is, kies om die aard van die stressor wanneer 'n betekenisvolle ander oorlede is, bloot te ontken.

Kinders het ook 'n ander persepsie van stressors. Navorsing toon dat kinders 'n groter vrees het vir aspekte soos sosiale uitsluiting, verlies van 'n ouer, verwerping deur die portuurgroep en verwante aspekte (Santrock, 1996). Die aspekte wat binne hul verwysingsraamwerk van belang is, verskil dus ook van dié van volwassenes.

3.2.7.2 Die aard van coping by kinders

In hul navorsing rakende coping by kinders en adolessente het Fields en Prinz (1997) hul bevindinge georden onder mediese, sosiale, akademiese en ander stressors. Ten einde 'n praktiese idee rakende die aard van coping in die middelkinderjare te verkry, sal hierdie kategorieë kortliks bespreek word.

- a) Wat mediese stressors betref, het kinders in die middelkinderjare meer van vermydingstrategieë gebruik gemaak. Hier word dus verwys na kinders wat hulle onttrek aan die bedreigende mediese probleem. Onttrekking kan dan ook plaasvind deur middel van kognitiewe (waar die kind die probleem kognitief ontken), gedrags- (waar die kind byvoorbeeld die bedreigende situasie fisies vermy) of emosionele (byvoorbeeld deur 'n emosionele uitbarsting) wyses. Newman en Newman (1997) en Terwogt *et al.* (1998)

ondersteun die stelling dat kinders moontlik meer van verdedigingsmeganismes gebruik maak.

- b) Wat sosiale stressors betref, het die kinders meerendeels van strategieë gebruik gemaak wat op die probleem fokus. Dit sluit aspekte in soos hul eie pogings om die probleem op te los, asook ingrepe in konfliktsituasies tussen ouers.
- c) Wat akademiese probleme betref, is daar ook meesal van strategieë gebruik gemaak wat op die probleem fokus. Daar is ook bevind dat kinders in die primêre skool onder andere van positiewe selfspraak gebruik maak wanneer hulle deur akademiese probleme gekonfronteer word.
- d) Ander probleme is deur die kinders geïdentifiseer, soos kommer en vrees. Grotendeels is van strategieë gebruik gemaak wat op emosies fokus om sodoende van die gepaardgaande angs te verminder. Sosiale ondersteuning is ook as 'n belangrike aspek geïdentifiseer.

Hieruit word dit duidelik dat kinders reeds van kleutertyd af by 'n aaneenlopende proses van implementering en verandering van coping-strategieë betrokke is, ten einde die stressors wat eie is aan elke ontwikkelingsfase die hoof te bied. Namate kognitiewe ontwikkeling by die kind in die middelkinderjare toeneem, is dit vir die kind moontlik om 'n meer kognitiewe aanslag ten opsigte van die hantering van probleemsituasies te gebruik (Newman & Newman, 1997).

Terwogt *et al.* (1998) is van mening dat jonger kinders meerendeels van coping-strategieë wat op die probleem fokus gebruik sal maak. Dit is moontlik die gevolg daarvan dat jonger kinders in 'n mindere mate daartoe in staat is om hul emosies te reguleer, en daarom meganismes wat op emosies fokus nie so gereeld sal aanwend nie.

3.2.7.3 Ontwikkelingstake van die middelkinderjare wat met coping verband hou en deur die aanwesigheid van ATHV beïnvloed word

Aangesien dit uit navorsing blyk dat die vermoë tot coping deel van die ontwikkelingsproses uitmaak, kan die ontwikkelingstake van die middelkinderjare en die suksesvolle bereiking daarvan, al dan nie, coping by kinders met ATHV affekteer. Vervolgens word drie aspekte wat eie is aan die middelkinderjare, asook die verband daarvan met coping, kortliks bespreek.

- a) Herbert (1998) beskou die mees sentrale ontwikkelingstake van kinders in die middelkinderjare as dié om 'n nuwe individualiteit te ontwikkel. Hy verwys spesifiek na Erikson se raamwerk van psigososiale ontwikkeling, wat die tema van die middelkinderjare aandui as die ontwikkeling van arbeidsaamheid teenoor minderwaardigheid. 'n Pligsgevoel en die bereiking van doelwitte moet dus hier bemeester word. Hierdie aspek impliseer die vermoë om te cope met verwagtinge wat gestel word, terwyl suksesvolle coping met die noodsaaklike gevoel van bemeestering gepaard gaan. Hierdie gevoel van bemeestering is weer nodig vir die kind om na die volgende vlak van uitdagings te beweeg. Indien faktore dus teenwoordig is wat die kind se vermoë tot bemeestering en coping kniehalter, kan dit negatiewe implikasies inhou vir toekomstige doelbereiking. Newman en Newman (1997) spesifiseer dat die onvermoë om bemeestering te bereik aanleiding gee tot 'n gebrek aan optrede en denke, wat produktiewe werk inhibeer.

Aangesien kinders met ATHV geneig is om ongedissiplineerd op te tree, nie vooruit te beplan nie, nie veel deurstellingsvermoë aan die dag te lê in uitdagende situasies nie en onmiddellike bevrediging na te jaag, word hul kanse op suksesvolle arbeidsaamheid aansienlik verlaag (MacDonald, 1998). Taljaard (2002) bevestig dat kinders met ATHV meer kwesbaar is vir mislukking, onder andere in die skool-opset. Die selfvertroue wat met

sukksesvolle bemeestering gepaard gaan, word ook hieruit duidelik en het 'n direkte invloed op die ontwikkeling van 'n positiewe selfbeeld, soos later bespreek sal word. Daarteenoor kan 'n gebrek aan selfvertroue as gevolg van onsuksesvolle bemeestering ook figureer.

Thompson *et al.* (1994) sluit hierby aan en identifiseer *beheer* as een van die basiese vereistes vir suksesvolle coping. Hiermee word selfbeheersing en die vermoë om aktief aan die probleemsituasie te werk geïmpliseer. Aangesien kinders met ATHV probleme met selfbeheersing ervaar, blyk dit dat hulle nie aan hierdie sentrale vereiste vir suksesvolle coping voldoen nie.

- b) 'n Verdere ontwikkelingsaspek wat sentraal staan in die middelkinderjare, is sosiale verhoudinge, asook verhoudinge buite die gesin (Herbert, 1998). Hierdie sosiale betrokkenheid by 'n groter aantal mense maak dit vir die kind moontlik om aspekte soos vertroue en outonomie te ontwikkel, wat albei noodsaaklik is ten einde daartoe in staat te wees om stressors suksesvol die hoof te bied. Die kind kom nou in kontak met onderwysers, vriende en die portuurgroep, wat nuwe uitdagings na vore bring. Hier vind dus 'n proses van self-differensiasie plaas wat 'n invloed uitoefen op die kind se vermoë om met sy/haar eie probleemsituasies te cope.

Weens die kind met ATHV se problematiek rakende sosiale verhoudinge, blyk dit dat hierdie aspek een van die coping-hulpbronne is waarop hy/sy nie kan staat maak nie. Woods en Ploof (1997) verduidelik dat die innerlike wêreld van die kind met ATHV koud en eensaam moet wees. Laasgenoemde blyk die geval te wees aangesien hulle, behalwe vir 'n onvermoë om betekenis aan gebeure en objekte te heg, dit ook moeilik vind om die psigiese gevoel wat betekenis gee aan assosiasie met betekenisvolle ander, te internaliseer. Hierdie onvermoë om op betekenisvolle wyse met ander mense in verbinding te tree maak dit gevolglik moeilik vir die kind met ATHV om ondersteunende sosiale netwerke daar te stel.

- c) 'n Baie belangrike aspek wat ook hier ter sprake kom, is die vermoë om bevrediging uit te stel, wat basiese selfbeheersing impliseer, asook metakognisies wat verband hou met probleemoplossing en coping (MacDonald, 1998; Mischel, Shoda & Rodriguez, 1989). Die implikasie hier is dat aspekte soos uitstel van behoeftes en inagneming van ander, wat 'n ontwikkelingstaak is waaraan kinders moet voldoen, 'n belangrike rol speel by die ontwikkeling van suksesvolle coping-strategieë.

Indien dit wel die geval is, dui dit op probleme met coping vir kinders met ATHV. Fisher en Beckley (1999) bevestig dat kinders met ATHV nie 'n sin vir tyd het nie en bloot nie kan wag nie, as gevolg van problematiese frontalelob-funksionering. Die negatiewe implikasies hiervan vir die kind met ATHV se kanse om suksesvol te cope is duidelik, aangesien ongeduld hul vermoë tot uitstel van behoeftes kan kniehalter. Kinders met ATHV het verder ook lae frustrasietoleransie (Evans *et al.*, 1987; MacDonald, 1998). Indien 'n effektiewe mate van selfbeheersing dus 'n voorvereiste is vir suksesvolle coping, blyk dit dat kinders met ATHV 'n groot agterstand kan hê.

Hieruit blyk dit dat die aanwesigheid van die simptome van ATHV kinders in hul middelkinderjare se proses van ontwikkeling van effektiewe wyses van coping kan benadeel.

Literatuur oor ATHV wy baie tyd daaraan om die kinders wat aan ATHV ly, te help om met die aanwesigheid van die versteuring te cope. Dit is op sigself noodsaaklik, aangesien kinders met ATHV in baie gevalle nie die versteuring ontgroeï nie (Berkelhamer, 2002). Wanneer hierdie geweldige moeilike verwagting om met die simptome van ATHV te cope in gedagte gehou word, maak dit sin dat kinders met ATHV oor minder energie en konsentrasievermoë beskik om met addisionele, alledaagse stressors ook te cope.

3.2.8 Gevolgtrekking

Dit wil dus voorkom of kinders met ATHV 'n hoër mate van stres ervaar as gevolg van hul komplekse simptome as kinders sonder ATHV. Piekarska (2000), asook ander teoretici, het bevind dat konstant toenemende stresvlakke in alle redelikheid kan bydra tot groter inhibering van effektiewe coping-style.

Indien coping dan pogings op gedrags- en kognitiewe vlak wat daarop gemik is om die stressor die hoof te bied behels, sal die kind met ATHV, wie se gedrag en kennisies deur ATHV beïnvloed word, 'n agterstand met betrekking tot effektiewe coping ervaar.

Wanneer hierdie aspek, asook die voorafgaande bespreking, in gedagte gehou word, blyk dit inderdaad dat kinders met ATHV meer probleme met die prosesse van coping ervaar as kinders sonder ATHV.

3.3 SELFBEELD

3.3.1 Inleiding

Selfbeeld is 'n belangrike faktor wat ook aan die kern van ontwikkeling in die middelkinderjare staan. Vervolgens word definisies en teorieë rakende selfbeeld uiteengesit. Daarna word die ontwikkeling van die selfbeeld onder die loep geneem, asook die aard daarvan in die aanwesigheid van ATHV.

3.3.2 Definisies van selfbeeld en verwante konsepte

- Santrock (1997) sien *selfbeeld* as 'n globale, evaluerende dimensie van die self. *Selfkonsep*, daarenteen, word gesien as 'n meer beperkte siening van die self, soos dit van toepassing is in 'n spesifieke veld. So sal dit byvoorbeeld verwys na iemand se evaluering van die self ten opsigte van

akademiese vermoëns. Die somtotaal van selfkonsepte maak dus deel uit van die oorkoepelende selfbeeld.

- Jordaan en Jordaan (1989) sien die begrip *self* as 'n persoon se siening van die kombinasie van sy/haar fisieke, sielkundige en sosiale eienskappe. 'n Belangrike aspek wat hieruit afgelei word en sentraal staan in die definisie van *selfbeeld*, is dat 'n persoon se selfbeeld gegrond is op hoe hy/sy hom-/haarself ervaar, en is dus nie noodwendig 'n realistiese en akkurate siening van die self nie.

Die term *selfevaluering* word ook deur Jordaan en Jordaan (1989) uiteengesit. Dit verwys na 'n evalueringsproses wat uiteindelik 'n persoon se selfbeeld bepaal. Die volgende vorme van selfevaluering word onderskei:

- a) Simboliese interaksie – hier word verwys na die proses waarin selfevaluering berus op interaksie met ander. Dit wil sê die persoon evalueer hom-/haarself op grond van evaluerings en betekenis wat ander persone aan hom of haar heg. Bouffard en Vezeau (1998) sluit hierby aan en dui aan dat sosialisering die individuele karaktertrekke van die selfsisteem definieer. Dit is dus deur middel van sosiale interaksie dat die persoon bewus raak van unieke eienskappe van hom-/haarself.
- b) Selfrefleksie – hier word verwys na die proses van selfevaluering waartydens die persoon op perseptuele, kognitiewe, emotiewe en disposisionele vlak sy/haar ervarings evalueer, wat uiteraard sy/haar selfbeeld beïnvloed. Newman en Newman (1997) sluit hierby aan en verwys in hierdie opsig spesifiek na die invloed wat vergelyking binne die skool-opset op 'n kind in die middelkinderjare se selfbeeld kan uitoefen. Hierdie aspek word later in fyner detail bespreek.

c) Waarneming van eie gedrag – die is 'n meer radikale standpunt dié wat deur Bem (1972) ontwikkel is (Jordaan & Jordaan, 1989). Dit kom daarop neer dat mense optree ooreenkomstig die sosiale reëls wat vir hulle neergelê is, wat verband hou met sosiale rolle en status. Indien hulle dus ooreenkomstig hierdie verwagtinge optree, neem hulle uit hul gedrag waar dat hulle daaraan voldoen en sodoende word hul selfbeeld geëvalueer en bevestig. Selfrefleksie en simboliese interaksie word dus hier geïgnoreer.

Kutnick en Manson (1998) sluit hierby aan, maar verwys na die verantwoordelikheid om *prososiaal* op te tree. Die individu besef dus reeds op 'n jong ouderdom dat dit noodsaaklik is om by sosiale reëls in te pas ten einde aanvaarbaar te wees en sodoende die moontlikheid van etikettering en skade aan die selfbeeld uit te skakel.

- Raath en Jacobs (1990) verwys na 'n *intrapsigiese struktuur*, waarvan die “ek”, die “self”, identiteit en selfkonsep deel uitmaak. Die gedurige wisselwerking wat tussen hierdie strukture plaasvind, het 'n invloed op die persoon se persoonlike ontwikkeling, asook op sy/haar funksionering.

Die “ek” word verduidelik as 'n onbewuste subjek wat deel uitmaak van die geestelike dimensie van 'n persoon. Dit kan alleenlik duidelik word in gevalle waar dit die rigtinggewende aspek is in verhoudinge wat tot stand gebring word met ander mense en die buitewêreld. Dit word ook geïdentifiseer as die *gepersonifieerde self*.

Die “self” staan aan die kern van elke persoon se menswees en verwys na hoe hy/sy hom-/haarself sien en waarneem. Dit is waar die individu begin om sin te maak van hom-/haarself en die omgewing rondom hom/haar. As sodanig het die self 'n bepalende invloed op die ontwikkeling en aard van die selfbeeld. Indien die individu aktief en effektief kan funksioneer, kan dit

daartoe lei dat hy/sy 'n positiewe siening omtrent hom-/haarself huldig. Die teenoorgestelde is egter ook waar.

Identiteit word verklaar as die betekenis wat 'n persoon aan hom-/haarself heg. Dit impliseer uiteraard ook 'n mate van voortdurendheid en stabiliteit. Dit word gevorm uit 'n sameloop van die proses van individualisering wat gedurende die kinderjare plaasvind, asook die proses van identifisering met betekenisvolle ander namate egosentrisme afneem. As gevolg van die sentrale rol wat 'n persoon se identiteit in sy/haar lewe speel, affekteer dit ook sy/haar selfbeeld, en word sy/haar identiteit deur die selfbeeld beïnvloed.

Die selfkonsep verwys dan na 'n unieke stel oortuigings wat 'n persoon van hom- of haarself huldig en word beïnvloed deur die dinamiese aard van ervarings en opvattinge. Aspekte wat deel uitmaak van hierdie komplekse selfkonsep is die fisieke self, persoonlike self, gesinself, sosiale self, sedelike self en selfkritiek.

Vir die doel van hierdie studie verwys die term selfbeeld na die beeld wat 'n persoon van hom-/haarself het. Dit is 'n sentrale menslike konsep wat reeds op 'n baie vroeë ouderdom begin ontwikkel en deur middel van ervarings gevorm en verander kan word. Dit bestaan dus uit kennisies en interpretasies wat opgebou word deur en afgelei word van ervarings wat die individu ondergaan, en sy/haar persepsie van die realiteit beïnvloed.

Sommige van die aspekte wat in hierdie definisie ingesluit is, word in die volgende bespreking duidelik gemaak.

3.3.3 Historiese invloede op die konseptualisering van die selfbeeld

Die volgende afdeling word gewy aan enkele historiese leiers in die sielkunde wat deur middel van hul teorieë bydraes gelewer het tot die wyse waarop die selfbeeld vandag gekonseptualiseer word. Daar word spesifiek verwys na bydraes uit die velde van die psigoanalise en die humanistiese sielkunde.

3.3.3.1 Psigoanalitiese aannames

Uit die veld van die psigoanalise word spesifiek verwys na die teorie van Freud, die objekrelasieteorieë en dié van Erikson.

3.3.3.1.1 Sigmund Freud (1856 – 1939)

Alhoewel Freud nooit op die selfkonsep as sodanig in sy teorieë gefokus het nie, lewer hy 'n bydrae tot die teoretiese begronding daarvan. Volgens hom word die innerlike leefwêreld van 'n persoon voortdurend beïnvloed deur instinkte eie aan hom-/haarself, wat bevrediging vereis. Hy onderskei basies tussen lewens- en doodsinstinkte. Aangesien die bevrediging van hierdie impulse nie onder alle omstandighede binne die sosiale realiteit aanvaarbaar is nie, word die bewussyn en die persoon se interne ervaring van hom-/haarself versteur. Hierdie versteuring vind plaas met behulp van verskillende verdedigingsmeganismes. Verdedigingsmeganismes maak dit moontlik om die instink te onderdruk, ontken, oftewel op 'n meer aanvaarbare alternatiewe wyse te bevredig. Hierdie aspek is noodsaaklik ten einde angs te vermy (Brennan, 1998; Corey, 1996; Liebert & Liebert, 1998). Volgens Freud word die ervaring van die self dus versteur ten einde oorlewing in 'n sosiale realiteit moontlik te maak. Die aspekte van sosiale evaluering, asook van kognitiewe persepsies, kom dus hieruit na vore.

3.3.3.1.2 Objekrelasieteorieë

Hierdie teorieë het uit die psigoanalise ontwikkel. Die term *objek* verwys na betekenisvolle ander binne die individu se leefwêreld, asook na die self. Elke individu ontwikkel voorstellings van hierdie objekte in sy/haar eie denke. Wanneer mense dus met ander omgaan, reageer hulle nie op die realiteit van ander persone rondom hulle nie, maar reaksies word bepaal deur die kognitiewe persepsie (voorstelling) wat hulle rakende die betrokke persoon het (Liebert & Liebert, 1998). Aangesien die self ook 'n objek is, het hierdie benadering 'n waardevolle bydrae gelewer tot die konseptualisering van selfkonsep. Enkele teoretici se benaderings binne hierdie veld word vervolgens opgesom:

- Melanie Klein (1882 – 1960)

Melanie Klein was 'n Engelse psigiater wat op die psigologiese ontwikkeling van kinders gefokus het. In teenstelling met Freud het sy tot die gevolgtrekking gekom dat kinders grotendeels gestel is op die opbou van sosiale verhoudinge, eerder as om instinkte te beheer of te reguleer. Haar teorie behels dat kinders van 'n vorm van kinderlike afhanklikheid moet groei tot interafhanklikheid. Laasgenoemde term verwys na die vermoë van 'n volwasse persoon om op betekenisvolle ander te kan staat maak, en andersom (Liebert & Liebert, 1998). Hier word dus verwys na die ontwikkeling van die self binne 'n sosiale milieu tot 'n punt waar kinderlike afhanklikheid oorwin word.

- Harry Stack Sullivan (1892 – 1949)

Sullivan was 'n Amerikaanse psigiater wat die konsep *personifikasies* ontwikkel het. Hier word verwys na kognitiewe voorstellings van die self en ander. Hy maak ook voorsiening vir meervoudige personifikasies wat die moontlikheid van 'n skeiding in die self moontlik maak. So kan die self uit 'n goeie en 'n slegte deel bestaan. Hy was van mening dat die soeke na interpersoonlike sekuriteit, dit wil sê gesonde verhoudinge, die dryfveer is (Liebert & Liebert, 1998).

Weereens word die belangrikheid van sosiale ondersteuning in die dinamika van die self beklemtoon.

- Margaret Mahler (1897 – 1985)

Mahler se teorie begin by die vooronderstelling dat babas nie tussen die self en die moeder as twee afsonderlike entiteite kan onderskei nie. Sy skryf die ontwikkeling van die self gevolglik toe aan die beweging van 'n staat van fusie na een van individuasie, waar die self onafhanklik kan funksioneer (Liebert & Liebert, 1998).

3.3.3.1.3 Erik Erikson (1902 – 1994)

Erikson het bekendheid verwerf vir sy agt stadia van psigososiale ontwikkeling. Dit behels dat daar in elke lewensfase 'n spesifieke krisis is wat die individu suksesvol moet oorkom ten einde na die volgende stadium te kan beweeg. Soos uit die bespreking na vore sal kom, beskik die krisisse van sommige stadia oor die potensiaal om 'n sterk invloed op die ontwikkelende selfkonsep uit te oefen. Vir die doel van hierdie studie word volstaan met die eerste vyf stadia, wat van geboorte tot adolessensie strek. Die eerste vyf stadia word vervolgens uiteengesit (Corey, 1996; Kaplan, Sadock & Grebb, 1994; Liebert & Liebert, 1998; Louw, 1996).

a) Basiese vertroue versus wantroue (geboorte tot 1 jaar)

Tydens hierdie stadium ontwikkel die baba vertroue dat sy/haar behoeftes bevredig sal word afhangende van die mate waarin sy/haar moeder daarin slaag om in die baba se behoeftes te voorsien.

b) Outonomie versus skaamte en twyfel (1 tot 3 jaar)

Outonomie verwys na 'n gevoel van bemeestering by die kind rakende hom-/haarself en sy/haar behoeftes en impulse. Indien die ouer die kind in hierdie stadium toelaat om meer outonoom te funksioneer (met die nodige

ondersteuning van die ouer), verkry die kind selfvertroue en 'n gevoel van beheer oor hom-/haarself en sy/haar omgewing. Indien die kind hierdie krisis suksesvol oorkom, byvoorbeeld deur die aanleer van toiletgewoontes, ontwikkel 'n gevoel van trots, wat die selfkonsep positief beïnvloed. Indien die kind egter nie 'n geleentheid tot outonomie gegun word nie, of nie daarin kan slaag nie, ontwikkel 'n gevoel van skaamte en twyfel in sy/haar eie vermoëns, wat die selfkonsep benadeel.

c) Inisiatief versus skuld (3 tot 5 jaar)

In hierdie stadium is die kind daartoe in staat om aktiwiteite te inisieer. Indien die ouer hierdie proses teëstaan, ontwikkel die kind 'n gevoel van skuld in gevalle waar hy/sy 'n aktiwiteit inisieer. Weereens kan dit bydra tot die ontwikkeling van 'n swakker selfkonsep.

d) Arbeidsaamheid versus minderwaardigheid (6 tot 11 jaar)

Hier word verwys na die skoolkind wat by 'n proses van onderrig betrokke is. Arbeidsaamheid verwys na die vermoë van die skoolkind om te werk en volwasse vaardighede te bemeester. Verskillende aspekte kan hierdie proses kniehalter en sodoende aanleiding gee tot minderwaardigheidsgevoelens, byvoorbeeld diskriminasie by die skool of oorbeskermende ouers. Uiteraard kan hierdie aspekte die kind se selfkonsep benadeel. Kaplan *et al.* (1994, p.263) stel dit as volg: "[...] a school environment that denigrates or discourages children can diminish their self-esteem [...]".

e) Identiteit versus rolverwarring (11 jaar tot aan die einde van adolessensie)

Identiteit verwys in hierdie opsig na karaktereienskappe wat bepaal wie 'n persoon is en waarheen hy/sy op pad is. 'n Gesonde identiteit is die gevolg van suksesvolle afhandeling van die voorafgaande stadia, asook aanvaarding deur ouers en die relevante sosiale groep. Rolverwarring word gekenmerk deur "[...] not having a sense of self and by confusion about one's place in the

world” (Kaplan *et al.*, 1994, p.263). Hieruit is dit duidelik dat die suksesvolle afhandeling van hierdie fase noodsaaklik is vir 'n gesonde selfkonsep.

3.3.3.2 Humanistiese sielkunde

- Carl Rogers (1902 – 1987)

Rogers het 'n waardevolle bydrae gelewer, aangesien hy sy totale benadering tot psigologiese hulp gebaseer het op die self. Thorne (1992, p.25) verduidelik dit as volg: “In his insistence on the centrality of subjective experience Rogers is in the mainstream of the phenomenological tradition, which holds to the belief that each of us behaves in accordance with our subjective awareness of ourselves and of the world we inhabit”. Hy sien die self as die kern van persoonlikheid en aanpasbaarheid. Aangesien die self uit sosiale prosesse gebore word, sien Rogers onvoorwaardelike liefde, asook die aanvaarding wat daarmee gepaard gaan, as 'n bepalende faktor in die ontwikkeling van die selfkonsep. Onvoorwaardelike liefde en aanvaarding impliseer dat die kind aanvaar word soos hy/sy is, wat dui op 'n positiewe evaluasie en bevestiging van die self. Rogers het verder ook gepostuleer dat mense betroubaar en daartoe in staat is om hulle te handhaaf en aan te pas en uiteindelik te aktualiseer. (Corey, 1996; Miell, 1995; Thorne, 1992). Hierdie basiese vertroue in die self van elke individu oefen 'n vanselfsprekende positiewe invloed op die selfkonsep uit.

- Gordon Allport

Allport het bekendheid verwerf vir sy *proprieale ontwikkeling*, wat verwys na stadia wat die individu moet deurmaak ten einde 'n gevoel van self te ontwikkel. *Propriaal* verwys na die “self”, “ego” en die “ek” (Kaplan & Sadock, 1998).

Die ontwikkeling van die proprieale funksies word as volg uiteengesit (Louw, 1996):

a) Die liggaamlike selfgevoel

Hier word verwys na die baba se besef dat hy/sy 'n eie liggaam het, wat deel van hom/haar uitmaak. Hierdie begrip bly voortaan die anker van 'n persoon se begrip van hom-/haarself.

b) Selfidentiteit

Hier word verwys daarna dat die kind op ongeveer 2 jaar besef dat hy/sy dieselfde persoon bly. Die konsekwentheid van wie hy/sy is, word dus hier bekendgestel.

c) Eiewaarde (3 tot 4 jaar)

Op hierdie stadium begin die kind bewus raak van sy/haar eie vaardighede of prestasies en ontwikkel hy/sy 'n gevoel van trots.

d) Selfuitbreiding (vanaf 4 jaar)

Aspekte buite die kind self begin nou waarde aanneem. Aspekte soos speelgoed kan 'n verlenging van hom-/haarself word. Hierdie aspek vorm dan ook die fondament vir latere konformerings met ander persone en groepe, waarvan die individu deel uitmaak.

e) Selfbeeld

Allport is van mening dat die selfbeeld reeds in die kleuterjare vorm begin aanneem. Hy/sy raak bewus van sy/haar eie eienskappe, verwagtinge van betekenisvolle ander, asook 'n ideale self waarna hy/sy streef. Hier word dus verwys na hoe die persoon is, hoe hy/sy dink hy/sy moet wees en hoe hy/sy graag wil wees.

f) Rationele self (vanaf 6 jaar)

Die kind begin insig ontwikkel in aspekte wat op hom/haar van toepassing is. Dit is uiteraard noodsaaklik vir besluitneming.

g) Propriale strewing (adolessensie of later)

Hier word verwys na die persoon se vermoë om vir hom/haar langtermyn doelwitte te stel. Dit stel die individu in staat om sy/haar lewe te rig.

Die komplekse aard van die ontwikkeling en dinamiek daarvan om 'n gevoel van die self te hê kom duidelik in hierdie verskillende stadia na vore.

Vir die doel van hierdie studie word met die betrokke teoretici volstaan, alhoewel dit geensins gesien word as 'n volledige voorstelling van relevante literatuur nie.

3.3.3.3 Integrasie van bogenoemde historiese beskouinge

Soos blyk uit die bespreking, fokus Erikson en Allport meer op die ontwikkeling van die selfkonsep. 'n Belangrike aspek van die selfkonsep wat hieruit na vore kom, word as volg saamgevat:

Die selfkonsep is 'n dinamiese struktuur wat vroeg reeds in 'n persoon se lewe begin ontwikkel en voortdurend verander namate die individu nuwe ervarings en fases ondergaan.

Uit die objekrelasies word dit beklemtoon dat die selfkonsep 'n kognitiewe onderbou het. Dit kan as volg opgesom word:

Die selfkonsep bestaan uit kognitiewe persepsies wat nie alleen die individu se gedrag en reaksies op die omgewing beïnvloed nie, maar wat ook daardeur beïnvloed kan word.

Volgens Rogers en sommige objekrelasie-teoretici blyk dit dat die sosiale faktor van die selfkonsep 'n sterk invloed uitoefen. Dit word as volg opgesom:

Die selfkonsep vorm die kern van 'n individu se persoonlikheid. As sodanig word dit ook gevorm en beïnvloed binne die sosiale milieu, ten einde sosiale aanpassing so optimaal moontlik te maak, of te kortwiek.

Hierdie gevolgtrekkings uit die psigologiese teoretiese onderbou sluit aan by die definisie van die selfkonsep soos dit vir die doel van hierdie studie gespesifiseer is ten opsigte van die volgende aspekte:

- Dit is 'n sentrale aspek van persoonlikheid wat vroeg reeds ontwikkel, maar veranderlik is, veral binne die sosiale konteks
- Dit bestaan uit kognitiewe persepsies en interpretasies wat die persoon rakende hom-/haarself huldig, en dit beïnvloed sy/haar persepsie van die realiteit

Vervolgens sal spesifiek gekonsentreer word op die ontwikkeling van die selfbeeld soos dit by kinders figureer.

3.3.4 Die ontwikkeling van die selfbeeld

Santrock (1996) verwys na die term *selfbegrip* as 'n samevattende term vir kinders se kognitiewe beeld van hulleself, dit wil sê die somtotaal van kennisies rakende hulleself. Hy verdeel die proses waartydens 'n konsep rakende die self ontwikkel word in drie ontwikkelingsfases, naamlik:

- Babajare

Alhoewel die baba hom-/haar nie verbaal kan uitdruk nie, blyk dit uit navorsing dat babas teen ongeveer 18 maande 'n vermoë ontwikkel om hulleself te herken wanneer hulle hul beeld byvoorbeeld in 'n spieël waarneem.

- Vroeë kinderjare

Hier begin die kind verbale vermoëns bemeester. Alhoewel hulle nie noodwendig tussen die self, denke en liggaam kan onderskei nie, kan hulle hulleself in terme van 'n aktiewe en/of fisiese self beskryf.

- Middel- en laatkinderjare

Hier verskuif die klem van selfbeskrywing wat gegrond is op eksterne kwaliteite na selfbeskrywing van interne aspekte, oftewel psigologiese eienskappe. 'n Baie belangrike aspek wat hier bykom, is dat kleuterskoolkinders begin om hulleself ooreenkomstig sosiale kwaliteite, asook sosiale vergelyking, te definieer. Sosiale kwaliteite verwys byvoorbeeld na 'n geneigdheid om die self as lid van 'n spesieke span te sien. Sosiale vergelyking verwys na die belangrike invloed wat 'n bewustheid van die self in vergelyking met ander lede van die portuurgroep uitoefen. Dit is 'n belangrike stap in die ontwikkeling van 'n eie identiteit, maar het uiteraard ook die potensiaal om 'n negatiewe uitwerking te hê, soos later bespreek sal word.

- Adolessensie

Hier vind 'n baie meer komplekse proses plaas wat aspekte soos abstraksie en idealisme, differensiasie, teenstellings, fluktuasies ensovoorts insluit. Vir die doel van hierdie studie word egter met bogenoemde kategorieë volstaan.

Raath en Jacobs (1990) noem dat die ontwikkeling van 'n selfbeeld een van die belangrikste take is wat kinders in die primêre skool, oftewel middelkinderjare, moet uitvoer. Laasgenoemde teoretici haal die volgende verduideliking van Yawkee (1980) aan: "The self-concept is, essentially, a conceptualization of image of the self. It encompasses all that a child brings to the statement 'This is me', including an understanding of his qualities and capabilities and the feelings that accompany these selfperceptions" (soos aangehaal deur Raath & Jacobs, 1990, p.12).

Dit is dus duidelik dat die selfbeeld 'n subjektiewe karakter het wat beïnvloed word deur kognitiewe evaluasies en verwante emosies wat aktief is binne die kind se verwysingsraamwerk.

Dit blyk verder dat lewenservaring nie alleen die ontwikkeling van die selfbeeld beïnvloed nie, maar dat die teenoorgestelde ook waar is. Dit wil sê dat die aard van die selfbeeld (positief al dan nie) die wording van 'n kind op die pad na volwassenheid kan beïnvloed. Navorsing toon dus dat 'n negatiewe selfbeeld die ontwikkelingsproses kan kniehalter. So sal 'n kind se oortuiging dat sy byvoorbeeld nie akademies kan presteer nie, haar kanse op akademiese prestasie aansienlik verswak. Gevolglik blyk dit dat daar ook 'n selfvervullingsprofesie in die konsep van selfbeeld teenwoordig is, wat die kragtige potensiële uitwerking daarvan in die kind se lewe duidelik maak.

3.3.5 Spesifieke kwaliteite van die selfbeeld van kinders, asook die effek wat ie teenwoordigheid van ATHV daarop kan hê

Bee (1995) noem dat die volgende drie aspekte aanleiding kan gee tot verskille in die selfbeelde van kinders:

1. Die kind se eie, direkte ervarings van sukses, oftewel dan, mislukking – vergelyking speel hier ook 'n rol
2. Die houdings wat die portuurgroep, asook ouers, teenoor hom/haar inslaan
3. Etikette en oordeel van ander, wat ook die persepsie van die self beïnvloed

Vervolgens word aandag gegee aan bogenoemde aspekte, asook ander relevante aspekte, en die implikasies daarvan vir die kind met ATHV deur middel van verwysing na verskillende teorieë:

3.3.5.1 Evaluasie van die self en betekenisvolle ander

Die proses waartydens die kind hom-/haarself evalueer in 'n proses van vergelyking met andere, is 'n kognitiewe aktiwiteit wat vorm gee aan die kennisies en interpretasies wat sentraal staan aan die selfbeeld. Hay en Demetriou (1998, p.242) verduidelik hierdie kognitiewe aktiwiteit as volg: "Young children may be said to be constructing theories of mind; they are assuredly constructing models of themselves in relation to their social worlds".

Harter (1987) verwys na twee belangrike aspekte wat die selfbeeld, of evaluasie van die self, beïnvloed.

1. Die eerste aspek is die aard van die diskrepansie wat bestaan tussen hoe die kind dink hy/sy moet wees en hoe hy/sy hom/haar in werklikheid ervaar. Louw (1996) verwys in hierdie opsig na die *ware self* (hoe die kind in werklikheid is) en die *ideale self* (hoe hy/sy wil wees). Indien dit die kind se gevoel is dat hy/sy baie verskil van die verwagte beeld of *ideale self*, kan dit aanleiding gee tot 'n negatiewe selfevaluasie, wat die selfbeeld negatief kan beïnvloed. Schaffer (1996, p.164) sluit hierby aan en verduidelik as volg: "It is thus the evaluative aspect of the self-system and is related to the image of an ideal self that we all have: where there is little discrepancy between the ideal and the perceived real self the individual will experience high self-esteem; where the discrepancy is great, on the other hand, low self-esteem is the result".

Indien Harter en Louw se teorieë korrek is, kan dit komplikasies inhou vir die ontwikkelende selfbeeld van die kind met ATHV. Alhoewel die kind met ATHV byvoorbeeld bewus kan wees van die tipe gedrag wat van hom/haar verwag word, vind hy/sy dit moontlik onvermydelik om nie aan hierdie riglyne te voldoen nie. So kan 'n kind met ATHV byvoorbeeld weet dat hy/sy rustig moet wees en oplet in 'n klas, maar weens die simptome van die versteuring

is dit bloot nie vir hom of haar moontlik om so op te tree nie. Bewustheid van die diskrepansie tussen hoe hulle is en hoe hulle behoort te wees, kan 'n negatiewe uitwerking op hul selfbeeld hê.

2. Die tweede aspek wat 'n rol speel by die ontwikkeling van selfbeeld, is die mate waarin die kind aanvaar en positief geëvalueer voel deur sy/haar ouers en portuurgroep.

Die invloed van die ouers word deur Bouffard en Vezeau (1998) beklemtoon. Hulle is van mening dat 'n positiewe selfsisteem bevorder word deur ouers wat kongruente verwagtinge vir hul kinders het. Hierdie verwagtinge is gebaseer op 'n realistiese begrip van die kind se vermoëns en behoeftes. Die aanwesigheid van ATHV kan die kind se vermoë om aan verwagtinge te voldoen kniehalter, wat sy/haar positiewe evaluasie deur sy/haar ouers in sommige omstandighede onmoontlik kan maak.

Positiewe evaluasie deur die portuurgroep sal uiteraard ook sigbaar wees in aanvaarding en insluiting. In hierdie opsig kan verwys word na die noodsaaklikheid van vriendskappe binne die portuurgroep. Hartup (1998) verwys na die kognitiewe en sosiale hulpbronne wat vriendskap op 'n daaglikse basis aan die kind beskikbaar stel. Hy beklemtoon ook die belangrikheid van vriendskappe om 'n positiewe selfbeeld te verseker en noem dat meer selfvertroue uiteraard tot 'n groter vriendekring bydra, en omgekeerd.

Die aard van hierdie versteuring plaas soveel druk op ouers, portuurgroeplede en ander persone wat in die kind met ATHV se teenwoordigheid is, dat 'n sterk moontlikheid bestaan dat die kind bewus is daarvan dat hy/sy nie positief ervaar word deur hierdie betekenisvolle ander nie. Fisher en Beckley (1999) bevestig ook dat kinders met ATHV sosiaal verwerp word as gevolg van hul onvanpaste sosiale style.

3.3.5.2 Bemeestering en moraliteit

Furman (1995) sien die aspekte wat daarby betrokke is om van die self te hou, as tevredenheid met die liggaamlike self, die vermoë om dinge te doen en bemeester, en om op goeie voet met die gewete te wees.

a) Die vermoë tot bemeestering

In hierdie hoofstuk is reeds na hierdie aspek verwys deur middel van Erikson se teorie. Soos vroeër genoem is, moet die kind in hierdie lewensfase take bemeester ten einde 'n gevoel van arbeidsaamheid te ontwikkel. Sukses is ook nodig ten einde die nodige selfvertroue by die kind te help ontwikkel wat nodig is om die volgende vlak van uitdagings aan te pak en te bemeester. Indien die kind dus nie daarin slaag om aspekte soos skooltake te bemeester nie, kan dit sy/haar skolastiese vordering strem.

Bouffard en Vezeau (1998) verwys na studies wat gedoen is op kinders met leerprobleme, en die effek van vergelyking binne die skool-opset wanneer hulle take nie vinnig en effektief genoeg kan uitvoer nie. Laasgenoemde teoretici haal die volgende aan uit 'n studie wat Bandura in 1986 onderneem het: "[...] social comparison is one of the most influential sources for one's own judgment of self-efficacy. Observing a peer dealing more or less successfully with a task affected observers' self-efficacy regarding their own competence relative to that peer" (Bouffard & Vezeau, 1998, p.265). 'n Gevoel van minderwaardigheid kan dus hieruit ontwikkel, wat die selfbeeld negatief beïnvloed.

Wanneer Erikson se stadium van arbeidsaamheid versus minderwaardigheid hierin ag geneem word, is dit duidelik dat die simptome van ATHV minderwaardigheid kan bevorder en so die kind se vertroue in sy/haar eie effektiwiteit kan ondermyn.

Die simptome van ATHV is bekend daarvoor dat dit skolastiese vordering kan kortwiek. Hierdie belangrike gevoel van bemeestering kan dus buite die bereik van 'n kind met ATHV wees en uiteraard die kind se funksionering inhibeer, of 'n destruktiewe kleur daaraan gee. McEwan (1998) verduidelik dat die onvermoë om aan die verwagtinge van ouers en onderwysers te voldoen, daartoe kan lei dat die kind se selfbeeld verswak en hoë vlakke van frustrasie ervaar word. Hierdie aspek kan weer gedragsprobleme en selfs depressie tot gevolg hê.

b) Die ontwikkeling van 'n gewete of moraliteit

Die aspek van gewete blyk ook implikasies in te hou vir die ontwikkeling van die selfbeeld. Hierdie konsep verwys volgens Louw (1996) na die vermoë om te verstaan of gedrag gepas is, al dan nie. Dit is ook 'n ontwikkelingstaak wat veral in die middelkinderjare na vore kom, soos in die teorieë van Piaget en Kohlberg uiteengesit word (Emler, 1998). Die ontwikkeling van moraliteit word in werklikheid 'n meganisme van aanpassing wat aanvaarding binne die sosiale milieu moontlik maak.

Power en Khmelkov (1998) het 'n studie onderneem oor karakter en selfbeeld. Die morele evaluasie wat deel uitmaak van 'n persoon se karakter en uiteindelik 'n invloed het op sy/haar selfbeeld, word in hierdie studie onderskryf. Die belangrikheid van morele aanvaarbaarheid, en dus ook om in harmonie met die gewete saam te leef, word hieruit duidelik. Moraliteit is egter 'n aspek wat weens die amper anti-sosiale simptome van ATHV nie sentraal staan in die lewe van 'n kind wat daaraan ly nie. Indien 'n bewustheid van morele goedkeuring egter 'n voorvereiste vir 'n gesonde selfbeeld is, blyk dit dat die kind met ATHV in hierdie opsig moontlik 'n agterstand kan hê.

3.3.5.3 Interne en stabiele kwaliteite van die individu

Bee (1995) noem dat die selfbeeld op meer interne en stabiele kwaliteite gevestig is as wat in die vroeër kinderjare die geval was. Indien die kind met ATHV dus bewus is van die alomteenwoordige simptome van ATHV (wat as stabiel geëvalueer kan word), kan dit die selfbeeld ook negatief beïnvloed. Dieselfde kan van toepassing gemaak word op die interne kwaliteite, aangesien ATHV-simptome uiteraard intern aan die organisme wat daaraan ly, presenteer. "In later years, after coping with symptoms of the disorder, self-esteem can be quite low and the person may give up on a task at the first sign of trouble" (Fisher & Beckley, 1999, p.51).

3.3.5.4 Identiteit en etikettering

Shotter (1998) is van mening dat 'n identiteit dit vir die individu duidelik maak waar hy/sy staan in verhouding tot andere. As sodanig sal 'n identiteit dus die persoon se gedrag in 'n spesifieke situasie met spesifieke sosiale reëls en regulasies bepaal.

Weens die negatiewe simptome wat aan ATHV gekoppel word, gebeur dit dat die kind met ATHV 'n nuwe identiteit ontwikkel - 'n identiteit waarin afwykendheid sentraal staan, omdat hy/sy hom-/haarself identifiseer as 'n "moeilike" kind. Hierdie identifikasie kan suiwer op die kind se persepsie gegrond wees, of gevorm word deur die reaksie wat betekenisvolle ander op hom/haar toon.

Steytler (2000) het 'n studie onderneem oor die effek van etikettering op die opvoeders van kinders met ATHV. Hieruit word dit duidelik dat die integrasie van hierdie negatiewe etikette as deel van hul persoonlike identiteit 'n realiteit is. Verder blyk dit uit etiketteringsteorieë dat die betekenis wat aan etikette geheg word, 'n selfvervullende krag in die persoon wat daarmee geassosieer word, uitoefen. Indien dit so is dat kinders met ATHV onder etikettering wat met hul

“abnormaliteit” verband hou gebuk gaan en dit deel laat word van hoe hulle hulleself sien, is dit baie moontlik dat dit ook ‘n negatiewe effek op hul selfbeeld kan hê.

Valentine (1999) het ‘n narratiewe ondersoek na die ontwikkeling van identiteit by skoolkinders onderneem. Sy noem dat kinders hul portuurgroep nodig het ten einde hul eie individualiteit te begryp. Die sosiale probleme van kinders met ATHV is reeds hier bespreek. Hierdie sosiale probleme kring uiteraard ook uit na die portuurgroep. Indien die kind met ATHV dus binne die konteks van sy/haar portuurgroep sy/haar eie individualiteit moet besef, kan die negatiewe evaluasie waarvan die kind met ATHV in hierdie geval bewus word, ‘n negatiewe konnotasie aan sy/haar individualiteit heg. Hierdie negatiewe ervaring van individualiteit kan ook uitkring na identiteit en uiteindelik na die siening wat hy/sy oor hom-/haarself huldig: die selfbeeld.

3.3.6 Gevolgtrekking

Uit hierdie bespreking is dit duidelik dat die middelkinderjare essensieel is vir die ontwikkeling van die selfkonsep. Aangesien die simptome van ATHV gedurende hierdie ontwikkelingsfase reeds sterk aanwesig is, blyk dit dat die aanwesigheid van ATHV hierdie ontwikkelingsproses kan kniehalter. Verder word die selfbeeld beïnvloed en verander deur ervaringe wat die individu opdoen en as gevolg van die negatiewe terugvoer, evaluasies en interpretasies wat die kind met ATHV uit sy/haar sosiale omgewing ontvang. Verder blyk dit dat die kind se selfbeeld sy/haar ervaring van die realiteit beïnvloed, en dat sy/haar selfbeeld ook daardeur beïnvloed word. Aangesien die potensieel negatiewe kennisies wat hiermee verband hou ‘n sentrale aspek van die kind se identiteit en persoonlikheid uitmaak, is die negatiewe effek wat die teenwoordigheid van ATHV op die kind se selfbeeld kan hê, duidelik.

3.4 Samevatting

In hierdie hoofstuk is spesifiek aandag gegee aan coping en selfbeeld en die wyses waarop dit gedurende die middelkinderjare presenteer.

Uit hierdie bespreking het dit ook duidelik geword dat die aanwesigheid van ATHV-simptome 'n negatiewe uitwerking op die ontwikkeling en effektiwiteit van selfbeeld en coping kan hê. Gevolglik word hierdie bespreking beskou as die basis waarop die hipoteses van hierdie studie gegrond is.

HOOFSTUK 4

METODE VAN ONDERSOEK

4.1 Inleiding

Hierdie hoofstuk verskaf 'n uiteensetting van die empiriese ondersoek. Spesifieke aandag sal gegee word aan die navorsingsontwerp, ondersoekgroep, meetinstrumente, prosedure en die wyse waarop die data ingesamel is.

4.2 Metode van ondersoek

4.2.1 Navorsingsontwerp

Die data wat by hierdie ondersoek gebruik is, is met behulp van 'n *eenmalige dwarsdeursnitontwerp* ingesamel. Coetzee, Visser, Van Lill, Van Niekerk en van Staden (1990) spesifiseer dat hierdie ontwerp behels dat al die betrokke data in 'n spesifieke tydgleuf eenmalig ingesamel word.

4.2.2 Ondersoekgroep

4.2.2.1 Die studiepopulasie

Ten einde die resultate van hierdie ondersoek so divers as moontlik te maak, is kinders in hul laat-middelkinderjare uit beskikbare skole in Vaalpark (Vrystaat), Potchefstroom (Noordwes), Johannesburg (Gauteng), Bloemfontein (Vrystaat), Kroonstad (Vrystaat) en Badplaas (Mpumalanga) by die studie betrek. Die deelnemende skole is op sodanige manier geselekteer dat verskillende sosio-ekonomiese klasse, taalgroepe en alle bevolkingsgroepe ingesluit is. Uit die beskikbare geselekteerde skole is gepoog om ongeveer 1000 kinders te betrek,

waarvan 515 kinders deel uitgemaak het van die finale databank. Die samewerking van verskeie navorsers is verkry om die data in te samel.

4.2.2.2 Die steekproef

Leerlinge van graad 4 tot graad 7 is deur middel van klaslyste by die steekproef betrek. Die proporsie leerlinge wat uit elke graad geselekteer is, het ooreengestem met die proporsie van die betrokke groep met betrekking tot die studiepopulasie by elke skool.

Die ouers van persone wat vir die navorsing geselekteer is, het toestemmingsbriewe ontvang waarop bereidwilligheid om aan die studie deel te neem bevestig kon word, al dan nie. Indien hierdie ouers dus daartoe ingewillig het, is hulle by die studie betrek.

4.2.3 Meetinstrumente

Vir die doel van die studie is beide die Afrikaanse en Engelse weergawes van die volgende toetse gebruik:

a) Toetsbattery: kinders

Die volgende toets is deur die kinders self ingevul:

Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PH)

b) Toetsbattery: Ouers

Vir die ouers is die volgende toetse geselekteer:

- Child Symptom Inventory-4 (CSI-4)
- Stress Response Scale (SRS)

'n Meer gedetailleerde uiteensetting van die toetse wat gebruik is, word as volg voorgehou.

4.2.3.1 Child Symptom Inventory-4 (CSI-4) (Gadow & Sprafkin, 1998)

- Rasionaal

Die Child Symptom Inventory-4 (CSI-4) kan aangewend word as 'n instrument wat die sifting van gedrags-, affektiewe en kognitiewe simptome van psigiatrisie versteurings by kinders moontlik maak. Die items wat in hierdie toets voorkom, is gebaseer op die diagnostiese kriteria soos dit uiteengesit is in die Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) (APA, 1994). In die CSI-4 word hierdie kriteria egter op so 'n wyse aangebied dat dit verstaanbaar is vir nie-kliniese persone.

Die CSI-4 is ontwikkel ten einde waardevolle inligting met betrekking tot die simptome van kinders wat aan psigiatrisie versteurings ly, van ouers en onderwysers te bekom en betekenisvol aan te wend. Die CSI-4 maak dit ook moontlik om die kommunikasie van inligting tussen die skool wat die kind vir evaluasie verwys het, en die kliniese professionele persoon op 'n meer sistematiese wyse te laat geskied.

Gadow en Sprafkin (1998) identifiseer die volgende aspekte as voordele van die CSI-4:

- a) Dit vergelyk positief met ander skale en prosedures.
- b) Dit bespaar tyd en koste in vergelyking met 'n volledige psigiatrisie onderhoud.

- Aard, administrasie en interpretasie

Die CSI-4 bestaan uit twee soortgelyke weergawes, waarvan een op die ouer fokus en die ander op die onderwyser. Gadow en Sprafkin (1998) is van mening dat inligting van beide hierdie partye nodig is ten einde 'n volledige

simptoombeeld te verkry. Hulle redes vir hierdie mening bestaan hoofsaaklik uit die volgende:

- a) As gevolg van die verskille wat aanwesig is wanneer die milieu van 'n kind se tuiste vergelyk word met dié van sy/haar skool, kan dit gebeur dat die ouer en onderwyser verskillende observasies rakende simptome van die versteuring maak.
- b) In sommige gevalle kan dit gebeur dat die kind een spesifieke betekenisvolle ander uitkies om emosionele belewenisse mee te deel.
- c) Uit die aard van die saak sal die omgewing waarbinne die kind die meeste beperkinge ervaar 'n invloed uitoefen op die behandeling van simptome.
- d) Dit is moontlik dat een betekenisvolle ander tot 'n meer akkurate evaluering van die kind in staat is.
- e) Op hierdie wyse word meer inligting verkry, wat 'n meer akkurate begrip van die kind se simptome moontlik maak.

LET WEL: Vir die doel van hierdie studie is alleenlik resultate van die Ouer Vraelys ingesluit. Daar is besluit om alleenlik met die Ouer Vraelys te volstaan, aangesien hierdie vraelys meer omvattend is, soos reeds bespreek is, en die ouers uiteraard meer tyd saam met die kind deurbring. Op grond hiervan is van die standpunt uitgegaan dat die ouer moontlik 'n meer ingeligte opinie kan lewer. Hierdie aspek word verder in Hoofstuk 5 verduidelik.

Ten spyte van hierdie verskille, is die arabiese getalle wat aan items toegeken is ooreenstemmend in beide oorsiglyste. As gevolg van bogenoemde weglatings uit die Onderwyser Oorsiglys, is hierdie lys dus nie opeenvolgend genommer nie.

Tydens die beantwoording van die vraelys word van die persoon verwag om 'n alternatief vir elke stelling uit te kies en aan te teken. Die alternatiewe wissel van *nooit*, *soms*, *dikwels*, tot *baie dikwels*.

Twee alternatiewe bestaan om die vraelys mee na te sien en te interpreteer:

1. Die Siftings-afsnyttelling-metode (Gadow & Sprafkin, 1998)

Hierdie metode maak gebruik van die hoeveelheid DSM-IV-simptome (simptoomkriteriatelling) wat nodig is ten einde die diagnose te kan maak. Hiervolgens kan ook vasgestel word of die simptome uitermatig voorkom. Die items word as volg geëvalueer:

- *Nooit* = 0
- *Soms* = 0
- *Dikwels* = 1
- *Baie dikwels* = 1

'n Simptoom word dus alleenlik as klinies betekenisvol beskou indien dit *dikwels* of *baie dikwels* voorkom.

2. Simptoomfelheidstellings (Gadow & Sprafkin, 1998)

Hier word verwys na die totaaltellings van die voorkomssyfers soos dit uit al die items in elke kategorie simptome daaruit sien. In hierdie geval word die items as volg nagesien:

- *Nooit* = 0
- *Soms* = 1
- *Dikwels* = 2
- *Baie dikwels* = 3

In die geval van items wat 'n *ja/-nee*-respons vereis, word *ja* hanteer as die gemiddeld van *dikwels* en *baie dikwels*, met 'n waarde van 2.5. *Nee* word beskou as die gemiddeld van *nooit* en *soms*, met 'n waarde van 0.5. Wanneer al die itemtellings bymekaar getel word, word 'n simptoomfelheidstelling vir elke kategorie verskaf.

- Betroubaarheid en geldigheid

Volgens navorsing blyk dit dat die CSI-4 (Ouer Vraelys) as siftingsinstrument vir gedrags- en emosionele versteurings by kinders betroubaar is. Wanneer resultate van die CSI-4 (Ouer Vraelys) vergelyk word met die psigiatriese diagnose wat op data gebaseer is (voorspelbaarheidsgeldigheid) is daar 'n redelik hoë mate van ooreenstemming met betrekking tot die meerderheid versteurings (Gadow & Sprafkin, 1998).

Die spesifiseringsindekse van al die kategorieë is redelik hoog. Die kriteria vir nasien van response van enkele versteurings moes egter hersien word ten einde sensitiwiteit te verhoog (Gadow & Sprafkin, 1998).

Gadow en Sprafkin (1998) stel dit dat in gevalle waar die CSI-4 (Ouer Vraelys) se tellings vergelyk word met die psigiatriese diagnose wat op data gebaseer is (voorspellingsgeldigheid), is daar 'n hoë mate van ooreenstemming met betrekking tot die meerderheid versteurings. Spesifiseringsindekse met betrekking tot die meeste van die kategorieë is ook hoog.

- Motivering vir keuse en gebruik

Mc Ewan (1998) spesifiseer 'n wye verskeidenheid probleme wat, afgesien van die simptome self, saam met psigiatriese versteurings in kinders kan presenteer. Hierdie probleme sluit onder andere akademiese problematiek, verswakte probleem-oplossingsvermoëns, gedragsprobleme en emosionele reaktiwiteit in. Dit is vanselfsprekend dat hierdie aspekte 'n negatiewe invloed op die aard van 'n kind se coping en selfbeeld kan uitoefen, wat essensieel is vir die doel van hierdie studie.

Verder blyk dit dat psigiatrisie versteurings wat nie gediagnoseer word nie – en gevolglik nie behandel kan word nie – verreikende negatiewe gevolge kan inhou (Stein, Seedat, Niehaus & Emsley, 1998). Voorbeelde hiervan sluit anti-sosiale gedrag en substansmisbruik in. Indien 'n instrument dus 'n akkurate diagnose van ATHV in 'n korter tyd kan verskaf, is die voordele daarvan – beide in die praktyk en vir die doel van hierdie studie - duidelik.

Hierdie redes, in kombinasie met die bevredigende psigometriese eienskappe wat vroeër uiteengesit is, vorm die basis vir insluiting van die CSI-4 in hierdie studie.

4.2.3.2 Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PH) (Piers, 1984)

- Rasionaal

Die Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PH) is daarop gemik om 'n aanduiding te gee van die selfkonsep van kinders en adolessente (Piers, 1984). Piers definieer selfkonsep, soos dit deur hierdie instrument gemeet word, as 'n relatief stabiele stel houdings teenoor die self, wat 'n beskrywing en evaluasie van 'n persoon se eie gedrag en kenmerke verskaf (Piers, 1984).

Piers baseer hierdie instrument op sy uitgangspunt dat persone reeds in die kinderjare relatief vaste oortuigings rakende hulleself ontwikkel en internaliseer. Piers vermoed ook dat hierdie evaluasie van kinders se selfkonsepte nuttig kan wees vir die voorspelling van toekomstige gedrag, maar ook by voorkomende intervensie. Hy baseer hierdie idee daarop dat die selfkonsep nou verwant is aan verskeie ander aspekte van die individu se persoonlikheid en as sodanig ook van sy/haar funksionering.

- Aard, administrasie en interpretasie

Die PH bestaan uit 80 items en word deur die kind of adolessent self beantwoord. Die instrument is saamgestel uit die volgende ses subskale:

a) Gedrag ("Behaviour")

Hierdie skaal word gebruik om te bepaal in watter mate die kind problematiese gedrag herken, al dan nie.

b) Intellektuele en skoolstatus ("Intellectual and School Status")

Hier word ondersoek ingestel na die kind se evaluering van sy/haar vermoëns wat take van intellektuele en akademiese aard betref, asook na sy/haar algemene gevoel rakende skool en verwagtinge vir die toekoms.

c) Fisiese voorkoms en Karaktertrekke ("Physical Appearance and Attributes")

Hierdie skaal meet die kind se gevoel rakende sy/haar fisiese voorkoms, asook karaktertrekke soos leierskap.

d) Angs ("Anxiety")

Hier word algemene emosionele versteurings, asook disforiese gemoed gemeet. Die individuele items is gemik op 'n verskeidenheid spesifieke emosies soos senuweeagtigheid, hartseer en vrees.

e) Populariteit ("Popularity")

Hier word aandag geskenk aan die kind se evaluering rakende sy/haar gewildheid onder die portuurgroep, aan die feit of hy/sy gekies word vir speletjies, asook aan sy/haar vermoë om nuwe vriende te maak. Lae tellings op hierdie skaal kan dus dui op aspekte soos 'n gebrek aan interpersoonlike vaardighede.

f) Geluk en Tevredenheid ("Happiness and Satisfaction")

Hier word aspekte gemeet wat verband hou daarmee om gelukkig te wees en oor die algemeen gelukkig te wees met sy/haar lewe. Lae tellings op hierdie skaal dui dus op ontevredenheid, negatiewe eiewaarde en ontevredenheid met die situasie.

Hierdie subskale maak 'n meer gedetailleerde interpretasie moontlik. Die evaluering van die selfkonsep word deur middel van die totale routelling, 'n persentieltelling en 'n opsommende stanegetelling weergegee.

Hierdie skaal is ontwerp vir kinders van die ouderdom van 8 jaar tot en met 18 jaar. Dit neem ongeveer 15 tot 20 minute om in te vul. Vir die doel van hierdie studie is die PH in groepe afgeneem, soos een van die gebruikswyses daarvan toelaat.

Alhoewel die PH met 'n rekenaar nagesien kan word, is dit in hierdie studie met die hand gedoen. Die totale routelling en die routellings van die 6 subskale is ingesluit. Hoë tellings op alle skale het gedui op 'n positiewe selfkonsep, en omgekeerd.

- Betroubaarheid en geldigheid

Die toets-hertoetsbetroubaarheidsindekse van hierdie instrument wissel van 0.42 tot 0.96, terwyl indekse van interne konsekwenheid wissel van 0.88 tot 0.93 (Piers, 1984). Hierdie betroubaarheidstellings vergelyk positief met ander soortgelyke metings vir kinders en adolessente. Die PH beskik dus oor voldoende temporele stabiliteit en interne konsekwenheid (Piers, 1984).

'n Sekere hoeveelheid empiriese studies is uitgevoer ten einde die inhouds-, kriteriumverwante en konstruktgeldigheid te meet. Tydens hierdie studies is metodes soos item-analise, interkorrelasies en vergelyking van response

gebruik. Die PH is ook vergelyk met ander skale wat dieselfde konstrunkte meet. Die resultate het egter gewissel van gunstig tot minder gunstig. Hierdie wisseling is moontlik die gevolg van betrokke veranderlikes soos geslag en intelligensie (Piers, 1984).

- Motivering vir keuse en gebruik

Dit blyk dat kinders met ATHV se selfkonsep geweldig verlaag as gevolg van die simptome eie aan die versteuring (Train, 2000). Dit kan lei tot ander probleme soos depressie, angs en verwarring rakende selfevaluasie. Indien dit die geval is, kan die vroegtydige identifikasie van 'n selfbeeldprobleem meer effektiewe pogings tot behandeling moontlik maak.

Die PH is gestandaardiseer op die relevante ouderdomsgroepe en beskik oor voldoende psigometriese eienskappe. Verder kan dit lei tot die verkryging van gedetailleerde inligting rakende spesifieke domeine wat met hierdie konstruk verband hou. Dit maak dit ook moontlik om op spesifieke problematiese aspekte tydens behandeling (en navorsing) te konsentreer.

4.2.3.3 Stress Response Scale (SRS) (Chandler, 1986)

- Rasionaal

Chandler (1986) is van mening dat die assessering van 'n kind se ervaring van stres waardevolle kliniese inligting kan verskaf. Hierdie assessering sluit die volgende aspekte in (Chandler, 1986):

- a) die identifisering van stressors eie aan die kind se verwysingsraamwerk;
- b) die verkenning van maniere waarop die kind hierdie stressors beleef;
- c) die identifisering van die impak wat hierdie stressors het op verskillende areas van die kind se funksionering; en

d) die mate waarin bogenoemde faktore die kind se aanpassingsgedrag beïnvloed.

- Aard, administrasie en interpretasie

Die SRS is 'n skaal wat gedrag meet aan die hand van 40 spesifieke items. Hierdie items word op 'n vyfpuntskaal gemeet (nooit = 0; altyd = 5). Die ontwerp van hierdie skaal is gebaseer op die verskillende stresresponsstyle wat kinders kan aanwend. Daar word dus van die standpunt uitgegaan dat die kind se respons op stres beskryf word as 'n handeling in reaksie op 'n stressor (Chandler, 1993).

Die volgende vyf stresresponse word in hierdie instrument gemeet:

a) Impulsiewe gedrag (Na-buite-lewend/"acting out")

Hoë tellings op hierdie skaal sal meer dui op veeleisende gedrag soos dit na vore kom in selfsugtigheid en 'n gebrek aan ontsag vir outoriteit. Hierdie kinders kan geneig wees om aggressief te raak en is meesal hardkoppig.

b) Passief-aggressiewe gedrag

Hier word die gebruik van passief-aggressiewe gedrag om met stressors te cope gemeet. Dit kom na vore in kinders wat take tot die laaste oomblik uitstel en negatiewe houdings rakende die skool openbaar. Hierdie aspek het uiteraard 'n negatiewe invloed op akademiese prestasie.

c) Impulsiewe gedrag (Ooraktiwiteit)

Hier word hoë vlakke van aktiwiteit gemeet, soos dit na vore kom in deelname in groepverband, opgewondenheid en 'n mate van speelsheid.

d) Onderdrukking

Hierdie subskaal meet onderdrukking as 'n respons op stressors. Kinders wat dit toepas sal byvoorbeeld maklik ontsteld raak en meer sensitief voorkom.

e) Afhanklikheid

Hierdie skaal meet response wat meer afhanklik van aard is. Dit dui dus op 'n gebrek aan assertiwiteit en moontlike laer selfvertroue, wat deelname binne die skool-opset kan inperk.

- Betroubaarheid en geldigheid

Chandler (1986) het verskeie navorsingsprojekte geloods ten einde die betroubaarheid en geldigheid van hierdie toets te identifiseer. Hy spesifiseer bevredigende interne konsekwentheid, maar noem dat daar uiteenlopende resultate gevind is met betrekking tot geldigheid. In die algemeen blyk dit dat die SRS voldoen aan die vereistes vir toereikende geldigheid in verskillende opsigte.

- Motivering vir keuse en gebruik

Chandler (1986) is van mening dat hierdie skaal waardevolle inligting kan verskaf rakende die kind se ervaring en hantering van stres. Uit hierdie inligting kan betekenisvolle afleidings dus gemaak word met betrekking tot die aard van kinders se coping, wat 'n sentrale aspek van hierdie studie uitmaak. Die volgende teoretici wat by hierdie studie ingesluit word, vind aansluiting by Chandler se konstrakte:

- Fields en Prinz (1997) verwys na vermydingstrategieë in die aanwesigheid van stres, wat aansluit by Chandler se konsep van onderdrukking.
- Kaplan, Sadock en Grebb (1994) verwys na kinders met ATHV wat emosionele uitbarsting en ooraktiewe gedrag toepas as meganismes om te cope. Hierdie aspek vind aansluiting by beide impulsiewe subskale.

Aangesien die subskale van hierdie toets waardevolle inligting met betrekking tot die copingstyle van kinders met ATHV kan verskaf, word dit by hierdie studie betrek.

4.2.4 Navorsingsprosedure

4.2.4.1 Oriëntering

Hierdie studie maak deel uit van 'n inter-universitêre navorsingsprojek van die Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys en die Universiteit van die Vrystaat. Dit word uitgevoer onder leiding van dr. E. van Rensburg en dr. R. Beukes. Deelnemers aan die projek het byeengekom ten einde die beplanning te behartig, asook die meetinstrumente te bekom. In 'n poging om hierdie studie so omvattend en verteenwoordigend moontlik te maak, het die deelnemers verskeie streke en skole geselekteer. Ten einde verteenwoordigende inligting te bekom, is kinders van stedelike sowel as plattelandse gebiede ingesluit. Aandag is ook daaraan gegee om verskillende taal- en bevolkingsgroepe te betrek.

4.2.4.2 Fases in die navorsingsproses

Die fases waarin die studie uitgevoer is, bestaan uit die volgende:

- a) Die samewerking van skoolhoofde van geselekteerde skole is eerstens verkry. Uit die beskikbare geselekteerde skole is kinders deur middel van ewekansige seleksie betrek. Inligtingsbriewe wat die nodige inligting en doel van die ondersoek stipuleer, is aan ouers voorsien ten einde hul ingeligte toestemming te verkry.
- b) Die toetsbattery is op klein groepe kinders by die skole afgeneem. Dit het geskied onder toesig van 'n psigometris en sy/haar assistent.
- c) 'n Inligtingsbrief is saam met die SRS en die CSI-4 aan die ouers voorsien.

- d) Vier dae nadat die kindertoetsing volvoer is, is vraelyste van die ouers en onderwysers aan die toetsafnemer ingedien.
- e) Die vraelyste is vervolgens nagesien.
- f) 'n Databank met al die toetsdata is saamgestel.
- g) Data wat relevant is vir hierdie navorsing is deur die huidige onderzoeker onttrek.

4.2.5 Navorsingshipoteses

4.2.5.1 Die eerste hipotese van hierdie studie sien as volg daaruit:

NUL-HIPOTESE 1:

Kinders met ATHV se coping verskil nie van dié van kinders sonder ATHV nie.

ALTERNATIEWE HIPOTESE 1:

Kinders met ATHV se coping verskil van dié van kinders sonder ATHV.

4.2.5.2 Die tweede hipotese van hierdie studie lui as volg:

NUL-HIPOTESE 2:

Kinders met ATHV se selfbeeld verskil nie van dié van kinders sonder ATHV nie.

ALTERNATIEWE HIPOTESE 2:

Kinders met ATHV se selfbeeld verskil van dié van kinders sonder ATHV.

4.2.6 Statistiese verwerking van resultate

Student-t-toetse is gebruik om die resultate van vraelyste en skale te ontleed. Hierdeur is statistiese beduidendheid vasgestel. Die resultate is ook deur middel van Cohen se tegniek ontleed ten einde praktiese betekenisvolheid te bepaal.

Hierdie statistiese tegnieke word vervolgens bespreek.

4.2.6.1 t-toetse: dit is gebruik om die statistiese beduidendheid van verskille tussen kinders met en sonder ATHV ten opsigte van selfbeeld en coping vas te stel

Indien die deelnemers aan 'n studie op 'n ewekansige wyse geselekteer is, of indien die veranderlike wat bestudeer word 'n subjekveranderlike is (byvoorbeeld mans versus dames), is die groepe onafhanklik van mekaar. In hierdie studie is 'n subjekveranderlike wel aanwesig (kinders met ATHV en kinders sonder ATHV), gevolglik word die t-toets vir onafhanklike groepe as statistiese tegniek geselekteer (Coetzee *et al.*, 1990).

Die t-toets word gebruik om die verskil tussen twee gemiddelde tellings te bepaal ten einde vas te stel of die verskil groter is as wat verwag sou word van blote toeval alleen. Volgens hierdie tegniek word die verskil tussen die twee populasiegemiddeldes, oftewel $\mu_1 - \mu_2$, onder die loep geneem. Volgens die werking van hierdie toets word elke subjek slegs een maal getoets. Daar word aangeneem dat die tersaaklike populasies normaal verdeel is (Coetzee *et al.*, 1990; Marascuilo & Serlin, 1988).

Verder word daar ook aanvaar dat die steekproewe ewekansig en onafhanklik is.

Die formule lyk as volg:

$$t = \frac{T_1 - T_2}{\sqrt{(n/n-1) [(\sum x_1^2 + \sum x_2^2) - (T_1^2 + T_2^2)/n]}} , \text{ waar } n = n_1 = n_2$$

Sleutel vir bogenoemde formule:

- t : Die berekende standaardfout van die verskil tussen gemiddeldes
- T_1 : Die som van die gemiddelde tellings wat deur kinders met ATHV behaal is op die meetinstrumente
- T_2 : Die som van die gemiddelde tellings wat deur kinders sonder ATHV behaal is op verskillende meetinstrumente
- n : Die steekproefgrootte
- x_1^2 : Die som van die gekwadreerde gemiddeldes wat deur kinders met ATHV behaal is op die meetinstrumente
- x_2^2 : Die som van die gekwadreerde gemiddeldes wat deur kinders sonder ATHV behaal is op die meetinstrumente

Die volgende stappe word geneem ten einde die waarde van t vas te stel (Coetzee *et al.*, 1990):

Stap 1:

Hier word die statistiese hipoteses gestel:

$$H_0: \mu_1 = \mu_2$$

$$(H_0: \mu_1 - \mu_2 = 0)$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_2$$

$$(H_1: \mu_1 - \mu_2 \neq 0)$$

Die sleutel vir bogenoemde statistiese hipotese:

- H_0 : Die nul-hipotese
- H_1 : Die nie-rigtinggewende alternatiewe hipotese
- μ_1 : Die gemiddelde telling van die toetstellings wat behaal is deur kinders met ATHV met betrekking tot die meetinstrumente wat coping en selfbeeld evalueer
- μ_2 : Die gemiddelde telling van die toetstellings wat behaal is deur kinders sonder ATHV met betrekking tot die meetinstrumente wat coping en selfbeeld evalueer

Stap 2:

Gebruik die formule wat reeds verskaf is ten einde die berekende waarde te bepaal.

Stap 3:

Vervolgens word die grade van vryheid as volg bereken:

$N - 2 = n_1 + n_2 - 2$, waar n_1 en n_2 die twee steekproefgroottes is.

Die waarde van $t(N - 1, \alpha)$ kan op hierdie punt uit die t-tabel afgelees word.

Alternatiewelik kan die p-waarde bepaal word.

Stap 4:

Onder normale omstandighede word die volgende beslissingsreël aanvaar:

Verwerp H_0 indien $|t| > t(N-1, \alpha)$, waar $\alpha = 0.05$.

Alternatiewelik kan H_0 verwerp word indien $p < 0.05$.

Slegs p-waardes wat kleiner is as 0.05 word as statisties betekenisvol beskou. Indien p dus kleiner is as 0.05, word die nul-hipotese verwerp en die alternatiewe hipotese aanvaar.

4.2.6.2 Cohen se tegniek: die bepaling van praktiese betekenisvolheid van die aanwesigheid van ATHV by kinders met betrekking tot selfbeeld en coping

In hierdie tegniek word gebruik gemaak van die gestandaardiseerde verskil, wat verwys na die verskil tussen twee gemiddeldes, oftewel die gemiddelde vanaf 'n voorgestelde waarde, wat gedeel word deur die standaardafwyking (Steyn, 1999). Die formule sien as volg daaruit:

$$d = \frac{\mu_1 - \mu_2}{\sigma}$$

Sleutel vir bogenoemde formule:

- μ_1 : Die gemiddelde telling van kinders met ATHV met betrekking tot selfbeeld en coping
- μ_2 : Die gemiddelde telling van kinders sonder ATHV met betrekking tot selfbeeld en coping
- σ : Albei bogenoemde populasies se standaardafwyking
- d : Die gestandaardiseerde verskil, oftewel die effekgrootte

Steyn (1999) sit die volgende riglyne van Cohen met betrekking tot die beoordeling van die resultate uiteen:

$|d| = 0.2$: Klein effek; dit dui dus op nie-betekenisvolheid.

$|d| = 0.5$: Matige effek; dit dui op moontlike betekenisvolheid.

$|d| \geq 0.5$: Groot effek; dit dui op betekenisvolle resultate en impliseer dus praktiese belang.

Vir die doel van hierdie studie dui matige of groot effekgroottes praktiese betekenisvolheid aan.

4.2.7 Etiese aspekte

1. Ingeligte toestemming is van beide ouers en skoolhoofde verkry.
2. Deelname aan die projek was streng vrywillig.
3. Die toetse is afgeneem deur relevante professionele persone, naamlik sielkundiges, intern-sielkundiges en psigometrici.
4. Die identiteit van elke deelnemer is beskerm deur die data anoniem te hou.
5. Die deelnemers het geen veiligheidsrisiko geloop as gevolg van deelname aan hierdie projek nie.

4.3 Samevatting

In hierdie hoofstuk is die aard van die empiriese ondersoek uiteengesit. Spesifieke aandag is gegee aan die ontwerp, ondersoekgroep, meetinstrumente, prosedure en statistiese ontleding.

Die volgende hoofstuk sal gewy word aan die resultate van die ondersoek, dit wil sê die ontleding en interpretering daarvan.

HOOFSTUK 5

RESULTATE EN INTERPRETASIE

5.1 Inleiding

In hierdie hoofstuk word die resultate van die empiriese ondersoek uiteengesit en geïnterpreteer. Resultate van die t-toetse word ontleed ten einde die statistiese beduidendheid te bepaal. Hierdie ontleding word dan saam met Cohen (kyk Steyn, 2000) se tegniek gebruik om praktiese betekenisvolheid van die verskille in selfbeeld en coping tussen kinders met ATHV en kinders sonder ATHV te bepaal.

5.2 Tekortkoming van die studie wat betroubaarheid en geldigheid kan beïnvloed

Soos reeds in Hoofstuk 4 verduidelik is, is alleenlik die Ouer Vraelys van die CSI-4 vir die doel van hierdie studie gebruik. Daar is besluit om die Onderwyser Vraelys weg te laat, aangesien die ouers en onderwysers van kinders se opinies rakende die intensiteit van hulle simptome in die meeste gevalle nie ooreenstem nie, wat 'n negatiewe invloed op die navorsingsuitslae het. Die probleem ontstaan wanneer die persentasie kinders waarvan die ouers en onderwysers wel saamstem rakende hul simptome te klein is om betekenisvol vir navorsingsdoeleindes aan te wend. Herbert (1998) rapporteer dieselfde probleem en spesifieer dat botsende resultate, soos verkry van die ouer en onderwyser, 'n algemene verskynsel en struikelblok is in studies rakende kinders met ATHV. Verder is dit so dat dit op sigself 'n gekompliseerde diagnose is om te maak, juis as gevolg van die komplekse aard van die versteuring, soos duidelik geblyk het in Hoofstuk 2.

Met die oog daarop om hierdie praktiese struikelblok uit die weg te ruim, is alleenlik van die Ouer Vraelys gebruik gemaak, met die veronderstelling dat die ouer meer tyd saam met die kind deurbring en as sodanig 'n meer akkurate mening kan lug. Tog moet dit erken word dat die simptome in minstens twee van die kind se areas van funksionering moet voorkom alvorens die diagnose gemaak kan word (Herbert, 1998). Hierdie aspek kon dus 'n negatiewe invloed uitoefen op die betroubaarheid en geldigheid van die volgende resultate.

Gadow en Sprafkin (1998) noem wel dat dit uit hulle navorsing blyk dat die CSI-4 se Ouer Vraelys as 'n siftingsinstrument vir gedrags- en emosionele versteurings betroubaar is. Wanneer die resultate van hierdie vraelys vergelyk word met 'n psigologiese diagnose wat op data gebaseer is (voorspelbaarheidsgeldigheid), is daar 'n redelike hoë mate van ooreenstemming met betrekking tot die meerderheid versteurings. Wat Gadow en Sprafkin wel beklemtoon, is dat die kombinasie van die Ouervraelys met die Onderwyservraelys die instrument se sensitiwiteit – en dus akkuraatheid – verhoog.

Die studiepopulasie waarop hierdie ondersoek uitgevoer is het uit 242 seuns en 305 dogters bestaan. Aangesien alle vraelyste egter nie bruikbaar was nie, was die finale samestelling 47 kinders met ATHV en 468 kinders sonder ATHV, dit wil sê 515 kinders in totaal. Ongeveer 10% van die ondersoekgroep is dus met ATHV gediagnoseer. Hierdie syfer is effens hoër as die mees onlangse internetpublikasie wat die voorkoms van kinders met ATHV as 7% identifiseer (Anon, 2000).

Vervolgens word 'n uiteensetting van die ouderdomme van die kinders in die totale studiepopulasie verskaf, ten einde 'n aanduiding te gee van die ouderdomme wat by hierdie ondersoek betrek is.

Die ouderdomme van die kinders het as volg gewissel:

Tabel 1: Ouderdomme van die studiepopulasie

<u>Ouderdom</u>	<u>Frekwensie</u>
9 jaar	10.5%
10 jaar	49.1%
11 jaar	15.3%
12 jaar	15.7%
13 jaar	9.4%

5.3 Evaluasie van doelwitte en hipoteses

5.3.1 Verskille met betrekking tot die coping van kinders met en sonder ATHV

5.3.1.1 Uiteensetting van hipoteses en relevante resultate

0-HIPOTEESE 1:

Kinders met ATHV se coping verskil nie van dié van kinders sonder ATHV nie.

ALTERNATIEWE HIPOTEESE 1 :

Kinders met ATHV se coping verskil van dié van kinders sonder ATHV.

Die hieropvolgende tabel verskaf 'n uiteensetting van die resultate wat op die SRS verkry is.

Tabel 2: Vergelyking van gemiddeldes ten opsigte van coping by kinders met ATHV en kinders sonder ATHV.

Subskale	Kinders met ATHV ($\bar{x}$)	Kinders sonder ATHV ($\bar{x}$)	p-waarde (p)	Effekgrootte (d)
SRS A	25.894	18.137	<.0001*	0.9588**
SRS P	23.936	15.626	<.0001*	1.0229**
SRS O	27.021	24.964	0.0105*	0.3557
SRS R	12.809	9.938	0.0003*	0.6356**
SRS D	13.979	13.09	0.1685	0.2306
SRS T	90.202	67.051	<.0001*	1.4405**

* Statistiese beduidendheid

** Statistiese beduidendheid en praktiese betekenisvolheid

SRS A: Impulsief (Na-buite-lewend/”Acting out”)

SRS P: Passief-Aggressief

SRS O: Impulsief (Ooraktief)

SRS R: Onderdruk (“Repressed”)

SRS D: Afhanklik (“Dependent”)

SRS T: Stresrespons-totaal

5.3.1.2 Bespreking van resultate uit Tabel 2

Die volgende afleidings kan uit die resultate van **Tabel 2** gemaak word:

- SRS A

Hierdie skaal meet impulsiewe of uitreagerende gedrag. Hoë tellings op hierdie skaal sal dus dui op die teenwoordigheid van ‘n gebrek aan ontsag vir outoriteit, op selfsugtigheid en op die geneigdheid om veeleisend te wees.

Op hierdie skaal is daar 'n statisties beduidende verskil van $p < 0.0001$. Hierdie skaal toon ook 'n praktiese betekenisvolheid ($d = 0.9588$).

Hierdie resultate impliseer dus dat kinders met ATHV meer geneig is om impulsiewe gedrag te openbaar in reaksie op stressors as wat die geval is by kinders sonder ATHV. In die geval van hierdie subskaal dui impulsiewe gedrag egter op die neiging tot "acting out behaviour", wat meer aggressief van aard kan wees. Hierdie resultate word ondersteun deur navorsing van die volgende teoretici:

Fisher en Beckley (1999) het die toepas van aggressiewe, oftewel opponerende gedrag, en die latere moontlikheid van anti-sosiale gedrag by kinders met ATHV geïdentifiseer. Kaplan, Sadock en Grebb (1994) sluit hierby aan en bevestig dat 75% van die kinders met ATHV 'n konsekwente mate van gedragsimptome, naamlik aggressie en vyandigheid toon. Farrington (1998) wys ook op 'n verband tussen hiperaktiwiteit en kriminaliteit, wat tot die latere ontwikkeling van anti-sosiale gedrag kan lei. Hy skryf hierdie aspek grootliks toe aan die geneigdheid tot impulsiewe gedrag en besluite wat die gevolge van 'n persoon se aksies buite rekening laat. Die konsep daarvan om "buite beheer" op te tree, hou ook verband met die impulsiewe gedrag wat in die aanwesigheid van stressors aangewend kan word. Train (2000) sluit hierby aan en stel dit dat kinders met ATHV uitermatig reageer op stresvolle situasies.

- SRS P

Hierdie skaal meet aspekte wat die uitstel van opdragte en negatiewe houdings teenoor die skool insluit. Gevolglik kan 'n hoë telling in hierdie opsig problematiek by die skool aantoon.

Die p-waarde van hierdie subtoets dui ook op statistiese beduidendheid ($p < 0.0001$), wat ook prakties betekenisvol is ($d=1.0229$). Hieruit blyk dus dat kinders met ATHV in 'n groter mate geneig is om passief-aggressiewe gedrag aan te wend in stresvolle situasies. Dit kan moontlik die gevolg wees van ontoereikende kommunikasievermoëns. Hierdie aspek, in kombinasie met 'n onvermoë om sy/haar eie emosies te verstaan, kan meebring dat passief-aggressiewe gedrag 'n verstaanbare meganisme in die coping repertoire van 'n kind met ATHV is (Fisher & Beckley, 1999). Die volgende persone stem hiermee saam en spesifiseer verskillende vorme waarin passief-aggressiewe gedrag kan figureer:

Kadesjö en Gillberg (2001) het bevind dat kinders met ATHV meer gedragsprobleme binne die skool-opset openbaar as kinders sonder ATHV. Hierdie aspek het uiteraard ook 'n negatiewe invloed op hul aanpassing in hierdie milieu, wat moontlik op 'n negatiewe houding kan dui. Kutscher (2000) en Glazer (2001) spesifiseer aspekte eie aan kinders met ATHV as 'n geneigdheid om take uit te stel. Dit blyk ook dat hulle dit moeilik vind om met 'n opdrag te begin en te volhard tot dit voltooi is. Hulle vind dit ook moeilik om vasgestelde prosedures te volg. Hierdie aspekte kan dus tot onderprestasie en probleme met aanpassing in die skool lei.

- SRS O

Hierdie subskaal meet ook impulsiewe gedrag, maar dit fokus meer op ooraktiewe gedrag as op aggressie, soos in SRS A. Hier word dus verwys na 'n kind se neiging om meer speels, opgewonde en deelnemend te wees.

Die statistiese beduidendheid van die SRS O ($p = 0.0105$), hoewel dit prakties nie beduidend is nie ($d=0.3557$) en dui dus daarop dat kinders met ATHV nie noodwendig meer geneig is tot impulsiewe, oftewel ooraktiewe, gedrag as

kinders sonder ATHV nie. Dit blyk dat hierdie aspek dus ook waar is in die aanwesigheid van 'n stressor.

Train (2000, p.81) beskryf die ooraktiewe gedrag wat in stresvolle situasies deur 'n kind met ATHV uitgeleef kan word as volg: "His state of distractibility may be aggravated by confusion or disturbance [...] he may escalate problems with his excessive impulsivity and hyperactivity. Because he cannot make sense of what is happening around him [...] he will do the first thing that comes into his head and will add to everyone's problems by continually rushing around [...]". Chandler (1986) noem egter dat dit ook kan dui op die ontlading van emosionele problematiek en as sodanig 'n sekere mate van aanpassende gedrag impliseer.

- SRS R

Hier word onderdrukte gedrag gemeet, wat kan dui op aspekte soos sensitiwiteit en emosionele kwesbaarheid. So sal hierdie kinders byvoorbeeld maklik onsteld raak oor gebeure.

Daar is ook statistiese beduidendheid in die p-waarde van die SRS R ($p = 0.0003$). Hierdie skaal se resultate is egter ook prakties betekenisvol ($d = 0.6356$). Dit beteken dus dat kinders met ATHV in 'n groter mate van onderdrukking as 'n coping-meganisme gebruik kan maak as kinders sonder ATHV.

Chandler (1986) sien die ontwikkeling van alternatiewe belonings as 'n coping-strategie. Die kind met ATHV sal dus kies om op ander aspekte te fokus ten einde die bron van stres te onderdruk. Hierdie verdedigingsmeganisme word ook deur Freud verduidelik as pynlike gevoelens of denke wat van die bewussyn uitgesluit word (Corey, 1996). Hierdie aspek sluit uiteraard aan by die dinamiek van die kind met ATHV,

aangesien sy/haar onvermoë om 'n situasie en persoonlike reaksies daarop te begryp aanleiding daartoe kan gee dat hy/sy die stressor liever ignoreer en op meer aangename aspekte fokus. Piekarska (2000) maak 'n onderskeid tussen konstruktiewe en destruktiewe coping-meganismes, waar destruktiewe metodes lae motivering om take uit te voer en vermyding van die probleemfaktor insluit. Soos blyk uit die voorafgaande bespreking is dit duidelik dat kinders met ATHV destruktiewe metodes, onder andere onderdrukking, kan aanwend. Fields en Prinz (1997) bevestig ook dat kinders in sommige gevalle vermydingstrategieë kan toepas onder die aanslag van 'n stressor. Volgens hulle kan vermyding op kognitiewe (byvoorbeeld deur die probleem te ontken), gedrags- (waar die kind byvoorbeeld poog om die probleem te vermy) of emosionele (byvoorbeeld deur 'n emosionele uitbarsting) vlak plaasvind. Die betekenisvolheid van hierdie resultaat bevestig dus dat kinders met ATHV van hierdie metodes in die proses van coping kan aanwend.

- SRS D

Hierdie subskaal meet afhanklike gedrag deur middel van die identifikasie, al dan nie, van aspekte soos assertiwiteit, selfvertroue en deelname.

Dit blyk dat die subskaal SRS D die enigste is wat nie 'n statisties beduidende resultaat oplewer nie. Hieruit kan die afleiding gemaak word dat kinders met ATHV nie verskil van kinders sonder ATHV ten opsigte van afhanklikheid wanneer hulle deur stressors gekonfronteer word nie. Hierdie resultaat verskil egter van sommige gepubliseerde menings:

Woods en Ploof (1997) bevestig dat kinders met ATHV in sommige gevalle nie daartoe in staat is om 'n psigiese band met ander persone aan te knoop nie, net soos hulle daarmee sukkel om betekenis aan gebeure en voorwerpe te heg. Dit is dus moontlik dat kinders met ATHV se assertiwiteit en

deelname nie noodwendig op gelykmatige coping-meganismes dui nie, maar eerder op 'n onbewustheid van die fyner nuanses wat in sulke situasies figureer. Die kind met ATHV sal byvoorbeeld assertief optree bloot omdat hy/sy 'n stimulus bevredig moet kry, sonder om die gevolge daarvan te oorweeg, eerder as 'n bewustheid dat assertiwiteit van sy/haar ouderdomsgroep verwag word. Verder weerspreek die voorafgaande bespreking wat op Erikson se teorie gegrond is ook hierdie resultaat. Weens die simptome van ATHV kom die kind wat daaraan ly meer struikelblokke teë in die proses om bemeestering te bereik (Herbert, 1998). Indien die kind met ATHV nie die skoolsituasie se verwagtinge kan bemeester nie, sal dit 'n impak hê op sy/haar deelname in 'n sosiale konteks, asook op sy/haar selfvertroue.

- SRS T

Hierdie subskaal meet die totaal van die stresresponse.

Die p-waarde van die SRS T dui op beide statistiese beduidendheid ($p < .0001$) en praktiese betekenisvolheid ($d = 1.4405$). Hieruit kan die afleiding dus gemaak word dat kinders met ATHV se coping oor die algemeen verskil van dié van kinders sonder ATHV.

Hierdie bevinding word ook in die literatuur ondersteun. Green en Chee (1997) noem dat kinders met ATHV sukkel met akademiese take, sosiaal ontoereikend is en gedurig in die moeilikheid beland. Hierdie aspekte kan toegeskryf word aan 'n onvermoë om suksesvol te cope met die invloed van ATHV op sy/haar funksionering.

Evans *et al.* (1987) bevestig dat die kind met ATHV op 'n daaglikse basis moet leer om met die simptome van die versteuring te cope, aangesien die natuurlike ontwikkeling van coping-vaardighede belemmer word deur die

teenwoordigheid van die versteuring. Laasgenoemde outeurs beveel kognitief-behavioristiese intervensie aan, wat beheer oor die kind met ATHV se omgewing deur middel van die volgende coping-strategieë moontlik maak: "Typical strategies in the cognitive-behavior framework include self-regulation, self-observation, self-monitoring, and self-reinforcement [...]" (Evans *et al.*, 1987, p.158). Die doel is dus om die kind te help om beheer oor sy/haar omgewing te neem en sodoende beter te cope.

Weens die gekompliseerde aard van die simptome van ATHV, benodig kinders wat aan die versteuring ly ondersteuning ten einde dit moontlik te maak om met die skoolsituasie te cope (Hensby, 2002). Hulp ten opsigte van aggressiewe reaksies en aanpassing by veranderende situasies binne die skool-opset word byvoorbeeld gespesifiseer. Berkelhamer (2002) sluit hierby aan en noem dat beide ouer en onderwyser moet saamwerk om die kind met ATHV te help om die nodige coping-vaardighede aan te leer.

5.3.1.3 Samevatting

Ten slotte kan gepostuleer word dat kinders met ATHV se coping oor die algemeen verskil van dié van kinders sonder ATHV. Dit blyk dat kinders sonder ATHV minder impulsiewe (met verwysing na beide "acting out" en ooraktiwiteit), passief-aggressiewe en onderdrukkende gedrag aan die dag lê in reaksie op stressors as wat die geval is by kinders met ATHV. Hierdie reaksies word dus in 'n groter mate as coping-meganismes aangewend deur kinders met ATHV. Verder blyk dit dat kinders met en sonder ATHV nie werklik verskil ten opsigte van hul aanwending van afhanklikheid as 'n coping-meganisme nie.

Die gevolgtrekking kan gemaak word dat kinders met ATHV se coping wel verskil van dié van kinders sonder ATHV. Die 0-hipotese 1 word dus verwerp en die alternatiewe hipotese aanvaar.

5.3.2 Verskille ten opsigte van selfbeeld tussen kinders met en sonder ATHV

5.3.2.1 Uiteensetting van hipoteses en relevante resultate

0-HIPOTESE 2:

Kinders met ATHV se selfbeeld verskil nie van dié van kinders sonder ATHV nie.

ALTERNATIEWE HIPOTESE 2:

Kinders met ATHV se selfbeeld verskil van dié van kinders sonder ATHV.

Die onderstaande tabel verskaf 'n uiteensetting van resultate behaal op die PH.

Tabel 3: Verskille ten opsigte van selfbeeld tussen kinders met en sonder ATHV

Subskale	Kinders met ATHV ($\bar{x}$)	Kinders sonder ATHV ($\bar{x}$)	p-waarde (p)	Effekgrootte (d)
PH 1	11.604	11.922	0.492	-0.0971
PH 2	11.917	11.986	0.876	-0.0195
PH 3	9.417	8.4	0.002*	0.3642
PH 4	9.208	8.841	0.366	0.1154
PH 5	7.875	7.445	0.187	0.165
PH 6	7.708	7.843	0.644	-0.0619
PH T	57.729	56.437	0.457	0.0903

* Statistiese beduidendheid

** Praktiese betekenisvolheid

PH 1: Gedrag

PH 2: Intellektuele en skoolstatus

PH 3: Fisiese voorkoms en karaktertrekke

PH 4: Angs

PH 5: Populariteit

PH 6: Geluk en tevredenheid

PH T: Totale selfkonsep

5.3.2.2 Bespreking van resultate uit **Tabel 3**

Ten spyte van die omvattende negatiewe invloed wat die simptome van ATHV op die kind se selfbeeld kan hê (Fisher & Beckley, 1999), blyk dit oor die algemeen uit die resultate in **Tabel 3** dat kinders met en kinders sonder ATHV in hierdie studiepopulasie hulleself baie eenders evalueer. Dit word afgelei uit die feit dat die totale selfkonsep-telling (PH T) nie statisties beduidend is nie (p-waarde = 0.457).

Hierdie vraelys was die enigste afdeling in hierdie studie wat deur die kinders self beantwoord moes word. Aangesien kinders met ATHV leer- en leesprobleme ervaar (Green & Chee, 1997; Jones, 2000; Train, 2000), is dit egter moontlik dat onakkuraatheid tydens die voltooiing van vraelyste kon insluip. Indien dit 'n invloed het, kan hierdie resultate minder betroubaar wees en moontlik nie 'n akkurate aanduiding gee nie.

Die spesifieke subskale word vervolgens bespreek:

- **PH 1**

Hierdie skaal meet aspekte wat verband hou met probleemgedrag van die kind self. 'n Lae telling dui op die afwesigheid van probleemgedrag, of die

ontkenning daarvan indien dit wel bestaan. 'n Hoë telling sal dus dui op bewustheid en die aanvaarding van verantwoordelikheid vir probleemgedrag. Die p-waarde van 0.492 dra geen statistiese beduidendheid nie. Hierdeur word dus geïmpliseer dat kinders met ATHV nie verskil van kinders sonder ATHV sover dit hierdie aspek betref nie. Uit die literatuur blyk dit dat hierdie resultaat ondersteun of verwerp kan word:

Louw (1996) noem dat egosentrisme afneem in die middelkinderjare, wat impliseer dat die kind met ATHV bewus raak van die manier waarop hy/sy deur ander persone ervaar en geëvalueer word. In hierdie opsig stem hul benadering tot probleemgedrag dus ooreen met kinders sonder ATHV, aangesien dit blyk dat kinders in die middelkinderjare hierdie kenmerk deel. Fisher en Beckley (1999) spesifiseer egter dat kinders met ATHV nie geraak word deur waardes of 'n gewete nie. Indien dit die geval is, kan dit daarop dui dat kinders met ATHV meer van ontkenning gebruik maak in gevalle waar hulle van probleemgedrag bewus raak.

- PH 2

Hierdie skaal meet intellektuele en skoolstatus, wat verwys na die kind se evaluering van sy/haar eie vaardighede met betrekking tot intellektuele en akademiese take. Algemene tevredenheid met die skool en toekomsverwagtinge word ook hierby ingesluit.

Die resultate op hierdie skaal is nie statisties beduidend of prakties betekenisvol nie ($p = 0.876$; $d = 0.019$), wat daarop dui dat kinders met ATHV ooreenstem met kinders sonder ATHV wanneer aspekte soos tevredenheid met die skool, toekomsvisie en akademiese vaardighede in ag geneem word.

Weens die intense belemmering wat die simptome van ATHV op akademiese funksionering meebring, word die betroubaarheid van die resultaat by hierdie

populasie bevraagteken. Bee (1995) noem dat die selfbeeld gedurende skooljare 'n meer vergelykende karakter aanneem. Hiermee word geïmpliseer dat 'n kind bewus raak van sy/haar eie vaardighede in vergelyking met dié van sy/haar klasmaats. Weens die beperkende invloed wat die simptome van ATHV op akademiese funksionering het, kan die kind met ATHV sy/haar vaardighede as ondergeskik in vergelyking met ander kinders beskou. Hier kan weereens na Erikson se teorie rakende bemeestering verwys word. Aangesien die kind met ATHV akademiese beperkinge ervaar, kan dit sy/haar algemene tevredenheid in die skool, asook toekomsvisie, beperk. Mc Ewan (1998) bevestig ook dat die kind met ATHV se selfbeeld verswak as gevolg van 'n onvermoë om te voldoen aan die verwagtinge in die skool-opset. Hierdie resultate is dus strydig met verwagte uitkomst wat deur navorsing geïmpliseer word.

- PH 3

Hierdie subskaal meet fisiese eienskappe en unieke karaktertrekke van die kind wat daaraan beantwoord. Hier kan dus 'n idee van sy/haar liggaamsbeeld verkry word. Eienskappe soos leierskap en die vermoë om idees uit te druk word ook hier gemeet (Piers, 1984).

Die navorser is egter van mening dat abstrakte konsepte soos leierskap en idees nie onder dieselfde afdeling as fisiese eienskappe gemeet kan word nie. Die rede vir die samevoeging van hierdie konsepte is vaag.

Die resultaat van hierdie subskaal is statisties beduidend (p -waarde = 0.002). Dit dui dus daarop dat kinders met ATHV hulleself meer negatief evalueer ten opsigte van fisiese voorkoms en karaktertrekke. Hierdie bevinding is egter nie prakties betekenisvol nie ($d=0.3642$).

Moontlike redes vir hierdie resultaat word as volg uiteengesit:

Aangesien die oorsprong van die versteuring 'n sterk verband toon met die werking van die brein (Fisher & Beckley, 1999; Mc Ewan, 1998; Train, 2000), sal die kind met ATHV moontlik ingelig word aangaande die organiese aspek wat sy/haar andersheid veroorsaak. In hierdie opsig is dit moontlik dat die kind met ATHV simptome van hierdie versteuring kan assosieer met 'n disfunksionele orgaan wat deel van sy/haar liggaam uitmaak. 'n Baie belangrike aspek wat ook in gedagte gehou moet word, is die medikasie van kinders met ATHV. Behalwe dat hulle in die meeste gevalle in die skoolopset ook hul medikasie moet neem, ten einde hul "siekte" in toom te hou, het die medikasie ook verskeie potensiele nuwe-effekte. Hierdie nuwe-effekte kan aspekte soos naarheid, borspyne, diarree en hardlywigheid insluit (Kaplan *et al.*, 1994; Stein *et al.*, 1998). Die invloed op aptyt kan ook 'n kragtige effek wees – hetsy beperkend of 'n groter mate van voedsel-inname as gevolg van die vermoë om langer stil te sit langs die etenstafel (Jones, 2000). Verder is dit ook 'n alombekende feit dat die medikasie vir ATHV groei kan beperk. Alhoewel dit nie in alle gevalle voor die hand liggend is nie, kan dit tog die kind se siening van sy/haar liggaam beïnvloed.

Uit die resultate van hierdie subskaal blyk dit dus ook dat aspekte soos die vermoë om 'n leier te wees en idees uit te ruil 'n meer negatiewe evaluasie ontlok by kinders met ATHV. Soos reeds bespreek is in Hoofstuk 3, speel die skoolsituasie 'n uiters belangrike rol in die lewe van kinders in die middelkinderjare. Aangesien die simptome van ATHV suksesvolle bereiking van die vereistes wat in hierdie fases gestel word kniehalter, kan die kind gevoelens van minderwaardigheid ontwikkel, wat kan bydra tot 'n negatiewe selfevaluasie (Louw, 1996). Kaplan *et al.* (1994, p.1065-1066) beklemtoon die negatiewe uitwerking op die kind met ATHV verder met hul stelling: "The resulting negative self-concept and reactive hostility are worsened by the children's recognition that they have problems." Indien die kind hom-/haarself dus as duidelik anders en moontlik selfs onvoldoende ervaar binne die skool-

opset, kan dit sy/haar bereidwilligheid en selfvertroue met betrekking tot aspekte soos leierskap en debattering, wat 'n sekere mate van selfversekerdheid impliseer, inperk of selfs vernietig.

- PH 4

Hierdie subskaal meet algemene emosionele problematiek, asook disforiese gemoed. Die individuele items is daarop gemik om spesifieke emosies soos senuweeagtigheid, hartseer en vrees te meet.

Aangesien hierdie subskaal nie statisties beduidend is nie (p-waarde = 0.366), blyk dit dat kinders met ATHV se emosies nie werklik verskil van kinders sonder ATHV nie. Die volgende outeurs verskil egter hiervan:

Kaplan *et al.* (1994) beklemtoon die emosionele onstabiliteit waarmee kinders met ATHV moet saamleef. Hulle stel dit as volg: "Children with ADHD are often explosively irritable. The irritability may be set off by relatively minor stimuli, which may puzzle and dismay the children. They are frequently emotionally labile, easily set off to laughter or to tears, and their mood and performance are apt to be variable and unpredictable" (Kaplan *et al.*, 1994, p.1065). Kinders met ATHV ontwikkel in baie gevalle selfs ko-morbiede gemoedsversteurings soos angst of depressie (Herbert, 1998; Kaplan *et al.*, 1994; Train, 2000).

- PH 5

Hierdie subskaal meet populariteit. Die kind se evaluasie van sy/haar gewildheid met betrekking tot die portuurgroep word dus hieruit duidelik.

Die p-waarde van 0.187 dui op statistiese onbeduidendheid. Hiermee word geïmpliseer dat die kind met ATHV se evaluering van sy/haar populariteit nie

verskil van dié van kinders sonder ATHV nie. Hierdie resultaat blyk om die volgende redes onwaarskynlik te wees:

Woods en Ploof (1997) vermoed dat die wêreld waarin die kind met ATHV leef baie eensaam moet wees, as gevolg van ontoereikende interpersoonlike vaardighede, soos die vermoë tot empatie. Hierdie aspek is dus teenstellend met die idee dat kinders met ATHV dieselfde populariteit as kinders daarsonder geniet. Kinders met ATHV se lae frustrasietoleransie en onvermoë tot selfbeheersing kan lede van die portuurgroep frustreer, wat sosiale uitsluiting kan meebring (Fisher & Beckley, 1999). Steytler (2000) noem dat kinders met ATHV met negatiewe etikette moet saamleef as gevolg van die simptome van ATHV. Verder blyk dit dat kinders met ATHV hierdie etikette internaliseer, wat hul selfbeeld negatief beïnvloed. Dit is dus vreemd dat die resultate van hierdie subtoets daarop dui dat kinders met ATHV hulleself op dieselfde manier evalueer as hul mede-skoliere met betrekking tot populariteit.

- PH 6

Hierdie skaal gee 'n aanduiding van die mate waarin die kind geluk en tevredenheid ervaar. Lae tellings kan dui op ongelukkigheid en negatiewe eiewaarde.

Die resultaat van hierdie skaal is nie statisties beduidend nie (p -waarde = 0.644). Hieruit word die afleiding dus gemaak dat kinders met ATHV dieselfde mate van geluk en tevredenheid ervaar as kinders wat nie daaraan lei nie. Skrywers wat by hierdie studie ingesluit is, maar hierdie resultaat weerspreek, sluit die volgende in:

Woods & Ploof (1997) beklemtoon die eensaamheid wat 'n definitiewe deel uitmaak van die kind met ATHV se realiteit. Kaplan *et al.* (1994) verwys na

die emosionele labiliteit en geweldige gemoedsveranderinge. Die ervaring van geluk blyk dus nie 'n standvastige gemoed en lewensbeskouing te wees nie. Verder is daar die ko-morbiede probleme, die ongerief van medikasie, etikettering en ander aspekte waardeur kinders met ATHV gekonfronteer word. Dit maak dit onwaarskynlik dat kinders met ATHV se gevoel van gelukkigheid met sy/haar situasie, asook eiiewaarde, sal ooreenstem met sodanige eienskappe van kinders sonder ATHV.

5.3.2.3 Samevatting

Uit die resultate wat verkry is deur middel van die Piers-Harris Children's Self-concept Scale, word dus bevind dat kinders met ATHV se selfbeeld oor die algemeen nie verskil van dié van kinders sonder ATHV nie. Alhoewel dit blyk dat kinders met ATHV hulleself meer negatief evalueer ten opsigte van aspekte soos liggaamsbeeld, leierskap en verwante konsepte, verteenwoordig hierdie aspek nie 'n statisties betekenisvolle diskrepans nie. Die 0-hipotese 2 word dus in hierdie geval aanvaar en die alternatiewe hipotese word verwerp.

5.4 Evaluering van hipoteses

5.4.1 Evaluering van 0-hipotese 1 (Coping)

0-HIPOTESE 1:

Kinders met ATHV se coping verskil nie van dié van kinders sonder ATHV nie.

ALTERNATIEWE HIPOTESE 1:

Kinders met ATHV se coping verskil van dié van kinders sonder ATHV.

Volgens resultate wat verkry is deur middel van t-toetse en Cohen se tegniek, word die 0-hipotese in die meeste subtoetse van "Stress Response Survey"

verwerp. Die verwerping van die 0-hipotese geld vir die volgende subtoetse: SRS A, SRS P, SRS O en SRS R.

Dit blyk dus dat kinders met ATHV se coping wel verskil van dié van kinders sonder ATHV ten opsigte van die volgende aspekte:

- Impulsiewe, "acting out"-gedrag.
- Passief-aggressiewe optrede.
- Impulsiwiteit wat verband hou met ooraktiewe gedrag.
- Onderdrukking.

Bogenoemde komponente is reeds meer volledig uiteengesit onder **5.1.1.2**. Hierdie resultate impliseer dus dat kinders met ATHV se coping oor die algemeen verskil van dié van kinders sonder ATHV.

5.4.2 Evaluering van 0-hipotese 2 (Selfbeeld)

0-HIPOTESE 2:

Kinders met ATHV se selfbeeld verskil nie van dié van kinders sonder ATHV nie.

ALTERNATIEWE HIPOTESE 2:

Kinders met ATHV se selfbeeld verskil van dié van kinders sonder ATHV.

Die 0-hipotese 2 word slegs verwerp vir die subtoets PH3: fisiese voorkoms en karaktertrekke van die Piers-Harris Children's Self-concept scale. Hieruit word afgelei dat daar slegs verskille in selfbeeld ten opsigte van fisiese eienskappe en unieke karaktertrekke soos leierskap bestaan.

Nie-verwerping van die 0-hipotese geld vir die volgende skale van die Piers Harris skaal:

- PH1: Gedrag.
- PH2: Intellektuele en skoolstatus.

- PH4: Angs.
- PH5: Populariteit
- PH6: Geluk en tevredenheid.

Hierdie resultate impliseer dat kinders met en sonder ATHV van die huidige ondersoek groep nie verskil ten opsigte van selfbeeld nie.

5.5 Gevolgtrekking

Hierdie hoofstuk is daaraan gewy om die resultate van die empiriese ondersoek uiteen te sit, te interpreteer en te bespreek. Die verskille ten opsigte van selfbeeld en coping tussen kinders met en kinders sonder ATHV is ondersoek deur middel van t-toetse en Cohen se tegniek ten einde statisties en prakties betekenisvolle verskille in die studiepopulasie vas te stel.

Die gevolgtrekking is gemaak dat die alternatiewe hipotese 1, naamlik dat coping van kinders met ATHV verskil van kinders sonder ATHV, aanvaar kan word. Die 0-hipotese 2, naamlik dat die selfbeeld van kinders met ATHV nie verskil van die selfbeeld van kinders sonder ATHV nie, kan dus na aanleiding van die resultate, nie verwerp word nie.

In die volgende hoofstuk sal 'n samevatting en spesifieke gevolgtrekkings aangebied word. Leemtes in hierdie ondersoek sal uitgewys word, asook aanbevelings vir verdere navorsing op hierdie gebied. Aanbevelings rakende die praktiese benutting van hierdie inligting sal ook weergegee word.

HOOFSTUK 6

GEVOLGTREKKING EN AANBEVELINGS

6.1 Inleiding

In hierdie hoofstuk sal 'n kort samevatting verskaf word van die literatuurstudie, die empiriese ondersoeke, asook die afleidings wat uit die statistiese bevindinge van die empiriese studie gemaak kan word.

Die tekortkominge van hierdie studie, asook die implikasies daarvan op die bevindinge sal ondersoek word.

6.2 Opsomming en gevolgtrekking

'n Kort opsomming van hierdie navorsing sal gemaak word deur te fokus op die gevolgtrekkings wat uit die empiriese resultate gemaak is. Die tekortkominge van hierdie navorsingsprojek, asook aanbevelings rakende die implementering van hierdie bevindinge en voorstelle vir verdere navorsing sal voorsien word.

6.2.1 Gevolgtrekkings gebaseer op die literatuurstudie

ATHV is 'n komplekse verskynsel wat 'n kragtige invloed het op alle sferes van die kind wat daaraan ly se funksionering, asook betekenisvolle ander in die kind se leëwêreld. Dit blyk dat ongeveer 5% van die kinders in Suid-Afrika daaraan ly, alhoewel hierdie statistiese beeld onakkuraat kan wees as gevolg van die komplikasies wat met die diagnose van ATHV verband hou (Stein, Seedat, Niehaus & Emsley, 1998).

'n Wye verskeidenheid oorsake word in verband gebring met die manifestasie van hierdie versteuring, waarvan die neurologiese basis die kragtigste blyk te

wees. Die verskillende probleme wat met breinfunksie verband hou, gee aanleiding daartoe dat die verskeidenheid simptome van ATHV buite die beheer is van die persoon wat daaraan ly.

'n Verdere kompliserende faktor is die sterk moontlikheid van die ontwikkeling van ko-morbiede kondisies, asook die neiging tot latere substansmisbruik.

Die gevolge van ATHV is onder andere duidelik in anti-sosiale gedrag, wat klaarblyklik die geval is as gevolg van 'n gebrek aan empatie. Verder ontwikkel die kind met ATHV nie die nodige waardes en gewete wat as beperkende faktor vir sy/haar optrede moet dien nie. Kinders met ATHV kan emosioneel buite beheer wees en ervaar ernstige kognitiewe inperking, veral as gevolg van die neurologiese aard van die versteuring.

Die simptome van ATHV het 'n beperkende effek op die bereiking van ontwikkelingsmylpale. In hierdie opsig is spesifiek verwys na die inmenging daarvan in die proses om gesonde coping-strategieë en 'n effektiewe selfbeeld te ontwikkel.

Wat coping betref, is aandag geskenk aan die stressors wat die aktivering van coping in werking stel. Aspekte wat hier 'n belangrike rol speel, is die hulpbronne wat die persoon wat moet cope tot sy/haar beskikking het, asook die aard van die stressor. Aangesien die coping-repertoire 'n aspek is wat van 'n baie jong leeftyd reeds begin ontwikkel, kan die simptome van ATHV hiermee inmeng.

Daar is bevind dat kinders in die middelkinderjare meerendeels van vermydingstrategieë gebruik maak in die geval van mediese stressors. Indien dit die geval is, is dit moontlik dat die kind met ATHV liewer die teenwoordigheid van hierdie mediese sindroom in sy/haar lewe sal ontken (Fields & Prinz, 1997). Verder blyk dit dat die kind met ATHV dit moeiliker vind om Erikson se fase van arbeidsaamheid teenoor minderwaardigheid effektief te deurloop, wat sy/haar

vermoëns tot onafhanklike funksionering en probleemoplossing kan inperk (Herbert, 1998). Die probleem met impulsbeheer en selfbeheersing oor sy/haar gedrag verminder ook die coping-hulpbronne wat die kind met ATHV tot sy/haar beskikking het (Fisher & Beckley, 1999). Dit is die geval omdat suksesvolle coping 'n sekere mate van beheer oor die self en situasie impliseer (Thompson, Murphy & Stradling, 1994).

In aansluiting by bogenoemde het Fields en Prinz (1997) in hul studie ook bevind dat verwerping deur die portuurgroep 'n kragtige stressor is vir kinders, wat uiteraard ook 'n negatiewe invloed op sy/haar selfbeeld kan uitoefen. Indien die kind met ATHV dus nie daartoe in staat is om suksesvol met hierdie en ander situasies te cope nie, kan dit ook aanleiding gee tot probleme in ander areas van funksionering, soos selfbeeld.

Tydens die bespreking van selfbeeld is na verskillende teorieë verwys wat bydraes gelewer het tot die konseptualisering daarvan. Hieruit het dit duidelik geblyk dat kinders in die middelkinderjare reeds oor 'n selfbeeld beskik, wat beïnvloed kan word deur aspekte waaraan hy/sy blootgestel word. Verder is daar bevind dat kinders in die middelkinderjare se selfbeeld meerendeels gegrond word op interne kwaliteite, oftewel psigologiese eienskappe van die individu (Santrock, 1996). Die kind met ATHV het dus onmiddellik 'n agterstand as gevolg van die geweldige psigologiese implikasies van hierdie sielkundige versteuring.

So vind daar byvoorbeeld sosiale vergelyking plaas, 'n proses wat die selfbeeld kan opbou of afbreek (Bee, 1995). Dit is egter duidelik dat die simptome van ATHV, wat die bereiking van ontwikkelingsmylpale, die opbou van sosiale verhoudinge en akademiese funksionering kniehalter, nie voorsiening maak vir die positiewe evaluasie van die self in vergelyking met die portuurgroep en andere nie.

Weereens kan die onvermoë om beheer oor Erikson se arbeidsaamheid te ontwikkel, die kind se vertroue in sy/haar eie vermoëns benadeel. Die identiteit van die kind met ATHV gaan ook gebuk onder 'n sterk mate van etikettering wat 'n realiteit is in sy/haar verwysingsraamwerk.

Uit die literatuurstudie is dit dus duidelik dat die teenwoordigheid van ATHV die kind se funksionering geweldig inperk, en spesifiek sy/haar coping en selfbeeld negatief kan beïnvloed.

6.2.2 Gevolgtrekkings op grond van die empiriese ondersoek

Die belangrikste gevolgtrekkings wat met hierdie studie verband hou, word as volg opgesom:

- a) Die eerste doelstelling van die empiriese studie was om vas te stel of kinders met ATHV se coping verskil van dié van kinders sonder ATHV.

'n Vergelyking tussen die normatiewe steekproef en 'n steekproef bestaande uit kinders wat met ATHV gediagnoseer is, blyk dit dat 'n verskil wel bestaan. Hierdie afleiding kan gemaak word aangesien 5 van die 6 subskale prakties beduidende en statisties betekenisvolle resultate opgelewer het. Hierdie bevinding stem ooreen met die bevindinge van ander navorsers (Fisher & Beckley, 1999; Piekarska, 2000; Train, 2000).

- b) Die tweede doelstelling van hierdie studie was om vas te stel of daar 'n verskil is tussen die selfbeeld van kinders met en sonder ATHV.

Uit 'n vergelyking van die resultate wat op die Piers-Harris Selfkonsep Skaal behaal is tussen 'n normatiewe groep kinders en 'n groep kinders wat gediagnoseer is met ATHV, blyk dit dat daar nie 'n verskil bestaan tussen die selfbeelde van kinders met en sonder ATHV nie. Hierdie afleiding is gemaak

op grond van die feit dat geen onweerlegbare bewyse op die subskale verkry is om op verskille tussen die twee groepe te dui nie. Hierdie gevolgtrekking is egter teenstrydig met die literatuur wat vir die doel van hierdie studie geraadpleeg is (Fisher & Beckley, 1999; Jones, 2000; Kaplan, Sadock & Grebb, 1994; Mc Ewan, 1998; Steytler, 2000).

6.3 Aanbevelings

6.3.1 Tekortkominge van die huidige navorsingsprojek en aanbevelings vir toekomstige navorsing op hierdie gebied

- Aangesien hierdie projek deel uitmaak van 'n groter inter-universitêre projek, is verskeie skale op die steekproefgroepe afgeneem. Dit is dus moontlik dat aspekte soos uitputting en verlies van motivering die resultate van die studie kon beïnvloed het.
- Soos reeds bespreek is, is die diagnose van kinders met ATHV vir die doel van hierdie studie gemaak op grond van inligting wat deur ouers verstrekkend is. Die ideaal is om eenstemmigheid tussen die ouer, onderwyser en moontlik selfs 'n mediese persoon te verkry alvorens 'n kind met ATHV gediagnoseer is. Ongelukkig is die praktiese beperkinge daarvan om 'n mate van eenstemmigheid te bereik 'n struikelblok wat navorsing op hierdie gebied negatief beïnvloed.
- Soos reeds in die teks genoem is, ervaar kinders met ATHV geweldige beperkinge ten opsigte van akademiese funksionering. Aangesien die resultate met betrekking tot selfbeeld gebaseer is op die enigste vraelys wat die kinders self in hierdie studie moes voltooi (PH), is dit moontlik dat leerprobleme ook hierdie resultate kon beïnvloed. Praktiese maatreëls kan aangewend word om hierdie moontlikheid te voorkom, byvoorbeeld om eerder 'n mondelinge onderhoud te voer.

6.3.2 Aanbevelings vir die praktiese implementering van die bevindinge van hierdie studie

Die doel van hierdie studie was om te bepaal of die aanwesigheid van die simptome van ATHV coping en selfbeeld van kinders wat daaraan ly negatief beïnvloed en as sodanig aanleiding gee tot 'n verskil in coping en selfbeeld tussen kinders met en sonder ATHV. Uit die empiriese bevindinge het dit geblyk dat kinders met ATHV se selfbeeld nie werklik verskil van kinders sonder ATHV nie, maar hul coping wel.

Aangesien hierdie aspek dus statisties bewys is, kan dit waardevolle inligting beskikbaar stel aan professionele persone wat met kinders met ATHV werk. Hierby word onder andere die onderwyser, psigoterapeut en ook ouers ingesluit. Die waarde lê daarin dat kinders met ATHV meer ondersteuning in die proses om 'n coping-repertoire te ontwikkel nodig het. Indien vroegtydig aan hierdie aspek aandag gegee word, kan dit die inperking van die ontwikkeling van gesonde coping-strategieë verminder.

6.3.2.1.1 Praktiese voorstelle vir die proses om kinders met ATHV te help om hul coping-repertoire uit te bou

a) Aspekte om in gedagte te hou wanneer kinders met ATHV bygestaan word ten einde hul coping-strategieë te verbeter

Kleinke (1991) stel die volgende agt aspekte voor ten einde die arsenaal van coping-strategieë uit te bou:

- Die gebruik van ondersteuningsisteme
- Ontwikkeling van strategieë vir probleemoplossing
- Ontspanning
- Handhawing van interne beheer

- Selfspraak deur uitdagings
- Aanwending van 'n humorsin
- Oefening
- Beloning vir sukses

Hierdie aspekte kan met vrug in die konteks van kinders met ATHV aangewend word.

b) Voorstelle met betrekking tot algemene coping-strategieë

Train (2000) stel die volgende strategieë voor om kinders met ATHV te help om te cope:

1. Help hom/haar om vriende te maak

In hierdie opsig kan die ouer maats van sy/haar kind met ATHV nooit vir 'n besoek. Hierdie besoeke moet gestruktureerd wees, deurdat die aktiwiteite vooraf beplan is. Dit moet nie te lank aanhou nie en iemand moet toesig hou oor die kinders se bedrywighede.

2. Voorsien alternatiewe aktiwiteite

In hierdie opsig kan die ouer die kind help om aktiwiteite te identifiseer waartoe hy/sy hom/haar kan wend wanneer gevoelens van frustrasie of irritasie ervaar word. Die ouer en kind kan saam 'n lys saamstel van opsies wat hy/sy kan uitoefen. Train (2000) is van mening dat sulke alternatiewe later 'n outomatiese coping-meganisme kan word.

3. Voorsien struktuur

'n Vasgestelde struktuur kan aan die kind met ATHV die nodige grense en sekuriteit bied, wat as teenvoeter vir impulsiwiteit kan dien. Struktuur kan op verskillende maniere geskep word, byvoorbeeld deur huistake of fisiese oefening op 'n daaglikse basis.

4. Voorsien die kind van praktiese oplossings

Hier word verwys na die skep van scenarios wat die moontlikheid van die voorkoms van ATHV-simptome kan reduceer. So kan prosedure bespreek en gespesifiseer word. Die kind kan ook 'n lys daarvan maak en sodoende 'n duidelike beeld kry van die manier waarop take soos tande borsel moet verloop. Die ouer kan ook sy/haar planne vir die dag aan die kind duidelik maak. As hy/sy weet wat om te verwag, kan dit gevoelens van frustrasie en ongeduld vir die kind met ATHV verminder. Die kind kan ook geleer word om prioriteite vir sy/haar dag te identifiseer en sy/haar dag dan daarvolgens aan te pak.

Hierdie aspekte sal vanselfsprekend nie uit die staanspoor glad verloop nie, maar Train (2000) is van mening dat dit later deel sal word van subtiële coping- tegnieke wat die kind uit eie inisiatief sal aanwend.

c) Voorstelle vir beter coping binne die skool-opset

Aangesien die milieu van die skool 'n sentrale rol speel in die leëwêreld van kinders in die middelkinderjare, kan hierdie instelling 'n belangrike ondersteunende rol speel ten einde die akademiese sfeer vir kinders met ATHV meer hanteerbaar te maak. Hensby (2002) spesifiseer die volgende basiese maatreëls om dit vir kinders met ATHV makliker te maak om met die akademiese omgewing te cope:

1. 'n Ferm, dog regverdigte struktuur wat roetine vir die kind met ATHV skep is essensieel. Hierdeur word hy/sy bewus van wat van hom/haar verwag word.
2. Indien die kind met ATHV aggressief raak teenoor klasmaats, kan dit nuttig wees om sy/haar aandag na 'n ander taak af te lei. Hensby (2002, p.2) verduidelik dit as volg: "Their lack of ability in coping with change

used in a positive way, to help them out of a potentially difficult situation [...]”.

3. Die onderwyser moet ferm en in beheer wees, maar tog warmte en empatie uitstraal. Kinders met ATHV reageer meesal positief op individuele aandag. 'n Positiewe houding is noodsaaklik. Die onderwyser kan verskillende metodes gebruik om seker te maak dat die kind met ATHV weet wat van hom/haar verwag word. So kan die kind byvoorbeeld die opdrag woordeliks teenoor die onderwyser herhaal.
4. 'n Kleiner klas kan meer effektiewer wees, aangesien dit minder geleentheid vir afleibaarheid bied. In hierdie konteks kan die kind met ATHV moontlik ook makliker daarin slaag om verhoudinge op te bou. Hy/sy kan voor in die klas sit of na die muur kyk, ten einde stimuli te beperk.
5. Onderwysers speel ook 'n belangrike rol daarin om die gereelde inname van medikasie te verseker. Dit is vir die meeste kinders met ATHV 'n sensitiewe saak, wat met respek hanteer moet word.
6. Kinders met ATHV kan moontlik hulp benodig tydens die wisseling van klasse.
7. Aangesien kinders met ATHV se organisatoriese en beplanningsvermoëns beperk is, kan dit 'n meer akkurate evalueringsmetode wees om hulle deurlopend in die klassituasie te evalueer en korter eksamens te laat skryf.

6.4 Samevatting

Uit bogenoemde blyk dit dat kinders met ATHV deur geweldige stressors gekonfronteer word. Benewens die gewone stressors wat met die ontwikkelingsproses gepaard gaan, ondervind kinders met ATHV addisionele komplikasies wat hulle op 'n daaglikse basis moet hanteer. Weens die intensiteit van stressors wat verband hou met die simptome en gevolge van ATHV, bestaan

'n sterk moontlikheid dat kinders met ATHV se vermoë tot coping negatief beïnvloed kan word.

Gevolgtrek is dit nodig om aandag te skenk aan hierdie aspek wanneer intervensies by kinders met ATHV gemaak word. Beide die kind met ATHV, sy/haar ouers en onderwysers het riglyne en leiding nodig om met die versteuring te kan cope.

VERWYSINGS

American Psychiatric Association (APA). (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSMG-IV) (4th ed). Washington: APA.

Anon. (2002). Child health: Attention deficit hyperactivity disorder. [Web:] <http://www.cdc.gov/nchs>. [Datum van toegang: 03-09-2002].

Anon. (2002). Coping with attention deficit hyperactivity disorder. [Web:] <http://health.iafrica.com/psychonline/articles/898678.htm>. [Datum van toegang: 08-11-2002].

Antrop, I., Roeyers, H., Van Oost, P. & Buysse, A. (2000). Stimulation seeking and hyperactivity in children with ADHD. The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. 41(2):225-230.

Barkley, R.A. (1998). A theory of ADHD: inhibition, executive functions and time. (In Barkley, R.A. & Murphy, K.R. (eds). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. New York: Guilford Press.)

Barlow, D.H. & Durand, V.M. (1999). Abnormal psychology. Kalifornië: Brooks/Cole.

Bee, H. (1995). The developing child (7th ed). New York: Harper Collins College Publishers.

Berkelhamer, J. (2002). If your child can't seem to pay attention... [Web:] http://www.accessatlanta.com/health/sponsors/drjay_adhd.html. [Datum van toegang: 08-11-2002].

Bouffard, T. & Vezeau, C. (1998). The developing self-system and self-regulation of primary school children. (In Ferrari, M. & Sternberg, R.J. (eds.) *Self-awareness: its nature and development*. pp 246-272. New York: Guilford Press.)

Brennan, J.F. (1998). *History and systems of psychology*. New Jersey: Prentice-Hall Inc.

Burke, J.D., Loeber, R. & Lahey, B.B. (2001). Which aspects of ADHD are associated with tobacco use in early adolescence? Journal of child psychology and psychiatry, 42(4): 493-502.

Cantwell, D.P. (1996). Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. Journal of the American child and adolescent psychiatry. 34(10), 978-987.

Carver, C.S., Scheier, M.F. & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. Journal of personality and social psychology, 56: 267-283.

Chandler, L.A. (1986). *The Stress Response Scale for Children: A measure of behavioral maladjustment*. Pittsburgh: Department of psychology in education.

Coetzee, C.H., Visser, D., Van Lill, B., Van Niekerk, S. & Van Staden, F. (1990). *Enigste studiegids vir PSY314-E: Sielkundige navorsing*. Pretoria: UNISA.

Cohen, N.J.; Vallance, D.D.; Barwick, M., Im, N.; Menna, R., Horodezky, N.B. & Isaacson, L. (2000). Interface between ADHD and language impairment: an examination of language, achievement and cognitive processing. Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines, 41(3):353-362.

Corey, G. (1996). Theory and practice of counselling and psychotherapy. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company.

Crutchley, A. & Temlett, J.A. (1999). Methylphenidate (Ritalin) use and abuse. South African Medical Journal, 89(10):1076-1078.

Du Paul, G.J., Mc Goey, K.E., Eckert, T.L. & Van Brakle, J. (2001). Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Impairments in behavioral, social and school functioning. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychology, 40(5):508-515.

Eckenrode, J. (ed.) (1991). The social context of coping. New York: Plenum Press.

Elia, J., Amrosini, P.J. & Rapoport, J.L. (1999). Drug therapy: treatment of attention-deficit hyperactivity disorder. The New England Journal of Medicine, 340(10):789-788.

Emler, N. (1998). Sociomoral understanding. (In Campbell, A. & Muncer, S. (eds.), The social child (pp. 293 – 319). Sussex: Psychology Press.)

Evans, R.W., Gualtieri, C.T. & Shear, P.K. (1987). Childhood hyperactivity. (In Epanchin, B.C. & Paul, J.L. (eds.), Emotional problems of childhood and adolescence: a multidisciplinary perspective (pp 143-161). London: Merrill Publishing Company.)

Farrington, D.P. (1998). Youth crime and antisocial behaviour. (In Campbell, A. & Muncer, S. (eds.), The social child (pp. 353 – 383). Sussex: Psychology Press.)

Feldman, R.S. (1999). Understanding psychology. Boston: McGraw-Hill.

- Fields, L. & Prinz, R.J. (1997). Coping and adjustment during childhood and adolescence. Clinical psychology review, 17(8):937-976.
- Fisher, B.C. & Beckley, R.A. (1999). Attention deficit disorder: Practical coping methods. New York: CRC Press.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Pimley, S. & Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping process. Psychology and aging, 2:171-184.
- Furman, E. (ed.) (1995). Preschoolers: questions and answers. Psychoanalytic consultations with parents, teachers and caregivers. Connecticut: International Universities Press Inc.
- Gadow, K.D. & Sprafkin, J. (1998). Child Symptom Inventory-4: Screening Manual. New York: Checkmate Plus, Ltd.
- Glazer, S.M. (2001). Identifying "special" learners. Teaching Prok-8, 31(4):102, Jan. 2001.
- Goldman, L.S., Genel, M., Bezman, R.J. & Slaneth, P.J. (1998). Diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. The journal of the American Medical Association, 279(14):1100-1108.
- Goyette, C.H., Conners, C.K. & Ulrich, R.F. (1978). Normative data of revised Conners Parent and Teacher Rating Scales. Journal of abnormal child psychology, 6:221-223.
- Gray, J.R. & Kagan, J. (2000). The challenge of predicting which children with adhd will respond positively to methylphenidate. Journal of applied development psychology, 21(5):471-489.

Green, C. & Chee, K. (1997). Understanding A.D.H.D.: a parent's guide to attention deficit hyperactivity disorder in children. Londen: Vermilion.

Greenhill, L.L. (1995). Attention deficit hyperactivity disorder and stimulants. Child/ Adolescent Psychiatry of Northern America, 4:123-168.

Harter, S. (1987). The determinants and mediational role of global self-worth in children. (In N. Eisenberg (ed.), Contemporary topics in developmental psychology. New York: Wiley.)

Hartup, W. W. (1998). The company they keep: Friendships and their developmental significance. (In Campbell, A. & Muncer, S. (eds.), The social child (pp. 143-159). Sussex: Psychology Press.)

Hay, D.F. & Demetriou, H. (1998). The developmental origins of social understanding. (In Campbell, A. & Muncer, S. (eds.) The social child (pp 219-248). Sussex: Psychology Press.)

Hensby, C. (2002). How schools can help. [Web:] <http://www.adders.org/info16.htm>. [Datum van toegang: 08-11-2002].

Herbert, M. (1998). Clinical child psychology: Social learning, development and behaviour. New York: John Wiley & Sons.

Jones, M. (2000). Hyperactivity: What's the alternative? Boston: Element Books Ltd.

Jordaan, W.J. & Jordaan, J.J. (1989). Mens in konteks. Johannesburg: Lexicon Uitgewers.

Kadesjö, B. & Gillberg, C. (2001). The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. Journal of child psychology and psychiatry, 42(4):487-492.

Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (1998). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry (8th ed). Baltimore: Williams & Wilkins.

Kaplan, H.I., Sadock, B.J. & Grebb, J.A. (1994). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry (7th ed). Baltimore: Williams & Wilkins.

Kleinke, C.L. (1991). Coping with life challenges. California: Wadsworth.

Krueger, M. & Kendall, J. (2001). Descriptions of self: An exploratory study of adolescents with ADHD. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 14(2):61-72.

Kutnick, P. & Manson, I. (1998). Social life in primary school: Towards a relational concept of social skills for use in the classroom. (In Campbell, A. & Muncer, S. The social child (pp 165-188). Sussex: Psychology press.)

Kutscher, M.L. (2002). The ADHD e-book. [Web:] <http://www.pediatricneurology.com/adhd.htm>. [Datum van toegang: 27-07-2002].

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer.

Liebert, R.M. & Liebert L.L. (1998). Liebert & Spiegler's personality strategies and issues. Londen: Brooks/Cole Publishing Co.

Louw, D.A. (1996). Menslike ontwikkeling. Pretoria: Kagiso Tersiër.

MacDonald, K. (1998). Evolution and development. (In Campbell, A. & Muncer, S. (eds.), *The social child* (pp. 21 – 40). Sussex: Psychology Press.)

Marascuilo, L.A. & Serlin, R.C. (1988). *Statistical methods for the social and behavioral sciences*. New York: W.H. Freeman and co.

Mc Ewan, E.K. (1998). *The principal's guide to attention deficit hyperactivity disorder*. Kalifornie: Corwin Press.

Mischel, W., Shoda, Y. & Rodriguez, M.I. (1989). Delay of gratification in children. Science, 244:933-944.

Miell, D. (1995). Developing a sense of self. (In Barnes, P. *Personal, social and emotional development of young children* (pp 234-265). Oxford: Alden Press.)

Newcorn, J.H., Halperin, J.M., Jensen, P.S., Abikoff, H.B., Arnold, L.E., Cantwell, D.P., Conners, C.K., Elliott, G.R., Epstein, J.N., Greenhill, L.L., Hechtman, L., Hinshaw, S.P., Hoza, B., Kraemer, H.C., Pelham, W.E., Severe, J.B., Swanson, J.M., Wells, K.C., Wigal, T. & Vitiello, B. (2001). Symptom profiles in children with ADHD: Effects of comorbidity and gender. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychology, 40(2):137-146.

Newman, P.R. & Newman, B.M. (1997). *Childhood and adolescence*. Boston: Brooks/Cole Publishing Co.

NIMH (National Institute of Mental Health). (1994). Attention deficit hyperactivity disorder. [Web:] <http://www.nimh.nih.gov/publicat/adhd.cfm> [Datum van toegang: 27-07-2002].

Orford, E. (1998). Commentary: diagnosis needs tightening (attention deficit hyperactivity disorder). British Medical Journal, 316 (7144):1595-1597.

Piekarska, A. (2000). School stress, teachers' abusive behaviors and children's coping strategies. Child abuse and neglect, 24(11):1443-1449.

Piers, E.V. (1984). Piers-Harris Children's Self-concept Scale - Revised Manual. USA:WPS.

Power, F.C. & Khmelkov, V.T. (1998). Character development and self-esteem: psychological foundations and educational implications. International journal of educational research, 27(7):539-551.

Raath, M.C. & Jacobs, L.J. (1990). Dinamiek van die selfkonsep. Pretoria: Gutenberg.

Redfield, J. (2000). Case presentation: neuropsychological assessment of childhood ADHD. Archives of Clinical Neuropsychology, 15(8):655.

Sandberg, S. (1996). Hyperkinetic or attention deficit disorder. The British Journal of Psychiatry, 160:10-16.

Santrock, J.W. (1996). Child development. London: Brown & Benchmark publishers.

Schaffer, H.R. (1996). Social development. Oxford: Blackwell Publishers.

Shotter, J. (1998). Agency and identity: a relational approach. (In Campbell, A. & Muncer, S. (eds.) The social child (pp 271-292). Sussex: Psychology Press.)

Stein, D.J., Seedat, S., Niehaus, D.J.H. & Emsley, R.A. (1998). Psychiatric medication in primary care: Algorithms and guidelines. Tygerberg: Department of Psychiatry, University of Stellenbosch.

Steyn, H.S. (1999). Praktiese beduidendheid: Die gebruik van effekgroottes. Wetenskaplike bydraes, Reeks B: Natuurwetenskappe nr. 117. Potchefstroom: PU vir CHO.

Steyn, H.S.(jr). (2000). Practical significance of the difference in means. Journal of industrial psychology, 26(3):1-3).

Steytler, J.L. (2000). Die effek van die etikettering van 'n kind met aandagtekort/hiperaktiwiteitsversteuring op die moeder. Johannesburg: Randse Afrikaanse Universiteit (Skripsie – M.Ed.).

Taljaard, E. (2002). Coping with attention deficit hyperactivity disorder. [Web:] <http://health.iafrica.com/psychonline/articles/898678.htm>. (Datum van toegang: 11-08-2002).

Terwogt, M.M. & Stegge, H. (1998). Children's perspective on the emotional process. (In Campbell, A. & Muncer, S. (eds.) The social child (pp249-270). Sussex: Psychology Press.)

Thorne, B. (1992). Carl Rogers. Londen: SAGE publications.

Train, A. (2000). ADHD: How to deal with very difficult children. Londen: Souvenir Press.

Thompson, N., Murphy, M. & Stradling, S. (1994). Dealing with stress: Practical social work. Londen: Macmillan Press Ltd.

Valentine, G. (2000). Exploring children and young people's narratives of identity. Geoforum, 31(2):257-267.

Van der Linden, G., Young, S., Ryan, P. & Toone, B. (2000). Attention deficit hyperactivity disorder in adults – experience of the first national health service clinic in the United Kingdom. Journal of Mental Health, 9(50):527-535.

Venter, A. (1996). Methylphenidate (Ritalin): old truths and new facts. Pedmed, Maart/April:15-21.

Woods, S.K. & Ploof, W.H. (1997). Understanding ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder and the Feeling Brain. SAGE Publications: Londen.