DIE GEBRUIK VAN MEDIESE HIPNO-ANALISE OM EMOSIONEEL-WEERLOSE ADOLESSENTE TE BEGELEI TOT GROEI IN EMOSIONELE VOLWASSEWORDING

deur

ELISABETH HELENA SCHOEMAN

Voorgelê vir die graad

PHILOSOPHIAE DOCTOR

in

OPVOEDKUNDIGE SIELKUNDE

aan die

VAALDRIEHOEKKAMPUS VAN DIE
POTCHEFSTROOMSE UNIVERSITEIT
VIR CHRISTELIKE HOëR ONDERWYS

PROMOTOR: DR. L.C. THERON

APRIL 2003

DANKBETUIGING

✍ *God my skepper*

Dankie Here vir u liefde. Dankie vir die intellektuele vermoë asook die deursettings-vermoë wat my in staat gestel het om hierdie proefskrif aan te pak en te voltooi.. Dankie vir talente, die geleentheid, die voorreg en die genade om my potensiaal uit te leef; my te straf en te snoei en nooit my hand te los nie.

Nisi Dominus, frustra! Sonder God is alles tevergeefs!

✍ *My ouers*

Vir wie ek die Here nie genoeg kan dankie-sê nie. Wat geweldige opofferings gemaak het sodat ek alles kan hê. Wat aan my 'n uitsonderlike, wonderlike kinderlewe en ouerhuis gegee het. Wat my met gebede opdra aan die Here en met onvoorwaardelike liefde, aanvaarding, begrip en wysheid altyd veilig en geborge laat voel. Wat vir my gewys en geleer het wat ware liefde is en wat vir my deur hulle voorbeeld die deur oopgesluit het om in 'n lewende verhouding met God te staan.

✍ *Dr. Linda Theron, my promotor*

Vir die groei-ondervinding en opbouende lewenservaring. Vir die deel van kennis en die tyd aan my afgestaan.

✍ *Braam en Salomy*

Vir liefdevolle en getroue ondersteuning, volgehoue gebede en geloof in my vermoë.

✍ *Dr. Kobus Scholtemeyer*

My mentor, vertroueling en die fasiliteerder van my ontwikkeling as mens en sielkundige. Dankie vir jou voorbeeld van resilience. Jy het my geleer HOE om te vlieg.

✍ *Denise Kocks*

Vir die uiters bekwame manier waarop die taalversorging van die proefskrif gehanteer is.

✍ *Linda Geldenhuys*

Vir bereidheid, geduld, ondersteuning en bekwame insette as my regterhand.

✍ *Aldine Oosthuysen*

Vir hulp met die statistiese ontleding, grafieke en drukwerk.

✍ *Billy Swart*

Vir die treffende grafiese voorstellings.

✍ *Jaco en Elizabeth de Bruyn*

Vir die "swot"-vakansies en finansiële ondersteuning.

✍ *My kosbare vriende*

Wat elk op hul eie manier my bygestaan het in die verloop van hierdie studie. Vir liefde, belangstelling, moed inpraat, opofferings en geduldige aanvaarding van my beperkende tydskedule.

✍ *Die PU vir CHO*

Vir die beurs aan my toegestaan.

✍ *Biblioteekpersoneel van die Vaaldriehoekkampus*

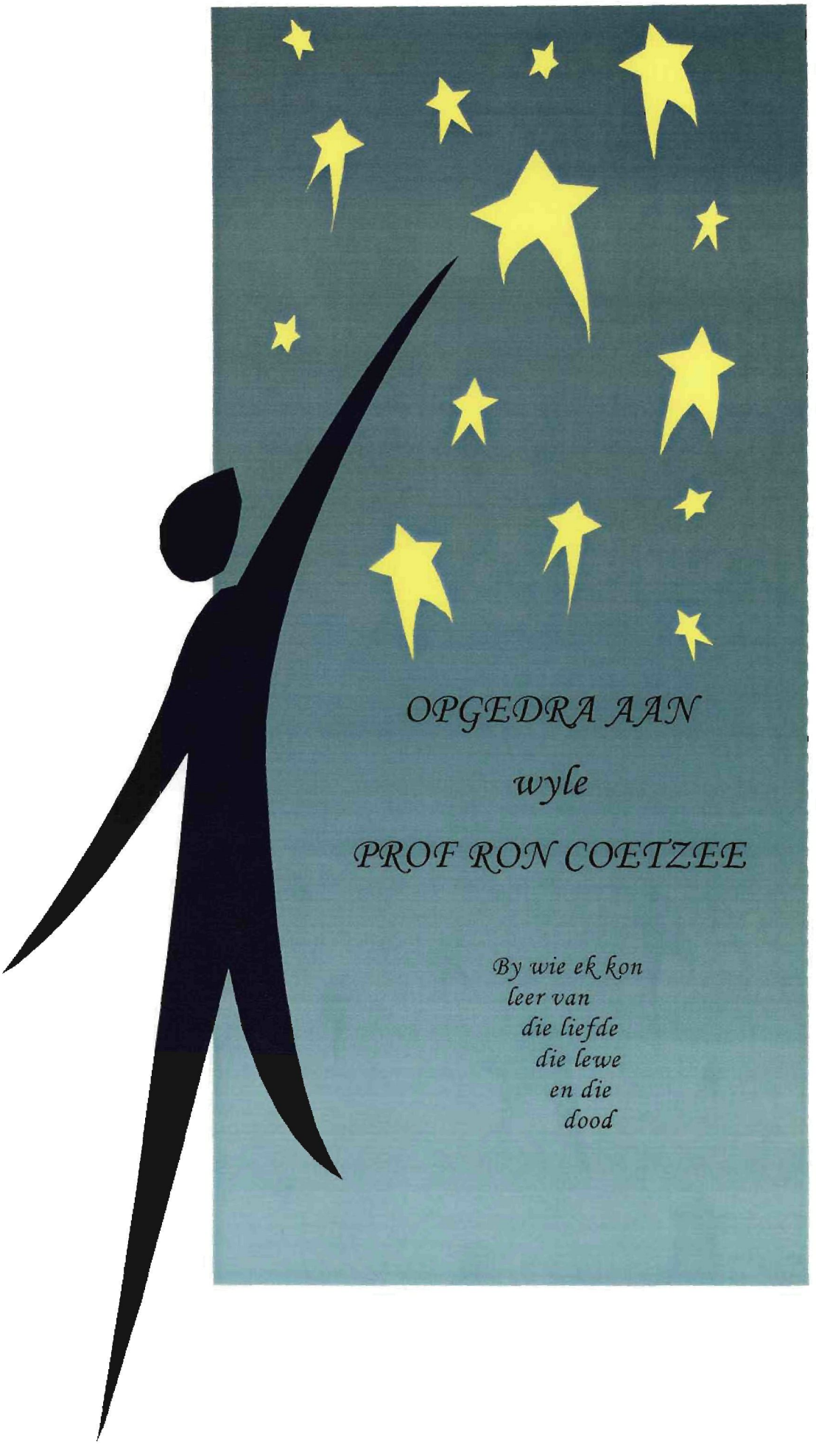
Vir vriendelikheid, getroue ondersteuning, professionele diens, behulpsaamheid en bereidheid om altyd te help.

✍ *Hoof en personeel van Hoërskool Vereeniging*

Vir bereidheid om die leerlinge van die skool deel te maak van my navorsingsprojek.

✍ *My kliënte*

Vir liefde, belangstelling en vertroue in my as sielkundige. Vir aanmoediging en begrip. Vir die geleentheid om ryker aan wysheid en insig te word. 'n Spesiale woord van dank aan my 5 proefpersone wat my toegelaat het in hulle lewe en by wie ek kon leer.



OPGEDRA AAN

wyle

PROF RON COETZEE

By wie ek kon
leer van
die liefde
die lewe
en die
dood

OPSOMMING

TITEL: Die gebruik van Mediese hipno-analise om emosioneel-weerlose adolessente te begelei tot groei in emosionele volwassewording.

KANDIDAAT: Elisabeth H. Schoeman
PROMOTOR: Dr. L.C. Theron
GRAAD: Philosophiae Doctor
DEPARTEMENT: Opvoedkundige sielkunde
UNIVERSITEIT: PU vir CHO

Vanweë die leemtes in en verwaarlosing van adolessente se ontwikkelingsbehoeftes blyk dit dat sommige hedendaagse adolessente nie oor toereikende emosionele volwassenheid beskik nie en gevolglik emosioneel weerloos staan ten opsigte van die lewenseise wat 'n snel-veranderende samelewing aan hulle stel. Daar bestaan 'n dringende behoefte aan 'n dinamiese, korttermyn-gerigte terapie om in die kortste tyd moontlik die werklike onderliggende (en meer dikwels onbewuste) oorsake van die presenterende simptome aan te spreek.

Die doel van hierdie ondersoek was om vas te stel of Mediese hipno-analise 'n effektiewe terapeutiese tegniek is vir die begeleiding van emosioneel-weerlose adolessente tot groei in emosionele volwassewording. Mediese hipno-analise en die toepassing daarvan op emosioneel-weerlose adolessente word toegelig deur 'n literatuurstudie en meervoudige gevallestudies.

Die algemene populasie waaruit die steekproef saamgestel is, het bestaan uit 9 graad 11-adolessente wat ingeskryf is as leerders by Hoërskool Vereeniging. Die proefpersone wat aan hierdie ondersoek deelgeneem het, het bestaan uit 5 graad

11-leerders. Die *"Millon Adolescent Clinical Inventory"* (MACI), Hoërskool-persoonlikheidsvraelys (HSPV), Algemene welstand-vraelys, Weerlose adolessent-vraelys en grafiese ekspressiemedia is aangewend as evaluasie-media vir voor- en natoetsdoeleindes. Emosionele volwassewordingskwaliteite is geïdentifiseer wat dien as evaluasiemaatstaf vir groei in emosionele volwassewording. Drie sub-hipoteses is geformuleer, getoets en aanvaar, naamlik:

(a) Die voorkoms van emosionele weerloosheid by adolessente kan in verband gebring word met traumatiese belewinge vanaf konsepsie tot vroeë kinderjare.

(b) Ouderdomsregressies kan inligting verskaf ten opsigte van die inisiële gebeurtenisse wat aanleiding gee tot emosionele weerloosheid by adolessente.

(c) Die wysiging van gedagte- en gedragspatrone wat uit adolessente se vroegste herinneringe afkomstig is, kan in verband gebring word met groei in emosionele volwassewording by emosioneel-weerlose adolessente.

Die bevinding van hierdie ondersoek toon dat Mediese hipno-analise 'n effektiewe terapeutiese tegniek is om emosioneel-weerlose adolessente te begelei tot groei in emosionele volwassewording.

SUMMARY

TITLE: The use of Medical hypno-analysis in guiding emotionally vulnerable adolescents towards growth in emotional maturation.

CANDIDATE: Elisabeth H. Schoeman
PROMOTER: Dr. L.C. Theron
DEGREE: Philosophiae Doctor
DEPARTMENT: Educational psychology
UNIVERSITY: PU for CHE

Because of deficiencies in and neglect of adolescents' developmental needs, some modern adolescents seem to lack the necessary emotional maturity to cope with demands made on them by a rapidly changing, complex society. There is an urgent need for a dynamic, short-term therapy for delving (within the shortest time possible) into the actual underlying (and more often subconcious) causes of the symptoms which are being presented.

The objective of this investigation was to determine whether Medical hypno-analysis is an effective therapeutic technique in guiding emotionally vulnerable adolescents towards growth in emotional maturation. Medical hypnoanalysis and its application to emotionally vulnerable adolescents is elucidated by means of a literature study and a number of case studies.

The general population from which the test sample was made up, comprised 9 grade 11 adolescents who were enrolled as learners at Hoërskool Vereeniging. The test sample who participated in this investigation, comprised 5 grade 11 learners. The Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI), the High School Personality Questionnaire (HSPQ), the General wellness questionnaire, the

Vulnerable adolescent questionnaire, and graphic expression media were used as measuring instruments for pre- and post-test results. Emotional maturation qualities which served as criterion for growth in emotional maturation were identified. Three sub-hypotheses were formulated, tested and accepted, namely:

(a) The occurence of emotional vulnerability in adolescents can be related to traumatic experiences from conception to early childhood.

(b) Age regression can provide information on the initial events that caused emotional vulnerability in adolescents.

(c) The change in thought and behaviour patterns which stem from adolescents' earliest memories can be related to growth in emotional maturation in emotionally vulnerable adolescents.

The findings of the investigation indicate that Medical hypnoanalysis is an effective therapeutic technique in guiding emotionally vulnerable adolescents towards growth in emotional maturation.

INHOUDSOPGAWE

OPSOMMING		**i**
SUMMARY		**iii**
LYS VAN FIGURE		**xxii**
LYS VAN SKEMAS		**xxvii**
LYS VAN TABELLE		**xxvii**

HOOFSTUK 1

INLEIDENDE ORIëNTERING, PROBLEEMSTELLING EN NAVORSINGSPROGRAM

1.	**HOOFSTUKORIëNTERING**	**1**
1.1	**INLEIDING EN PROBLEEMSTELLING**	**2**
1.2	**NAVORSINGSDOELSTELLINGS**	**7**
1.3	**HIPOTESEFORMULERING**	**8**
1.3.1	Hoofhipotese	8
1.3.2	Sub-hipoteses	8
1.4	**NAVORSINGSONTWERP**	**9**
1.4.1	MEETINSTRUMENTE	9
1.4.1.1	Psigometriese toetse	10
1.4.1.2	Vraelyste	10
1.4.1.3	Grafiese ekspressiemedia	10
1.4.1.4	Mediese hipno-analise-projeksietegniek	10
1.4.2	ONDERSOEKGROEP	10
1.4.3	GELDIGHEID	11
1.4.4	BETROUBAARHEID	11

1.5	**BEGRIPSVERHELDERING**	**12**
1.5.1	ONBEWUSTE	12
1.5.2	HIPNOSE	12
1.5.3	MEDIESE HIPNO-ANALISE	13
1.5.4	ADOLESSENSIE	13
1.5.5	EMOSIONELE WEERLOOSHEID	14
1.5.6	EMOSIONELE VOLWASSEWORDING	15
1.6	**PARADIGMATIESE PERSPEKTIEF**	**15**
1.6.1	RASIONAAL VIR PARADIGMATIESE PERSPEKTIEF	15
1.6.2	VERLOOP VAN PERSOONSAKTUALISERING	17
1.6.2.1	Selfaktualisering deur die adolessent	17
1.6.3	UITKOMS VAN PERSOONSAKTUALISERING	19
1.6.3.1	Opbou van ervaringsbesit	20
1.6.3.2	Verwerwing van 'n identiteit	21
1.6.4	SAMEVATTENDE GEVOLGTREKKING	23
1.7	**INDELING VAN HOOFSTUKKE**	**24**
1.7.1	HOOFSTUK 1	24
1.7.2	HOOFSTUK 2	25
1.7.3	HOOFSTUK 3	25
1.7.4	HOOFSTUK 4	25
1.7.5	HOOFSTUK 5	26
1.7.6	HOOFSTUK 6	26
1.7.7	HOOFSTUK 7	26
1.8	**HOOFSTUKAFSLUITING**	**27**

HOOFSTUK 2

HIPNOSE EN HIPNOTIESE FENOMENE MET DIE KLEM OP MEDIESE HIPNO-ANALISE

2.	**HOOFSTUKORIëNTERING**	**28**
2.1	**INLEIDING**	**29**
2.1.1	OMSKRYWING VAN DIE BEWUSSYN, BEWUSTE EN ONBEWUSTE	29

2.1.1.1	Bewussyn	30
2.1.1.2	Bewuste	30
2.1.1.3	Onbewuste	30
2.1.2	EENHEID VAN DIE BEWUSTE EN DIE ONBEWUSTE	32
2.1.3	'N VERGELYKING TUSSEN DIE NORMALE WAKKER-BEWUSSYN EN DIE GEWYSIGDE TOESTAND VAN BEWUSSYN	33
2.2	**AGTERGROND**	**35**
2.3	**HIPNOSE AS VERSKYNSEL**	**38**
2.3.1	DEFINISIES VAN HIPNOSE	38
2.3.2	'N VERDUIDELIKING VAN HIPNOSE	39
2.3.3	DIE GEBRUIK VAN HIPNOSE BY KINDERS EN ADOLESSENTE	41
2.3.4	MITES EN WANOPVATTINGS OOR HIPNOSE	41
2.3.5	TRANS-INDUKSIE EN TRANS-INDUKSIETEGNIEKE	43
2.3.5.1	Trans-induksie deur die gebruik van metafore	45
2.3.5.2	Trans-induksie deur verwarring	45
2.3.5.3	Trans-induksie deur ideomotoriese tegnieke	46
2.3.5.4	Trans-induksie deur visualisasie	46
2.3.5.5	Trans-induksietegnieke vir kinders en adolessente	47
2.3.6	TEGNIEKE OM HIPNOSE TE VERDIEP	48
2.3.7	DIE ROL VAN WEERSTAND EN OORDRAG	50
2.3.7.1	Weerstand	50
2.3.7.2	Oordrag	51
2.4	**HIPNOTIESE FENOMENE**	**52**
2.4.1	PSIGOLOGIESE VERSKYNSELS	53
2.4.1.1	Ouderdomsregressie	53
2.4.1.2	Ouderdomsprogressie (*Terug van die toekoms*-tegniek)	55
2.4.1.3	Geheueverlies	55
2.4.1.4	Dissosiasie	56
2.4.1.5	Post-hipnotiese suggesties	57
2.5	**MEDIESE HIPNO-ANALISE**	**58**
2.5.1	INLEIDING	58
2.5.2	AGTERGROND	60

2.5.3	INTERAKSIE EN WISSELWERKING TUSSEN DIE BEWUSTE EN DIE ONBEWUSTE AS DEEL VAN DIE PSIGODINAMIKA VAN MEDIESE HIPNO-ANALISE	61
2.5.4	TEORETIESE ONDERBOU VAN MEDIESE HIPNO-ANALISE	67
2.5.4.1	Tripleerde allergeenteorie	67
2.5.4.2	Rangorde van lewensprioriteite	69
(a)	Eerste orde: spirituele oorlewing	72
(b)	Tweede orde: ego-oorlewing	73
(c)	Derde orde: fisiese oorlewing	75
(d)	Vierde orde: sosio-ekonomiese oorlewing	75
(e)	Vyfde orde: spesie-oorlewing (seksuele instink)	76
(f)	Sesde orde: diverse gedrag	77
2.5.4.3	Diagnostiese terminologie	77
(a)	Diagnoses op die eerste orde: spirituele oorlewing	78
(i)	Skuldsindroom	78
(ii)	Persephone-sindroom	79
(iii)	Skeidingsangssindroom	79
(iv)	Eksistensiële vakuum-sindroom	80
(b)	Diagnoses op die tweede orde: ego-oorlewing	80
(i)	Identiteitsversteuringsindroom	80
(ii)	Aspoestertjie-sindroom	81
(iii)	Foutiewe identifiseringsindroom	81
(iv)	Ponce de Leon-sindroom	82
(c)	Diagnoses op die derde orde: fisiese oorlewing	85
(i)	Lewende-lyk-sindroom	85
(ii)	Doodsverwagtingsindroom	85
(iii)	Geboorte-versmoringsindroom	85
(d)	Diagnoses op die vierde orde: sosio-ekonomiese oorlewing	86
(i)	Huwelikswanaanpassing	86
(ii)	Huweliksneurose	86
(iii)	Neurotiese huweliksmaat	87
(e)	Diagnoses op die vyfde orde: spesie-oorlewing	87
(i)	Seksuele fiksasie	88
(f)	Diagnoses op die sesde orde: diverse gedrag	88
2.5.5	DIAGNOSTIESE PROSEDURE	89

2.5.5.1	Mediese hipno-analise-historisiteitsvraelys	89
2.5.5.2	Bryan se woordassosiasietoets (WAT)	91
2.5.5.3	Droomanalise	92
2.5.5.4	Die houertegniek	94
2.5.6	FASES TYDENS DIE TERAPEUTIESE VERLOOP	96
2.5.6.1	Analitiese fase	97
(a)	*"Rapport"*	
	(Vertrouensverhouding)	98
(b)	*"Relaxation"*	
	(Ontspanning)	99
(c)	*"Recognising the problem"*	
	(Etiologie/herkenning van die probleem)	99
(d)	*"Remove faulty ideas"*	
	(Eliminering van foutiewe persepsies)	100
(e)	*"Replace faulty ideas"*	
	(Vervanging van foutiewe persepsies)	100
2.5.6.2	Rehabilitasie-fase	101
(a)	*"Rehearsal of change"*	
	(Inoefening van verandering/herhaling)	101
(b)	*"Reinforce by regular practice"*	
	(Versterking deur gereelde oefening)	102
2.5.7	SAMEVATTING	102
2.6	**HOOFSTUKAFSLUITING**	**103**

HOOFSTUK 3

ADOLESSENTE-WEERLOOSHEID EN EMOSIONELE VOLWASSEWORDING

3.	**HOOFSTUKORIëNTERING**	**104**
3.1	**INLEIDING**	**105**
3.2	**BEGRIPSVERKLARING VAN ADOLESSENSIE**	**106**
3.3	**EMOSIONELE WEERLOOSHEID TYDENS ADOLLESENSIE**	**109**
3.3.1	BEGRIPSVERKLARING VAN EMOSIONELE WEERLOOSHEID	109

3.3.2	OORSAKE ONDERLIGGEND AAN ADOLESSENTE-EMOSIONELE WEERLOOSHEID	111
3.3.2.1	Lewensveranderende gebeurtenisse	111
3.3.2.2	Disfunksionele gesinsverhoudings en gesinskonflik	112
3.3.2.3	Groepsdruk en groepsonsekerheid	113
3.3.2.4	Disfunksionele opvoeding	114
3.3.2.5	Afwesigheid van 'n effektiewe ondersteuningsnetwerk	115
3.3.2.6	Blootstelling aan trauma	116
(a)	Kindermishandeling	117
(b)	Egskeiding, skeiding en vervreemding	118
3.3.3	RISIKOFAKTORE VIR EMOSIONELE WEERLOOSHEID TYDENS ADOLESSENSIE	119
3.4	**ADOLESSENSIE AS TYDPERK VAN VERHOOGDE EMOSIONELE WEERLOOSHEID**	**121**
3.4.1	VERHOOGDE EMOSIONELE WEERLOOSHEID AS GEVOLG VAN VERANDERINGE EN TRANSISIES	121
3.4.2	VERHOOGDE EMOSIONELE WEERLOOSHEID AS GEVOLG VAN STRES	122
3.4.3	VERHOOGDE EMOSIONELE WEERLOOSHEID AS GEVOLG VAN DIE OORSKRYDING VAN INNERLIKE HULPBRONNE	124
3.4.4	VERHOOGDE EMOSIONELE WEERLOOSHEID AS GEVOLG VAN ONPRODUKTIEWE COPING	126
3.4.5	GEVOLGTREKING	129
3.5	**EMOSIONELE VOLWASSEWORDING AS UITKOMS VAN ADOLESSENSIE**	**130**
3.6	**SAMEVATTENDE GEVOLGTREKKING**	**134**
3.7	**HOOFSTUKAFSLUITING**	**135**

HOOFSTUK 4

EMPIRIESE STUDIE

4.	**HOOFSTUKORIëNTERING**	**137**

4.1	**INLEIDING**	**138**
4.2	**DOELSTELLINGS VAN DIE NAVORSING**	**138**
4.2.1	HOOFDOELSTELLING VAN DIE NAVORSING	138
4.2.1.1	Sub-doelstellings van die navorsing	139
4.2.2	HOOFHIPOTESE	139
4.2.2.1	Sub-hipoteses	140
4.3	**NAVORSINGSONTWERP**	**140**
4.3.1	KWALITATIEWE NAVORSINGSONTWERP	141
4.3.1.1	'n Definisie van kwalitatiewe navorsing	141
4.3.1.2	Beperkinge van 'n kwalitatiewe navorsingsontwerp	142
4.4	**NAVORSINGSMETODES**	**142**
4.4.1	DIE GEBRUIK VAN DIE LITERATUUR AS NAVORSINGSMETODE	142
4.4.2	DIE GEBRUIK VAN DIE GEVALLESTUDIEMETODE AS NAVORSINGSMETODE	143
4.4.3	DIE GEBRUIK VAN KWANTITATIEWE NAVORSINGS-METODES	144
4.4.4	KEUSE VAN DIE ONDERSOEKGROEP	144
4.4.4.1	Die algemene populasie en die steekproef	145
4.4.4.2	Beskrywing van die steekproefneming	145
4.4.4.3	Kriteria vir die eerste seleksiefase	146
4.4.5	SELEKTERING VAN DIE ADOLESSENTE	148
4.4.5.1	Kriteria vir die tweede seleksiefase	149
4.4.5.2	Keuse van adolessente	149
4.4.6	ETIESE HANDELSWYSE	149
4.4.6.1	Oorwoë toestemming	151
4.4.6.2	Vertroulikheid	151
4.4.6.3	Ontlontingsonderhoude	151
4.5	**METODES VAN DATA-INSAMELING**	**151**
4.5.1	DIE NAVORSER AS *INSTRUMENT*	152
4.5.2	KLINIESE OBSERVASIE	153
4.5.3	ONDERHOUDVOERING	153
4.5.4	PSIGOMETRIESE TOETSE	153
4.5.4.1	*"Millon Adolescent Clinical Inventory"* (MACI)	154
(a)	Motivering vir die insluiting van die MACI	154
(b)	Samestelling van die MACI	155

(c)	Standaardisering van die MACI	155
(d)	Interpretasie van die MACI-skale vir die doel van die studie	156
(e)	Betroubaarheid van die MACI	157
(f)	Geldigheid van die MACI	157
4.5.4.2	Hoërskoolpersoonlikheidsvraelys (HSPV)	157
(a)	Motivering vir die insluiting van die HSPV	158
(b)	Samestelling van die HSPV	159
(c)	Standaardisering van die HSPV	159
(d)	Interpretasie van die HSPV-faktore	159
(e)	Betroubaarheid van die HSPV	160
(f)	Geldigheid van die HSPV	160
4.5.5	VRAELYSTE	161
4.5.5.1	Algemene welstand-vraelys	161
(a)	Motivering vir die insluiting van die Algemene welstand-vraelys	162
(b)	Samestelling van die Algemene welstand-vraelys	162
(c)	Interpretasie van die Algemene welstand-vraelys vir die doel van die studie	163
(d)	Standaardisering, geldigheid en betroubaarheid van die Algemene welstand-vraelys	164
4.5.5.2	Weerlose adolessent-vraelys	164
(a)	Motivering vir die insluiting van die Weerlose adolessent-vraelys	164
(b)	Samestelling van die Weerlose adolessent -vraelys	165
(c)	Interpretasie van die Weerlose adolessent -vraelys vir die doel van die studie	165
(d)	Standaardisering, geldigheid en betroubaarheid van die Weerlose adolessent -vraelys	167
4.5.6	GRAFIESE EKSPRESSIEMEDIA	167
4.5.7	MEDIESE HIPNO-ANALISE-TEGNIEKE	168
4.5.8	DIE GEBRUIK VAN MEDIESE HIPNO-ANALISE AS TEORETIESE RAAMWERK	168
4.6	**PROSEDURES EN TEGNIEKE**	**169**
4.6.1	TERAPEUTIESE PROSEDURES EN TEGNIEKE	169
4.6.1.1	Terapeutiese doelwitte	169
4.6.1.2	Sukses van terapie	170
4.6.1.3	Terapeutiese tydsverloop	170
4.6.1.4	Terapeutiese verloop	170

4.6.1.5	Bespreking van die gevallestudies	171
4.7	**DATA-ANALISE**	**173**
4.8	**INTERPRETASIE VAN DATA**	**175**
4.9	**HOOFSTUKAFSLUITING**	**175**

HOOFSTUK 5

BESPREKING VAN GEVALLESTUDIES

5.	**HOOFSTUKORIëNTERING**	**176**
5.1	**INLEIDING**	**177**
5.2	**BESPREKING VAN GEVALLESTUDIES**	**177**
5.2.1	KIND A	180
5.2.1.1	Psigodinamiese lewensverloop	180
5.2.1.2	Emosionele volwassewordingsdiagram voor aanvang van die terapie	180
5.2.1.3	Bespreking van die emosionele volwassewordingsdiagram voor aanvang van die terapie	180
5.2.1.4	Presenterende problematiek	184
(a)	Algemene welstand-vraelys	184
(b)	Weerlose adolessent-vraelys	184
(c)	Probleme soos deur haar ouers en registeronderwyseres gestel	185
5.2.1.5	Bespreking van selfonthulling, intelligensie en sosiale omgewingsuitkomste	186
5.2.1.6	Duidinge van die Ponce de Leon-sindroom	187
5.2.1.7	Kerngebeurtenisse volgens die tripleerde allergeenteorie	187
(a)	Inisiële sensitiserende gebeurtenis (ISG)	187
(b)	Simptoom-produserende gebeurtenis (SPG)	189
(c)	Simptoom-intensiverende gebeurtenis (SIG)	189
5.2.1.8	Terapeutiese intervensie	189
(a)	Inisiële sensitiserende gebeurtenis (ISG)	189
(i)	Bespreking	190
(ii)	Samevatting	191
(b)	Simptoom-produserende gebeurtenis (SPG)	192
(i)	Bespreking	194

(ii)	Samevatting	194
(c)	Simptoom-intensiverende gebeurtenisse (SIG)	195
(i)	Bespreking	197
(ii)	Samevatting	198
(d)	Terapeutiese integrasie	198
(i)	Begrip, genesing en verandering in terme van die rangorde van lewensprioriteite	198
(ii)	Identifisering van onbewuste diagnoses	199
(iii)	*"Scripts"* wat vir Kind A gebruik is	199
(iv)	Afsluiting van terapie	200
5.2.1.9	Emosionele volwassewordingsdiagram na afloop van die terapie	200
5.2.1.10	Bespreking van die emosionele volwassewordingsdiagram na afloop van die terapie	200
5.2.1.11	Samevatting	202
5.2.2	KIND B	204
5.2.2.1	Psigodinamiese lewensverloop	204
5.2.2.2	Emosionele volwassewordingsdiagram voor aanvang van die terapie	204
5.2.2.3	Bespreking van die emosionele volwassewordingsdiagram voor aanvang van die terapie	204
5.2.2.4	Presenterende problematiek	207
(a)	Algemene welstand-vraelys	207
(b)	Weerlose adolessent-vraelys	208
(c)	Probleme soos deur haar ouers en registeronderwyser gestel	209
5.2.2.5	Bespreking van selfonthulling, intelligensie en sosiale omgewingsuitkomste	210
5.2.2.6	Duidinge van die Ponce de Leon-sindroom	211
5.2.2.7	Kerngebeurtenisse volgens die tripleerde allergeenteorie	213
(a)	Inisiële sensitiserende gebeurtenis (ISG)	213
(b)	Simptoom-produserende gebeurtenis (SPG)	213
(c)	Simptoom-intensiverende gebeurtenis (SIG)	213
5.2.2.8	Terapeutiese intervensie	213
(a)	Inisiële sensitiserende gebeurtenis (ISG)	214
(i)	Bespreking	215
(ii)	Samevatting	216
(b)	Simptoom-produserende gebeurtenis (SPG)	216

(i)	Bespreking	217
(ii)	Samevatting	217
(c)	Simptoom-intensiverende gebeurtenisse (SIG)	219
(i)	Bespreking	220
(ii)	Samevatting	220
(d)	Terapeutiese integrasie	221
(i)	Begrip, genesing en verandering in terme van die rangorde van lewensprioriteite	221
(ii)	Identifisering van onbewuste diagnoses	222
(iii)	*"Scripts"* wat vir Kind B gebruik is	222
(iv)	Afsluiting van terapie	223
5.2.2.9	Emosionele volwassewordingsdiagram na afloop van die terapie	223
5.2.2.10	Bespreking van die emosionele volwassewordingsdiagram na afloop van die terapie	223
5.2.2.11	Samevatting	225
5.2.3	KIND C	226
5.2.3.1	Psigodinamiese lewensverloop	226
5.2.3.2	Emosionele volwassewordingsdiagram voor aanvang van die terapie	226
5.2.3.3	Bespreking van die emosionele volwassewordingsdiagram voor aanvang van die terapie	226
5.2.3.4	Presenterende problematiek	229
(a)	Algemene welstand-vraelys	229
(b)	Weerlose adolessent-vraelys	230
(c)	Probleme soos deur sy moeder, versorgers en registeronderwyseres gestel	231
5.2.3.5	Bespreking van selfonthulling, intelligensie en sosiale omgewingsuitkomste	232
5.2.3.6	Duidinge van die Ponce de Leon-sindroom	232
5.2.3.7	Kerngebeurtenisse volgens die tripleerde allergeenteorie	234
(a)	Inisiële sensitiserende gebeurtenis (ISG)	234
(b)	Simptoom-produserende gebeurtenis (SPG)	234
(c)	Simptoom-intensiverende gebeurtenis (SIG)	234
5.2.3.8	Terapeutiese intervensie	234
(a)	Inisiële sensitiserende gebeurtenis (ISG)	235
(i)	Bespreking	236

(ii)	Samevatting	236
(b)	Simptoom-produserende gebeurtenis (SPG)	236
(i)	Bespreking	238
(ii)	Samevatting	238
(c)	Simptoom-intensiverende gebeurtenisse (SIG)	238
(i)	Bespreking	240
(ii)	Samevatting	240
(d)	Terapeutiese integrasie	240
(i)	Begrip, genesing en verandering in terme van die rangorde van lewensprioriteite	241
(ii)	Identifisering van onbewuste diagnoses	243
(iii)	*"Scripts"* wat vir Kind C gebruik is	243
(iv)	Afsluiting van terapie	244
5.2.3.9	Emosionele volwassewordingsdiagram na afloop van die terapie	244
5.2.3.10	Bespreking van die emosionele volwassewordingsdiagram na afloop van die terapie	244
5.2.3.11	Samevatting	246
5.2.4	KIND D	248
5.2.4.1	Psigodinamiese lewensverloop	248
5.2.4.2	Emosionele volwassewordingsdiagram voor aanvang van die terapie	248
5.2.4.3	Bespreking van die emosionele volwassewordingsdiagram voor aanvang van die terapie	248
5.2.4.4	Presenterende problematiek	251
(a)	Algemene welstand-vraelys	251
(b)	Weerlose adolessent-vraelys	252
(c)	Probleme soos deur haar ouers en registeronderwyseres gestel	252
5.2.4.5	Bespreking van selfonthulling, intelligensie en sosiale omgewingsuitkomste	253
5.2.4.6	Duidinge van die Ponce de Leon-sindroom	254
5.2.4.7	Kerngebeurtenisse volgens die tripleerde allergeenteorie	254
(a)	Inisiële sensitiserende gebeurtenis (ISG)	254
(b)	Simptoom-produserende gebeurtenis (SPG)	256
(c)	Simptoom-intensiverende gebeurtenis (SIG)	256
5.2.4.8	Terapeutiese intervensie	256
(a)	Inisiële sensitiserende gebeurtenis (ISG)	256

(i)	Bespreking	257
(ii)	Samevatting	258
(b)	Simptoom-produserende gebeurtenis (SPG)	258
(i)	Bespreking	260
(ii)	Samevatting	261
(c)	Simptoom-intensiverende gebeurtenisse (SIG)	262
(i)	Bespreking	263
(ii)	Samevatting	263
(d)	Terapeutiese integrasie	264
(i)	Begrip, genesing en verandering in terme van die rangorde van lewensprioriteite	264
(ii)	Identifisering van onbewuste diagnoses	265
(iii)	*"Scripts"* wat vir Kind D gebruik is	265
(iv)	Afsluiting van terapie	266
5.2.4.9	Emosionele volwassewordingsdiagram na afloop van die terapie	266
5.2.4.10	Bespreking van die emosionele volwassewordingsdiagram na afloop van die terapie	266
5.2.4.11	Samevatting	268
5.2.5	KIND E	269
5.2.5.1	Psigodinamiese lewensverloop	269
5.2.5.2	Emosionele volwassewordingsdiagram voor aanvang van die terapie	269
5.2.5.3	Bespreking van die emosionele volwassewordingsdiagram voor aanvang van die terapie	269
5.2.5.4	Presenterende problematiek	272
(a)	Algemene welstand-vraelys	272
(b)	Weerlose adolessent-vraelys	273
(c)	Probleme soos deur haar ouers en registeronderwyseres gestel	274
5.2.5.5	Bespreking van selfonthulling, intelligensie en sosiale omgewingsuitkomste	275
5.2.5.6	Duidinge van die Ponce de Leon-sindroom	275
5.2.5.7	Kerngebeurtenisse volgens die tripleerde allergeenteorie	275
(a)	Inisiële sensitiserende gebeurtenis (ISG)	277
(b)	Simptoom-produserende gebeurtenis (SPG)	277
(c)	Simptoom-intensiverende gebeurtenis (SIG)	277
5.2.5.8	Terapeutiese intervensie	277

(a)	Inisiële sensitiserende gebeurtenis (ISG)	278
(i)	Bespreking	279
(ii)	Samevatting	280
(b)	Simptoom-produserende gebeurtenis (SPG)	280
(i)	Bespreking	282
(ii)	Samevatting	282
(c)	Simptoom-intensiverende gebeurtenisse (SIG)	283
(i)	Bespreking	284
(ii)	Samevatting	284
(d)	Terapeutiese integrasie	284
(i)	Begrip, genesing en verandering in terme van die rangorde van lewensprioriteite	284
(ii)	Identifisering van onbewuste diagnoses	285
(iii)	*"Scripts"* wat vir Kind E gebruik is	286
(iv)	Afsluiting van terapie	286
5.2.5.9	Emosionele volwassewordingsdiagram na afloop van die terapie	287
5.2.5.10	Bespreking van die emosionele volwassewordingsdiagram na afloop van die terapie	287
5.2.5.11	Samevatting	289
5.3	**HOOFSTUKSAMEVATTING**	**289**
5.4	**HOOFSTUKAFSLUITING**	**291**

HOOFSTUK 6

IMPAK VAN MEDIESE HIPNO-ANALISE OP GEVALLESTUDIES

6.	**HOOFSTUKORIëNTERING**	**292**
6.1	**INLEIDING**	**293**
6.2	**VERGELYKING VAN VOOR- EN NATOETSRESULTATE**	**293**
6.2.1	MACI	293
6.2.2	HSPV	295
6.2.3	DIE ALGEMENE WELSTAND-VRAELYS	296
6.2.4	DIE WEERLOSE ADOLESSENT-VRAELYS	297
6.3	**VERSKILLE TUSSEN DIE VOOR- EN NATOETS-RESULTATE VAN ELKE PROEFPERSOON**	**297**

6.3.1	KIND A	298
6.3.1.1	Grafiese voorstellings en bespreking van Kind A se navorsingsresultate verkry uit die MACI	298
6.3.1.2	Grafiese voorstelling en bespreking van Kind A se navorsingsresultate verkry uit die HSPV	305
6.3.1.3	Grafiese voorstelling en bespreking van Kind A se navorsingsresultate verkry uit die Algemene welstand-vraelys	308
6.3.1.4	Grafiese voorstelling en bespreking van Kind A se navorsingsresultate verkry uit die Weerlose adolessent-vraelys	311
6.3.1.5	Samevatting van Kind A se navorsingsresultate	314
(a)	Die impak van Mediese hipno-analise op Kind A	314
(i)	MACI	314
(ii)	HSPV	315
(iii)	Algemene welstand-vraelys	315
(iv)	Weerlose adolessent-vraelys	315
(b)	Emosionele volwassewordingsvoltrekking van Kind A	316
6.3.1.6	Gevolgtrekking uit Kind A se navorsingsresultate	317
6.3.2	KIND B	318
6.3.2.1	Grafiese voorstellings en bespreking van Kind B se navorsingsresultate verkry uit die MACI	318
6.3.2.2	Grafiese voorstelling en bespreking van Kind B se navorsingsresultate verkry uit die HSPV	325
6.3.2.3	Grafiese voorstelling en bespreking van Kind B se navorsingsresultate verkry uit die Algemene welstand-vraelys	328
6.3.2.4	Grafiese voorstelling en bespreking van Kind B se navorsingsresultate verkry uit die Weerlose adolessent-vraelys	332
6.3.2.5	Samevatting van Kind B se navorsingsresultate	334
(a)	Die impak van Mediese hipno-analise op Kind B	334
(i)	MACI	334
(ii)	HSPV	335
(iii)	Algemene welstand-vraelys	335
(iv)	Weerlose adolessent-vraelys	336

(b)	Emosionele volwassewordingsvoltrekking van Kind B	336
6.3.2.6	Gevolgtrekking uit Kind B se navorsingsresultate	337
6.3.3	KIND C	339
6.3.3.1	Grafiese voorstellings en bespreking van Kind C se navorsingsresultate verkry uit die MACI	339
6.3.3.2	Grafiese voorstelling en bespreking van Kind C se navorsingsresultate verkry uit die HSPV	346
6.3.3.3	Grafiese voorstelling en bespreking van Kind C se navorsingsresultate verkry uit die Algemene welstand-vraelys	349
6.3.3.4	Grafiese voorstelling en bespreking van Kind C se navorsingsresultate verkry uit die Weerlose adolessent-vraelys	353
6.3.3.5	Samevatting van Kind C se navorsingsresultate	355
(a)	Die impak van Mediese hipno-analise op Kind C	355
(i)	MACI	355
(ii)	HSPV	356
(iii)	Algemene welstand-vraelys	357
(iv)	Weerlose adolessent-vraelys	357
(b)	Emosionele volwassewordingsvoltrekking van Kind C	357
6.3.3.6	Gevolgtrekking uit Kind C se navorsingsresultate	358
6.3.4	KIND D	360
6.3.4.1	Grafiese voorstellings en bespreking van Kind D se navorsingsresultate verkry uit die MACI	360
6.3.4.2	Grafiese voorstelling en bespreking van Kind D se navorsingsresultate verkry uit die HSPV	367
6.3.4.3	Grafiese voorstelling en bespreking van Kind D se navorsingsresultate verkry uit die Algemene welstand-vraelys	369
6.3.4.4	Grafiese voorstelling en bespreking van Kind D se navorsingsresultate verkry uit die Weerlose adolessent-vraelys	373
6.3.4.5	Samevatting van Kind D se navorsingsresultate	375
(a)	Die impak van Mediese hipno-analise op Kind D	375
(i)	MACI	376
(ii)	HSPV	376

(iii)	Algemene welstand-vraelys	377
(iv)	Weerlose adolessent-vraelys	377
(b)	Emosionele volwassewordingsvoltrekking van Kind D	377
6.3.4.6	Gevolgtrekking uit Kind D se navorsingsresultate	378
6.3.5	KIND E	380
6.3.5.1	Grafiese voorstellings en bespreking van Kind E se navorsingsresultate verkry uit die MACI	380
6.3.5.2	Grafiese voorstelling en bespreking van Kind E se navorsingsresultate verkry uit die HSPV	388
6.3.5.3	Grafiese voorstelling en bespreking van Kind E se navorsingsresultate verkry uit die Algemene welstand-vraelys	391
6.3.5.4	Grafiese voorstelling en bespreking van Kind E se navorsingsresultate verkry uit die Weerlose adolessent-vraelys	395
6.3.5.5	Samevatting van Kind E se navorsingsresultate	397
(a)	Die impak van Mediese hipno-analise op Kind E	397
(i)	MACI	397
(ii)	HSPV	398
(iii)	Algemene welstand-vraelys	398
(iv)	Weerlose adolessent-vraelys	399
(b)	Emosionele volwassewordingsvoltrekking van Kind E	399
6.3.5.6	Gevolgtrekking uit Kind E se navorsingsresultate	400
6.4	**AANWENDING VAN DIE EMOSIONELE VOLWASSE-WORDINGSKWALITEITE TEN AANSIEN VAN DIE EVALUERINGSMEDIA**	**402**
6.4.1	AANWENDING VAN DIE EMOSIONELE VOLWASSE-WORDINGSKWALITEITE TEN AANSIEN VAN DIE MACI	402
6.4.2	AANWENDING VAN DIE EMOSIONELE VOLWASSE-WORDINGSKWALITEITE TEN AANSIEN VAN DIE HSPV	403
6.4.3	AANWENDING VAN DIE EMOSIONELE VOLWASSE-WORDINGSKWALITEITE TEN AANSIEN VAN DIE ALGEMENE WELSTAND-VRAELYS	404
6.4.4	AANWENDING VAN DIE EMOSIONELE VOLWASSE-WORDINGSKWALITEITE TEN AANSIEN VAN DIE WEERLOSE ADOLESSENT-VRAELYS	405

6.5	HOOFSTUKSAMEVATTING	405
6.6	HOOFSTUKAFSLUITING	407

HOOFSTUK 7

SAMEVATTING, GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

7.	HOOFSTUKORIëNTERING	408
7.1	INLEIDING	409
7.2	ALGEMENE BEVINDINGS UIT DIE LITERATUURSTUDIE	410
7.3	ALGEMENE BEVINDINGS UIT DIE GEVALLESTUDIES	412
7.4	ALGEMENE BEVINDINGS UIT DIE EMPIRIESE STUDIE	415
7.5	GEVOLGTREKKINGS UIT DIE LITERATUURSTUDIE	418
7.6	GEVOLGTREKKINGS UIT DIE GRAFIESE MEDIA	421
7.7	GEVOLGTREKKINGS UIT DIE EMPIRIESE STUDIE	422
7.8	RIGLYNE VIR OPVOEDKUNDIGE SIELKUNDIGES	424
7.9	BEPERKINGE VAN DIE STUDIE	428
7.10	BYDRAE VAN DIE STUDIE	429
7.11	AANBEVELINGS VIR VERDERE STUDIE	432
7.12	AFSLUITING	434

BIBLIOGRAFIE	436
BYLAE	456

LYS VAN FIGURE

FIGUUR 1.1
EIENSKAPPE VAN DIE *SELF*KONSEP 18

FIGUUR 2.1
INTERAKSIE EN WISSELWERKING TUSSEN DIE BEWUSTE EN DIE ONBEWUSTE 62

FIGUUR 2.2
PSIGODINAMIKA VAN MEDIESE HIPNO-ANALISE 63
FIGUUR 2.3
RANGORDE VAN LEWENSPRIORITEITE 71
FIGUUR 3.1
DIE EMOSIONEEL-WEERLOSE ADOLESSENT 110
FIGUUR 3.2
INNERLIKE HULPBRONNE 125
FIGUUR 3.3
ADOLESSENTE-COPING 127
FIGUUR 4.1
TERAPEUTIESE VERLOOP 172
FIGUUR 4.2
ANALISERING VAN DATA BY GEVALLESTUDIES 174
FIGUUR 5.1.1
KIND A SE PSIGODINAMIESE LEWENSVERLOOP 181
FIGUUR 5.1.2
KIND A SE EMOSIONELE VOLWASSEWORDINGSDIAGRAM VOOR AANVANG VAN DIE TERAPIE 182
FIGUUR 5.1.3
DUIDINGE VAN DIE PONCE DE LEON-SINDROOM BY KIND A 188
FIGUUR 5.1.4
KIND A SE EMOSIONELE VOLWASSEWORDINGSDIAGRAM NA AFLOOP VAN DIE TERAPIE 201
FIGUUR 5.2.1
KIND B SE PSIGODINAMIESE LEWENSVERLOOP 205
FIGUUR 5.2.2
KIND B SE EMOSIONELE VOLWASSEWORDINGSDIAGRAM VOOR AANVANG VAN DIE TERAPIE 206
FIGUUR 5.2.3
DUIDINGE VAN DIE PONCE DE LEON-SINDROOM BY KIND B 212
FIGUUR 5.2.4
BLOOTSTELLING VAN KIND B (PRE-NATAAL) AAN MEDIESE HIPNO-ANALISE 218

FIGUUR 5.2.5
KIND B SE EMOSIONELE VOLWASSEWORDINGSDIAGRAM
NA AFLOOP VAN DIE TERAPIE
FIGUUR 5.3.1 224
KIND C SE PSIGODINAMIESE LEWENSVERLOOP
FIGUUR 5.3.2 227
KIND C SE EMOSIONELE VOLWASSEWORDINGSDIAGRAM VOOR
AANVANG VAN DIE TERAPIE
FIGUUR 5.3.3 228
DUIDINGE VAN DIE PONCE DE LEON-SINDROOM BY KIND C
FIGUUR 5.3.4 233
TOEPASSING VAN MEDIESE HIPNO-ANALISE OP DIE
EMOSIONEEL-WEERLOSE ADOLESSENT
FIGUUR 5.3.5 242
KIND C SE EMOSIONELE VOLWASSEWORDINGSDIAGRAM
NA AFLOOP VAN DIE TERAPIE
FIGUUR 5.4.1 245
KIND D SE PSIGODINAMIESE LEWENSVERLOOP
FIGUUR 5.4.2 249
KIND D SE EMOSIONELE VOLWASSEWORDINGSDIAGRAM VOOR
AANVANG VAN DIE TERAPIE
FIGUUR 5.4.3 250
DUIDINGE VAN DIE PONCE DE LEON-SINDROOM BY KIND D
FIGUUR 5.4.4 255
KIND D SE EMOSIONELE VOLWASSEWORDINGSDIAGRAM
NA AFLOOP VAN DIE TERAPIE
FIGUUR 5.5.1 267
KIND E SE PSIGODINAMIESE LEWENSVERLOOP
FIGUUR 5.5.2 270
KIND E SE EMOSIONELE VOLWASSEWORDINGSDIAGRAM VOOR
AANVANG VAN DIE TERAPIE
FIGUUR 5.5.3 271
DUIDINGE VAN DIE PONCE DE LEON-SINDROOM BY KIND E
FIGUUR 5.5.4 276
KIND E SE EMOSIONELE VOLWASSEWORDINGSDIAGRAM
NA AFLOOP VAN DIE TERAPIE

FIGUUR 5.6 288
"HOMECOMING" AS UITKOMS VAN DIE HANTERING VAN DIE PONCE DE LEON-SINDROOM
FIGUUR 6.1.1 290
KIND A: MACI–PERSOONLIKHEIDSTYLE
FIGUUR 6.1.2 299
KIND A: MACI–PROBLEEMAREAS
FIGUUR 6.1.3 301
KIND A: MACI–KLINIESE SINDROME
FIGUUR 6.2 303
KIND A: HSPV–FAKTORE
FIGUUR 6.3.1 306
KIND A: ALGEMENE WELSTAND-VRAELYS
FIGUUR 6.3.1.1 308
KIND A: ALGEMENE WELSTAND-VRAELYS EMOSIONELE SUB-DIMENSIES
FIGUUR 6.4 310
KIND A: WEERLOSE ADOLESSENT-VRAELYS
FIGUUR 6.5.1 312
KIND B: MACI–PERSOONLIKHEIDSTYLE
FIGUUR 6.5.2 319
KIND B: MACI–PROBLEEMAREAS
FIGUUR 6.5.3 321
KIND B: MACI–KLINIESE SINDROME
FIGUUR 6.6 324
KIND B: HSPV–FAKTORE
FIGUUR 6.7.1 326
KIND B: ALGEMENE WELSTAND-VRAELYS
FIGUUR 6.7.1.1 329
KIND B: ALGEMENE WELSTAND-VRAELYS EMOSIONELE SUB-DIMENSIES
FIGUUR 6.8 331
KIND B: WEERLOSE ADOLESSENT-VRAELYS
FIGUUR 6.9.1 332
KIND C: MACI–PERSOONLIKHEIDSTYLE
340

FIGUUR 6.9.2
KIND C: MACI–PROBLEEMAREAS
FIGUUR 6.9.3 342
KIND C: MACI–KLINIESE SINDROME
FIGUUR 6.10 344
KIND C: HSPV–FAKTORE
FIGUUR 6.11.1 347
KIND C: ALGEMENE WELSTAND-VRAELYS
FIGUUR 6.11.1.1 350
KIND C: ALGEMENE WELSTAND-VRAELYS
EMOSIONELE SUB-DIMENSIES
FIGUUR 6.12 352
KIND C: WEERLOSE ADOLESSENT-VRAELYS
FIGUUR 6.13.1 354
KIND D: MACI–PERSOONLIKHEIDSTYLE
FIGUUR 6.13.2 361
KIND D: MACI–PROBLEEMAREAS
FIGUUR 6.13.3 363
KIND D: MACI–KLINIESE SINDROME
FIGUUR 6.14 365
KIND D: HSPV–FAKTORE
FIGUUR 6.15.1 368
KIND D: ALGEMENE WELSTAND-VRAELYS
FIGUUR 6.15.1.1 370
KIND D: ALGEMENE WELSTAND-VRAELYS
EMOSIONELE SUB-DIMENSIES
FIGUUR 6.16 372
KIND D: WEERLOSE ADOLESSENT-VRAELYS
FIGUUR 6.17.1 374
KIND E: MACI–PERSOONLIKHEIDSTYLE
FIGUUR 6.17.2 381
KIND E: MACI–PROBLEEMAREAS
FIGUUR 6.17.3 383
KIND E: MACI–KLINIESE SINDROME
FIGUUR 6.18 386
KIND E: HSPV–FAKTORE

FIGUUR 6.19.1 389
KIND E: ALGEMENE WELSTAND-VRAELYS
FIGUUR 6.19.1.1 392
KIND E: ALGEMENE WELSTAND-VRAELYS
EMOSIONELE SUB-DIMENSIES
FIGUUR 6.20 394
KIND E: WEERLOSE ADOLESSENT-VRAELYS
395

LYS VAN SKEMAS

SKEMA 1
OORSIG OOR HOOFSTUK 1 1
SKEMA 2
OORSIG OOR HOOFSTUK 2 28
SKEMA 3
OORSIG OOR HOOFSTUK 3 104
SKEMA 4
OORSIG OOR HOOFSTUK 4 137
SKEMA 5
OORSIG OOR HOOFSTUK 5 176
SKEMA 6
OORSIG OOR HOOFSTUK 6 292
SKEMA 7
OORSIG OOR HOOFSTUK 7 408

LYS VAN TABELLE

TABEL 2.1
'N VERGELYKING TUSSEN DIE NORMALE WAKKER-BEWUSSYN (NIE-HIPNOTIESE TOESTAND) EN DIE GEWYSIGDE TOESTAND VAN BEWUSSYN (HIPNOTIESE TOESTAND) 34

TABEL 2.2
HIPNOTIESE VERSKYNSELS 53
TABEL 3.1
LEWENSVERANDERENDE GEBEURTENISSE 112
TABEL 3.2
AANDUIDERS VAN STRES IN ADOLESSENTE 123
TABEL 4.1
KRITERIA VIR DIE EERSTE SELEKSIEFASE:
RISIKOFAKTORE VIR EMOSIONELE WEERLOOSHEID 123
TABEL 5.1
INSETTE DEUR KIND A SE OUERS EN REGISTER-
ONDERWYSERES 148
TABEL 5.2
INSETTE DEUR KIND B SE OUERS EN REGISTERONDERWYSER 186
TABEL 5.3
INSETTE DEUR KIND C SE MOEDER, VERSORGERS EN
REGISTERONDERWYSERES 209
TABEL 5.4
INSETTE DEUR KIND D SE OUERS EN REGISTER-
ONDERWYSERES 231
TABEL 5.5
INSETTE DEUR KIND E SE OUERS EN REGISTER-
ONDERWYSERES 253
TABEL 6.1
AANWENDING VAN DIE EMOSIONELE VOLWASSEWORDINGS-
KWALITEITE TEN AANSIEN VAN DIE MACI 274
TABEL 6.2
AANWENDING VAN DIE EMOSIONELE VOLWASSEWORDINGS-
KWALITEITE TEN AANSIEN VAN DIE HSPV 403
TABEL 6.3
AANWENDING VAN DIE EMOSIONELE VOLWASSEWORDINGS-
KWALITEITE TEN AANSIEN VAN DIE ALGEMENE WELSTAND-
VRAELYS 404

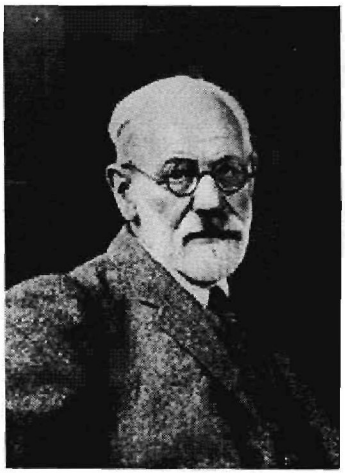
TABEL 6.4
AANWENDING VAN DIE EMOSIONELE VOLWASSEWORDINGS-KWALITEITE TEN AANSIEN VAN DIE WEERLOSE ADOLESSENT-VRAELYS 404
TABEL 6.5
SAMEVATTING VAN DIE NAVORSINGSBEVINDINGE 406
TABEL 7.1
ALGEMENE BEVINDINGS UIT DIE LITERATUURSTUDIE 410
TABEL 7.2
ALGEMENE BEVINDINGS UIT DIE GEVALLESTUDIES 413
TABEL 7.2.1
ALGEMENE BEVINDINGS TEN OPSIGTE VAN DIE PONCE DE LEON-SINDROOM 414
TABEL 7.3
ALGEMENE BEVINDINGS TEN OPSIGTE VAN DIE SUB-HIPOTESES 416
TABEL 7.4
ALGEMENE BEVINDING TEN OPSIGTE VAN DIE HOOFHIPOTESE 418
TABEL 7.5
OPSOMMING VAN GEVOLGTREKKINGS UIT DIE LITERATUUR-STUDIE 419
TABEL 7.6
GEVOLGTREKKINGS UIT DIE GRAFIESE MEDIA TEN OPSIGTE VAN GROEI IN EMOSIONELE VOLWASSEWORDING 422
TABEL 7.7
GEVOLGTREKKINGS UIT DIE EMPIRIESE STUDIE TEN OPSIGTE VAN GROEI IN EMOSIONELE VOLWASSEWORDING 423

KENNISGEWING TEN OPSIGTE VAN UITLEG

✍ *Die Harvardstyl vir bibliografiese verwysings, soos voorgestel deur die PU vir CHO, word in hierdie proefskrif nagevolg.*

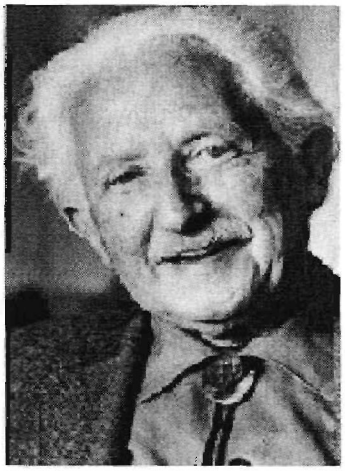
✍ *Om die herhaling van lomp, hoewel polities-korrekte, konstruksies (hy/sy, sy/haar, homself/haarself) te vermy, word die manlike persoonsvoornaam telkens in die proefskrif gebruik, maar die betekenis daarvan moet vertolk word om ook die vroulike persoonsvoornaamwoord in te sluit. "Hy" beteken dus telkens "hy/sy". Waar daar pertinent na 'n vrou/dogter verwys word, sal daar egter gebruik gemaak word van die vroulike voornaamwoorde.*

✍ *Vanweë outeurs soos Sigmund Freud, Milton Erickson en Erik Erikson se waardevolle, tydlose bydrae tot die sielkunde, word verouderde primêre bronne soms aangehaal. Hulle bydrae was onder meer: Sigmund Freud ten opsigte van die mens se psigiese funksionering, in besonder die onbewuste, Milton Erickson ten opsigte van die terapeutiese gebruik van mediese hipnose en Erik Erikson ten opsigte van adolessente identiteitsontwikkeling.*



Sigmund Freud
(1856 – 1939)

Milton Erickson
(1902 – 1994)



Erik Erikson
(1901 – 1980)

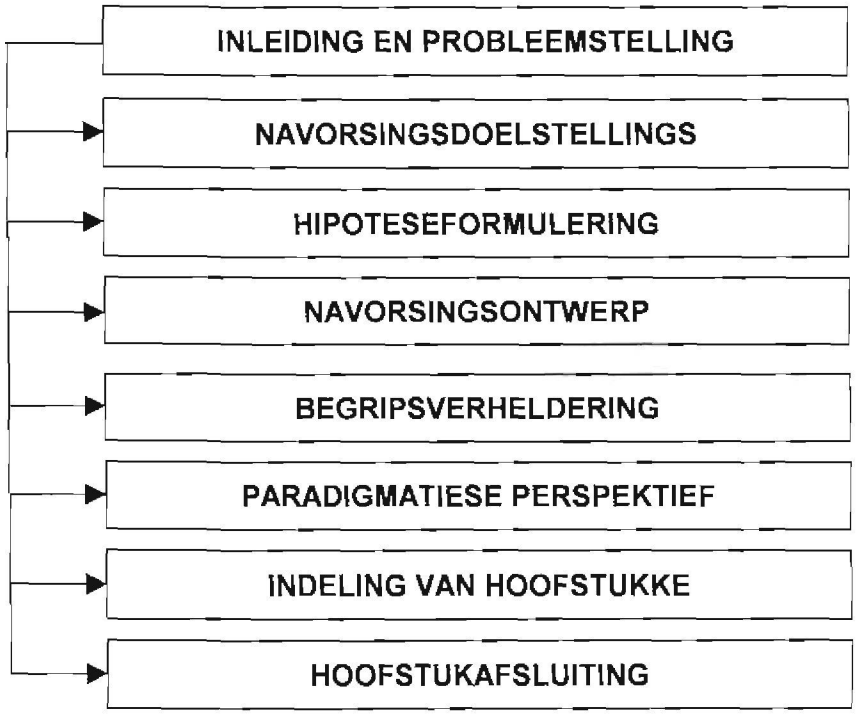
HOOFSTUK 1

INLEIDENDE ORIëNTERING, PROBLEEMSTELLING EN NAVORSINGSPROGRAM

1. HOOFSTUKORIëNTERING

Die doel van hierdie hoofstuk is om aan die leser 'n oorsig te bied oor die spesifieke navorsingsterrein wat gedek word deur hierdie studie. 'n Paradigmatiese perspektief vir die skryf van hierdie proefskrif word ook gepostuleer. Aan die hand van **SKEMA 1** word 'n kort oorsig oor Hoofstuk 1 gegee:

SKEMA 1: OORSIG OOR HOOFSTUK 1



1.1 INLEIDING EN PROBLEEMSTELLING

Die navorser kom in haar rol as opvoedkundige sielkundige dikwels in kontak met adolessente wat emosioneel weerloos staan teen die aanslae van die lewe en 'n onvermoë toon om die lewenseise wat aan hulle gestel word, te hanteer. Hierdie bewuswording van die probleem het die vraag laat ontstaan of dit moontlik is om emosionele weerloosheid by adolessente met behulp van Mediese hipno-analise terapeuties te hanteer en hulle sodoende te begelei tot groei in emosionele volwassewording.

Ons samelewing word voortdurend gekonfronteer met lewenseise en veranderinge van meer komplekse aard as 'n paar jaar gelede (Yapko, 1997: 17). Adolessente staan midde-in hierdie veranderingsproses. Adolessensie is die oorgangstydperk tussen kind-wees en volwasse-wees en strek vanaf ongeveer 14 jaar tot 20 jaar. Tussen die ouderdomme van 14 en 17 jaar is adolessente veral kwesbaar vir die ontwikkeling van psigiese probleme (Jaffe, 1998: 498). Trauma uit die verlede kan die adolessent se kwesbaarheid vir psigiese probleme aansienlik verhoog (Donnelly & Amaya-Jackson, 2002: 161; Müller, 2000: 40; Theron, 1995: 417).

Dit blyk dat alle terreine waarop adolessente beweeg, moontlike stres inhou. Sommige adolessente beleef die ingrypende veranderinge binne die onderwysstelsel (Mecoamere, 1999: 3) as traumaties en ervaar derhalwe verreikende aanpassingsprobleme. Volgens Strydom (2000: 111) is daar 'n totale afwysing van die tradisionele intellektueel-akademiese benadering binne die uitkomsgebaseerde onderwysbenadering, soos geïmplimenteer deur Kurrikulum 2005. Adolessente word terselfdertyd gebombardeer met tegnologiese veranderinge, gesinskonflik en -verbrokkeling, groepsdruk, interpersoonlike konflik, en verskeie lewenseise wat hulle copingvaardighede tot die uiterste beproef. Uit 'n ontwikkelingsperspektief gesien, word hierdie kritieke tydperk ook gekenmerk deur ingrypende fisiese veranderinge asook veranderinge ten opsigte van denkpatrone. Indien veranderinge as bedreigend beleef word, gee dit aanleiding

tot stres. Onproduktiewe coping met die voorafgaande stressors, verhinder die adolessent om die toepaslike ontwikkelingstake van adolessensie suksesvol te bemeester en werk gevolglik emosionele weerloosheid in die hand (Brook, Brook, Whiteman, Arencibia-Mireles, Pressman & Rubenstone, 2002: 6).

Emosioneel-weerloos beteken dat die adolessent nie in staat is om homself emosioneel te verdedig nie; hy staan ontwapen en onvoorbereid teen die emosionele aanslae van die lewe (HAT: 1357). Die emosioneel-weerlose adolessent se emosionele volwassewordingswyses word derhalwe nie toereikend voltrek nie en emosioneel-onvolwasse problematiek manifesteer in die vorm van onder andere onredelike eis-stelling, verplasing van verantwoordelikheid en blaam, impulsiewe besluitneming en handeling, ongekontroleerde woede-uitbarstings, negatiewe beïnvloedbaarheid en kriminele neigings (Schoeman, 2000: 3). Die adolessent kry nie altyd die nodige ondersteuning tot selfverwesenliking nie en is dan verplig om op sy eie reserwes en innerlike hulpbronne staat te maak om deur hierdie lewensfase te kom. Soms is sy innerlike hulpbronne onvoldoende, en die adolessent gevolglik emosioneel weerloos.

Emosionele weerloosheid blyk een van die belangrikste oorsake te wees wat gesonde verhoudings en toereikende kommunikasie tussen mense belemmer en veroorsaak dat adolessente die skool (dikwels te vroeg) verlaat sonder die nodige lewensvaardighede en emosionele welstand wat nodig is om hulle vir die toekoms toe te rus. Die emosioneel-weerlose adolessent betree die beroepslewe en ervaar uiteraard werksprobleme, huweliksprobleme, sosiale interaksieprobleme en ander aanpassingsprobleme (Frydenberg, 1997: 203; Muuss, 1996: 380).

"Ons land se toekoms lê in die hande van ons jeug" is 'n uitspraak wat algemeen bekend is en tog belê die samelewing nie genoeg in ons jeug nie. Ernstige psigiese probleme word afgemaak as stoutigheid, ongehoorsaamheid, impulsiwiteit, onverantwoordelikheid, selfsugtigheid, ensovoorts, sonder dat daar dieper ingegaan word op die probleem. Emosionele verwaarlosing vind plaas

sonder dat ouers en onderwysers noodwendig daarvan bewus is. Indien laasgenoemde partye voorkomend optree, sal dit in 'n mindere mate nodig word om korrektief en nasorgend te werk te gaan met betrekking tot kinders en adolessente se emosionele welstand.

Sommige skole in Suid-Afrika stel hulle oop vir 'n benadering waar daar gekonsentreer word op die bevordering van die welstand van leerders (Kirsten & Viljoen, 2001: 219). Welsyn-bevorderende skole (*"health-promoting schools"*) bevind hulself in die posisie om 'n waardevolle bydrae te lewer tot die emosionele welstand van adolessente. Bennett en Murphy (1999: 86) is van mening dat, indien die skool en onderwysers daarop ingestel is om emosionele probleme vroegtydig te identifiseer, die leerder wat probleme ervaar, betyds hulp kan ontvang en na emosionele welstand begelei kan word. Waar die emosionele welstand van die adolessent bevorder word, baat die skool as instansie en die samelewing as geheel ook daarby, deurdat die adolessent se gedragsuitinge minder impulsief en meer volwasse en verantwoordelik is. Die voorgenoemde outeurs is ook van mening dat die wyse waarop adolessente met ontstellende lewensgebeurtenisse en stressors cope, 'n daadwerklike effek op hulle ontwikkeling het.

Adolessensie word deur Erikson (1963: 261) beskryf as *"a time of identity diffusion and alignments that produce considerable turmoil"*. Die lewensfase waardeur die adolessent beweeg, maak hom kwesbaar vir verskeie invloede ten einde in te pas by die groep en 'n eie identiteit uit te leef (Hudson & Gray in Wester II & O'Grady, 1991: 16). Dit is die navorser se professionele ondervinding dat die huidige sosio-ekonomiese klimaat (misdaad, werkloosheid, armoede, vigs, geweld, ensovoorts) sowel as die politieke klimaat (regstellende aksie, diskriminasie, politieke korrupsie, ensovoorts) daartoe aanleiding gee dat die bevolking toenemend aangewese is op sielkundige hulpverlening om by die baie veranderinge aan te pas.

Die moderne samelewing het 'n dringende behoefte aan 'n dinamiese, korttermyn-gerigte terapie om in die kortste moontlike tyd by die werklike

onderliggende oorsake van die presenterende simptome uit te kom (Geer, 2000: 3). Dikwels is sekere inligting rondom 'n spesifieke gebeurtenis nog nie vir die bewuste beskikbaar gestel nie, moontlik omdat dit te bedreigend vir die persoon se emosionele, psigiese of spirituele oorlewing is, en daarom kan daar dan ook nie die nodige hulpverlening plaasvind nie. Indien daar in die persoon se verlede 'n trauma was wat nie toereikend verwerk is nie, kan die emosionele volwassewordingswyses nie toereikend voltrek word nie en manifesteer emosioneel-onvolwasse problematiek.

Die oplossing blyk te wees om op 'n onbewuste vlak die presenterende probleme op te los en negatiewe betekenisse te wysig. Hipnose word binne die Mediese hipno-analise-model gebruik om die onbewuste te deursoek vir die oorsaak en oorsprong van 'n probleem en om dit dienooreenkomstig op onbewuste vlak te hanteer en op te los. Volgens Scott Sr. (1996: 57-58) kan dit vergelyk word met die mediese dokter wat ook nie fokus op die behandeling van simptome nie, maar die onderliggende probleem oplos wat die simptome veroorsaak. Die term Mediese hipno-analise verwys volgens Matez (1992: 12) na die gebruik van hipno-analise volgens 'n mediese model van psigoterapie vir die diagnose en behandeling van die oorsaak en oorsprong van 'n probleem, eerder as om simptomaties te werk te gaan. Indien daar slegs simptomaties te werk gegaan word, sal dieselfde simptoom later weer verskyn of vervang word met 'n ander simptoom. Die onderliggende onbewuste oorsake wat tot die behoefte aan simptome aanleiding gegee het en ongewenste gedrag en emosionele en fisiese lyding veroorsaak het, word effektief gehanteer deur die toepassing van Mediese hipno-analise (Matez, 1992: 12).

Mediese hipno-analise is volgens Matez (1992: 12) dinamies, korttermyn en rigtinggewend sonder om bedreigend te wees. Volgens Corter, Whiteside en Haizlip (in Wester II & O'Grady, 1991: 153) kan Mediese hipno-analise uiters suksesvol geïntegreer word tydens hulpverlening aan adolessente, veral vanweë adolessente se reaktiewe gedrag. Een van die belangrikste boustene van Mediese hipno-analise is ouderdomsregressies. Ouderdomsregressies word gebruik ten einde herlewing en betekeniswysiging ten aansien van verdronge

negatiewe emosionele ervaringe teweeg te bring. 'n Verdronge negatiewe emosionele ervaring lei in baie gevalle tot 'n remming in die adolessent se emosionele ontwikkeling, wat emosionele onvolwassenheid tot gevolg kan hê. Die adolessent groei met ander woorde emosioneel ontoereikend en neig om emosioneel *stil te staan* in die lewensfase waarin hy verkeer ten tye van die emosionele trauma of ontstellende gebeurtenis (Modlin, 1999a: 90).

Die onbewuste diagnose van die Ponce de Leon-sindroom (vgl. 2.5.4.3 (b)) beskryf onvolwassenheid as die gevolg van 'n stilstand of remming in die ontwikkeling van die volwassewordende individu. Onvolwassenheid word beskou as 'n risikofaktor vir emosionele weerloosheid (MacFarlane, 2000: 45). Die opheffing van die Ponce de Leon-sindroom veronderstel dat die individu se emosionele volwassewording in beweging gebring word (Ritzman, 1987: 102). Sonder terapeutiese ingryping bestaan daar 'n groot moontlikheid dat die emosioneel-weerlose adolessent emosioneel onvolwasse sal bly en so die volwasse wêreld sal betree sonder die nodige vaardighede om die volwasse wêreld se eise te hanteer.

Voorgenoemde beredenering lei tot die **hoofnavorsingsvraag:**

Is Mediese hipno-analise 'n effektiewe terapeutiese tegniek vir die begeleiding van emosioneel-weerlose adolessente tot groei in emosionele volwassewording?

Verdere navorsingsvrae is onder meer:

- Op watter teoretiese beginsels is Mediese hipno-analise as terapeutiese tegniek gefundeer?

- Watter faktore dra by tot verhoogde emosionele weerloosheid tydens adolessensie?

- Watter oorsake en risikofaktore ten opsigte van emosionele weerloosheid kan by adolessente geïdentifiseer word?

- Is dit moontlik om emosionele volwassewordingskwaliteite te identifiseer wat kan dien as maatstaf vir die evaluering van adolessente se groei in emosionele volwassewording?

- Kan die toepassing van Mediese hipno-analise as 'n terapeutiese tegniek die emosioneel-weerlose adolessent help om gebeure wat hom emosioneel weerloos laat, te hanteer en te verwerk?

- Watter riglyne vir opvoedkundige sielkundiges kan aan die hand gedoen word ten opsigte van die gebruik van Mediese hipno-analise as hulpverleningstegniek?

1.2. NAVORSINGSDOELSTELLINGS

Die **hoofdoelstelling** van hierdie studie is om te bepaal of Mediese hipno-analise 'n effektiewe terapeutiese tegniek is vir die begeleiding van emosioneel-weerlose adolessente tot groei in emosionele volwassewording.

Sub-doelstellings vir hierdie studie is om:

- deur middel van 'n literatuurstudie die teoretiese beginsels onderliggend aan Mediese hipno-analise as 'n terapeutiese tegniek te beskryf;

- vanuit die literatuur bydraende faktore tot verhoogde emosionele weerloosheid tydens adolessensie te identifiseer;

- vanuit die literatuur oorsake en risikofaktore vir emosionele weerloosheid by adolessente te identifiseer;

- vanuit die literatuur emosionele volwassewordingskwaliteite te identifiseer, wat kan dien as maatstaf vir die evaluering van groei in emosionele volwassewording by adolessente;

- aan te dui hoe die toepassing van Mediese hipno-analise as terapeutiese tegniek die emosioneel-weerlose adolessent kan help om gebeure wat hom emosioneel weerloos laat, te hanteer en te verwerk; en

- riglyne vir opvoedkundige sielkundiges aan die hand te doen ten opsigte van die gebruik van Mediese hipno-analise as hulpverleningtegniek.

1.3 HIPOTESEFORMULERING

'n Hoofhipotese en drie sub-hipoteses is geformuleer om die navorsing te rig en te struktureer.

1.3.1 HOOFHIPOTESE

Mediese hipno-analise is 'n effektiewe terapeutiese tegniek vir die begeleiding van emosioneel-weerlose adolessente tot groei in emosionele volwassewording.

1.3.2 SUB-HIPOTESES

Die volgende drie sub-hipoteses is gestel:

- **Sub-hipotese 1:**

Die voorkoms van emosionele weerloosheid by adolessente kan in verband gebring word met traumatiese belewinge vanaf konsepsie tot vroeë kinderjare.

- **Sub-hipotese 2:**

Ouderdomsregressies kan inligting verskaf ten opsigte van die inisiële gebeurtenisse wat aanleiding gee tot emosionele weerloosheid by adolessente.

- **Sub-hipotese 3:**

Wysiging van gedagte- en gedragspatrone wat afkomstig is uit adolessente se vroegste herinneringe, kan in verband gebring word met groei in emosionele volwassewording by emosioneel-weerlose adolessente.

1.4 NAVORSINGSONTWERP

Ten einde die navorsingsdoelstellings te bereik, is gevallestudies as navorsingsmetode gebruik. Die gevallestudies is toepaslik, aangesien die konteks en agtergrond waaruit die navorsingsvrae vloei, in die praktyk ontstaan. In die lig van die feit dat die gevallestudies in hierdie navorsing by uitstek op die subjektiewe werklikheid van die adolessente fokus, is dit toepaslik om die gevallestudies binne 'n kwalitatiewe paradigma te hanteer. 'n Een-groep voor-eksperimentele navorsingsontwerp word gebruik met 'n voortoetsing en 'n natoetsing om nuwe data in te samel en bestaande data te ontleed om 'n ryk beskrywing, begrip en insig van die navorsingsfenomeen daar te stel (Denzin & Lincoln, 1994: 2; Gall, Borg & Gall, 1996: 505).

1.4.1 MEETINSTRUMENTE

Die media wat ingeskakel is, sluit psigometriese toetse, vraelyste, grafiese ekspressiemedia en Mediese hipno-analise-tegnieke in. Nie al die items van die psigometriese toetse word gebruik nie. Slegs sekere items van die *"Millon Adolescent Clinical Inventory"* (MACI) en die Hoërskoolpersoonlikheidsvraelys (HSPV) wat betrekking het op emosionele weerloosheid, is gebruik vir identifiserings-, voor- en natoetsdoeleindes. Slegs items wat dui op emosionele

weerloosheid is gebruik aangesien die studie daarop fokus. Die grafiese ekspressiemedia en die Mediese hipno-analise-projeksietegniek en ander tegnieke is slegs ingeskakel op die 5 proefpersone wat aan terapie blootgestel is.

Die volgende evalueringsmedia is ingeskakel:

1.4.1.1 Psigometriese toetse

- *"Millon Adolescent Clinical Inventory"* (MACI)
- Hoërskoolpersoonlikheidsvraelys (HSPV)

1.4.1.2 Vraelyste

- Algemene welstand-vraelys
- Weerlose adolessent-vraelys

1.4.1.3 Grafiese ekspressiemedia

- Emosionele volwassewordingsdiagram

1.4.1.4 Mediese hipno-analise-projeksietegniek

- Bryan se woordassosiasietoets (WAT)

1.4.2 ONDERSOEKGROEP

Doelgerigte steekproefneming is gebruik om die geldigheid en die betroubaarheid in die keuse van die ondersoekgroep te verseker. Die eerste 10 adolessente is geïdentifiseer deur 'n paneel van onderwysers van Hoërskool Vereeniging wat op hoogte is met die adolessente se lewensomstandighede (Steyn, Smit, Du Toit & Strasheim, 2000: 39). Die adolessente is geselekteer deur die Adjunk-hoof, Departementshoof: Opvoedkundige Leiding en die

adolessente se registeronderwysers van die vorige jaar, aan die hand van seleksiekriteria vir die identifisering van emosionele weerloosheid wat deur die navorser saamgestel is. Die seleksiekriteria is op 'n in-diepte literatuurstudie gebaseer. Die adolessente is as vrywillige deelnemers betrek. Een adolessent het hom onttrek. Daarna is die *"Millon Adolescent Clinical Inventory"* (MACI) en die Hoërskoolpersoonlikheidsvraelys (HSPV) ingeskakel op die oorblywende 9 adolessente om seker te maak dat hulle wel aan die eienskappe van emosionele weerloosheid voldoen.

Aan die hand van bogenoemde psigometriese toetse is sekere uitsluitingskriteria in die vorm van drie seleksiekategorieë (wat van toepassing is op die MACI en die HSPV) saamgestel om op 'n objektiewe wyse 'n ondersoekgroep van adolessente saam te stel met wie terapie (volgens die Mediese hipno-analise-model) onderneem kon word. Die uitsluitingskriteria het ook ten doel om te verseker dat die navorser met die verskynsel van *emosionele weerloosheid* werk en dat patologie wat die navorsingsresultate nadelig kan beïnvloed, uitgesluit word.

1.4.3 GELDIGHEID

Die navorser het onder meer Guba (in Poggenpoel, 1998: 351) se vier strategieë vir kwalitatiewe analise, naamlik geloofwaardigheid, oordraag-baarheid, betroubaarheid en bevestigbaarheid, aangewend om vooroordele in die resultate af te weer en om interne geldigheid te verseker.

1.4.4 BETROUBAARHEID

Die betroubaarheid van die studie is onder meer verseker deur die maak van videobandopnames van die ouderdomsregressies en deur 'n praktiese en akkurate beskrywing te gee van die metode van data-insameling, data-ontleding en data-interpretasie. Die navorser het die waarheidswaarde, toepaslikheid, konsekwentheid en onsydigheid ten opsigte van data geïmplimenteer om die

betroubaarheid van die navorsing verder te verseker (Guba in Poggenpoel, 1998: 348-351).

1.5 BEGRIPSVERHELDERING

In die lig van voorafgaande probleemstelling en doelstellings het begrippe soos onbewuste, hipnose, Mediese hipno-analise, adolessensie, emosionele weerloosheid en emosionele volwassewording ter sprake gekom en word vervolgens kortliks toegelig:

1.5.1 ONBEWUSTE

Die onbewuste is gesetel in die limbiese sisteem van die brein en dien as databasis vir alle gestoorde ervarings en emosies wat 'n persoon gehad het vanaf konsepsie tot hierdie oomblik. Gebeurtenisse word deur die onbewuste geïnterpreteer òf as lewe-ondersteunend òf as lewe-bedreigend. Die onbewuste het dus die vermoë om enige herinnering in die geheue te blokkeer en so 'n persoon teen 'n verwagte bedreiging ten aansien van sy emosionele, fisiese, verstandelike en geestelike oorlewing te beskerm. Behalwe vir oorlewings-instinkte, is geheue, verbeelding en kreatiwiteit ook funksies van die onbewuste. Hipnose open die deur vir die terapeut tot die onbewuste gedagtegang van die persoon. Die bewuste en onbewuste werk as 'n geïntegreerde eenheid saam om die intrapsigiese eenheid van menslike belewenisse te handhaaf (Modlin, 1999a: 49; Ritzman, 1988: 98; Yapko, 1995: 44).

1.5.2 HIPNOSE

Hipnose word geïnduseer om 'n veranderde staat van bewustheid te weeg te bring wat die liggaam ontspan en die aandag fokus sodat die persoon se onbewuste ontvanklik kan wees vir suggesties betreffende die wysiging van sy persepsies, geheue en aksies. Verskynsels wat deur hipnose voortgebring word, bied aan die terapeut die geleentheid om vrye toegang te kry tot die persoon se

diepste gedagtes en geheue. Die terapeut kan sodoende verdronge en gedissosieerde inligting op emosionele, intellektuele, fisiese en spirituele vlak van menslike uiting bekom en sodoende vasstel watter konflikte aanleiding gee tot die presenterende simptome en terselfdertyd vasstel watter hulpbronne beskikbaar is om die persoon te begelei tot optimale welstand. Alle hipnose is in werklikheid selfhipnose. Mites en wanopvatting oor hipnose sluit in dat die persoon in hipnose se wil beperk is en dat hy verplig word om iets teen sy wil te doen of te sê (Phillips & Frederick, 1995: 19; Scholtemeyer, 2002: 44).

1.5.3 MEDIESE HIPNO-ANALISE

Mediese hipno-analise is 'n dinamiese, korttermyn, rigtinggewende hipno-terapeutiese tegniek wat ingeskakel word om die onbewuste gedagtegang te deursoek deur gebruikmaking van hipnose. Mediese hipno-analise is gerig op probleemoplossing deur die onderliggende onbewuste oorsake wat aanleiding gee tot simptome, op te los. Ouderdomsregressie word as primêre terapeutiese tegniek gebruik. Beelde en herinneringe word gebruik om die innerlike geneesheer in elke persoon wakker te maak om beheer van sy liggaam en lewe oor te neem en sy volle potensiaal te verwesenlik. Mediese hipno-analise se teoretiese onderbou is goed gefundeer. Dit rus op vier hoekstene, naamlik die tripleerde allergeenteorie, die rangorde van lewensprioriteite, diagnostiese terminologie en die toepassing van dubbele diagnoses wat in samehang met mekaar gesien moet word (Matez, 1992: 11; Scholtemeyer, 2002: 89; Scott Sr., 1996: 59).

1.5.4 ADOLESSENSIE

Adolessensie is die oorgangstydperk van kind-wees na volwasse-wees. Dit is 'n kritieke tydperk wat verskeie ingrypende veranderings teweegbring ten opsigte van die persoon se fisiologiese, intellektuele, spirituele, morele, sosiale en emosionele ontwikkeling. Gedurende adolessensie bereik die adolessent se ontwikkeling 'n besondere intensiteit wanneer die konsentrasie van lewensonder-vindinge, die verbreding van horisonne, verdieping van emosies en uitbreiding

van sosiale kontakte as 'n sentrale behoefte van die adolessent na vore kom om homself as 'n persoon te herken, en om homself met ander individue en die sosiale patroon waarin hulle lewe in verband te bring. Identiteitsverwerwing word beskou as die belangrikste ontwikkelingsdoelwit gedurende adolessensie en die uitkoms daarvan is bepalend vir die adolessent se uiteindelike emosionele volwassewording (Erikson, 1995: 235; Gouws, Kruger & Burger, 2000: 2; Inkeles & Leiderman, 1998: 52).

1.5.5 EMOSIONELE WEERLOOSHEID

Emosioneel-weerlose adolessente is nie in staat om nadelige keuses en besluite teen te staan en die uitdagings te konfronteer wat na hulle kant toe kom nie. Hulle bly in gebreke om hul ongunstige omstandighede positief aan te wend as geleenthede en sodoende as suksesvolle en bevoegde individue tot die samelewing toe te tree. 'n Gebrek aan innerlike en interpersoonlike hulpbronne veroorsaak dat die adolessent nie by 'n nuwe situasie kan aanpas nie en derhalwe nie oor genoeg produktiewe copingvaardighede beskik om die nodige aanpassings te maak nie (Carson, Chowdhury, Choudhury & Carson, 2002: 265).

Die hantering van emosionele trauma en stresvolle lewensgebeure op 'n onproduktiewe wyse gee aanleiding tot emosionele weerloosheid. Emosioneel-weerlose adolessente is ontvanklik vir negatiewe ontwikkelingsuitkomste ná blootstelling aan ernstige risikofaktore. Risikofaktore vir emosionele weerloosheid sluit onder meer die volgende in: pre-natale stres, emosionele patologie van ouer(s), afwesigheid van ouer(s) òf deur die dood òf deur skeiding, depressie, blootstelling aan seksuele misdrywe, ernstige gesinsonenigheid, ontwikkelingsagterstande, eetversteurings, groepsonsekerheid, identiteitsdiffusie en emosionele onvolwassenheid (Kaplan, 1999: 17; MacFarlane, 2000: 45; Sherrod, Haggerty & Featherman, 1993: 218).

1.5.6 EMOSIONELE VOLWASSEWORDING

Emosionele volwassewording verloop op 'n deurlopende basis in 'n persoon se lewe. Die ontwikkeling van 'n volledige, volwasse persoonlikheid is die belangrikste aspek van emosionele volwassewording en veronderstel 'n balans tussen die brein en die emosies, tussen die binne- en buitewêreld van die persoon. Emosionele volwassewording vereis die integrasie van verskeie aspekte van die persoonlikheid met die self. Emosionele intelligensie word gesien as 'n belangrike faktor in emosionele volwassewording. Die globale faktor van emosionele volwassewording kom neer op die krag om individuele vermoëns te aktualiseer binne die raamwerk van sosiale eise.

Emosionele volwassewording word nie net gesien as die gereedheid om die rolle, wat tipies vir mans en vrouens in 'n moderne geïndustraliseerde gemeenskap is, op 'n geslaagde wyse te aanvaar nie, maar ook as selfaanvaarding, selfbeheersing, selfstandigheid en die aanvaarding van verantwoordelikheid (Gouws *et al.*, 2000: 97-98; Inkeles & Leiderman, 1998: 52; vgl. Landau, 1998; Wissing & Van Eeden, 2002: 32).

1.6 PARIDIGMATIESE PERSPEKTIEF

Die opvoedkundige sielkunde word as paradigma of model vir die skryf van hierdie proefskrif gepostuleer.

1.6.1 RASIONAAL VIR PARADIGMATIESE PERSPEKTIEF

In die wetenskapsfilosofie word die term *paradigma* gebruik om te verwys na 'n teoretiese verwysingsraamwerk, 'n kennisstruktuur of 'n konseptuele skema wat die navorsingsaksie rig (Covey in Kirsten, 2001: 10; Guba in Theron, 1993: 115). Volgens Du Plooy (in Theron, 1993: 116) impliseer 'n keuse van elemente uit 'n paradigma 'n sekere mate van ekwivalensie tussen die elemente, met ander woorde ooreenkomstige of bymekaarhorende eienskappe. Die volgende

komponente in navorsing word deur Landman, Van Rensburg en Bodenstein (in Kirsten 2001: 10) onderskei:

- navorsers ondersteun 'n spesifieke teorie of leer;
- navorsers ontwikkel 'n gegewe metodologie of skema van navorsingstegnieke wat deur die paradigma gedikteer word;
- navorsers ondersteun spesifieke metafisiese aannames en veronderstellings;
- navorsers maak sekere aannames as wetenskaplikes.

Die nut van die paradigma (Theron, 1993: 119) kan tweërlei van aard wees, naamlik:

- Dit kan dien as 'n denkraamwerk waarbinne skeppend te werk gegaan kan word om emosioneel-weerlose adolessente te begelei tot groei in emosionele volwassewording.

- Ander opvoedkundige sielkundiges kan op grond van die verduideliking en bestudering van die paradigma baie aflei oor die spesifieke aard en gebruik van Mediese hipno-analise as terapeutiese tegniek.

Volgens Kirsten (2001: 10) is dit belangrik om die navorser se persoonlike paradigma te reflekteer. Die navorser wat hierdie studie onderneem, is 'n geregistreerde opvoedkundige sielkundige by die *Health Professions Council of South Africa* en is in privaatpraktyk sedert 1995. Die navorser het opleiding ontvang in Kliniese hipnose deur die Suid-Afrikaanse Vereniging vir Kliniese Hipnose (SAVKH).

Die versoenbaarheid van Mediese hipno-analise as terapeutiese tegniek met die opvoedkundig-sielkundige benadering, word vervolgens bespreek ten einde die gebruik van Mediese hipno-analise deur opvoedkundige sielkundiges te verantwoord.

1.6.2 VERLOOP VAN PERSOONSAKTUALISERING

Binne die Mediese hipno-analise-raamwerk sowel as die opvoedkundig-sielkundige raamwerk is die terapeute gemoeid met die adolessent wie se persoonsvoltrekking aan bande gelê is en gevolglik nie sy persoonsmoontlikhede kan aktualiseer nie. Daar word vervolgens 'n kort uiteensetting gegee van persoonsaktualisering en hoe Mediese hipno-analise binne die konteks van die opvoedkundig-sielkundige benadering verantwoord kan word.

Persoonsaktualisering as emosionele volwassewording verwerklik universeel by wyse van opvoeding. Die aandeel van die opvoedkundige sielkundige en die ouers aan die opvoeding (begeleiding) loop parallel met die aandeel van die adolessent (selfaktualisering).

1.6.2.1 Selfaktualisering deur die adolessent

Binne die opvoedkundig-sielkundige raamwerk word die adolessent beskou as iemand wat persoonsmoontlikhede sowel as keusemoontlikhede het. As ope moontlikheid tree die adolessent in gesprek met die mense en dinge om hom, maar ook veral met God, in en deur wie hy tot ware selfaktualisering kom (Verny in Roets, 2001: 6). Die adolessent sal tot selfaktualisering kom indien:

- aan sy behoeftes voldoen word ten einde fisiek, emosioneel en spiritueel te oorleef;
- sy selfdinamiek (evaluering van die self) gunstig verwerklik word; en
- ander mense (veral sy opvoeders) positief en opbouend met hom kommunikeer (Roets, 2001: 6).

Volgens Gouws *et al.* (2000: 86) en Meyer, Moore en Viljoen (1993: 66-67) impliseer selfaktualisering die adolessent se doelbewuste pogings om die latente

moontlikhede van sy selfheid te realiseer. Die *self* word as 'n relatief konstante konstruk beskryf wat 'n integrerende funksie verrig deur rigting te gee aan die perseptuele, kognitiewe, emotiewe en disposisionele prosesse (Jordaan & Jordaan, 1998: 644). Die *self* is die voortdurende, ontwikkelende kern van die mens wat verworwe en aangebore eienskappe, karaktertrekke en lewensgewoontes insluit en die resultaat en doel is van gesonde ontwikkeling (Jordaan & Jordaan, 1998: 644; Modlin, 1999a: 61). Navorsers verdeel die self in die *ek* en die *my* (*"I* and *me"*). Roets (2001: 5) se uiteensetting van die eienskappe van die *ek* en *my* as deel van die selfkonsep word aangepas en voorgestel in **FIGUUR 1.1**.

FIGUUR 1.1: EIENSKAPPE VAN DIE *SELF*KONSEP

Die *ek* is daardie deel van die self wat suiwer ego is en wat as objek aktief waarneem, voel, ondervind, kies, onthou en beplan. Die *ek* word ook beskou as die geestelike stuurkrag agter die mens se selfaktualisering. Die *my* word beskou as die objek van ondervinding wat vir die bewussyn bekend is (Raath & Jacobs, 1990: 6; Roets, 2001: 5). Mediese hipno-analise gee erkenning aan spirituele, emosionele en fisiese oorlewing as behoeftes waarin voorsien moet word ten einde te kom tot selfaktualisering. Mediese hipno-analise stel spirituele oorlewing, of dan die *"ek"*, as hoogste lewensprioriteit met ego-oorlewing en fisiese oorlewing daarnaas.

Binne die Mediese hipno-analise-raamwerk staan die konsep van oorlewing sentraal en word die onbewuste deursoek vir doodsbelewenisse wat oorlewing bedreig. Die onbewuste ervaring van doodsbelewenisse op spirituele, emosionele en fisieke vlak, kan die adolessent rem in sy strewe na selfaktualisering. Dit stem ooreen met die opvoedkundig-sielkundige siening van persoonsbehoeftes wat nodig is vir oorlewing en selfaktualisering. Die aanwesigheid van onbewuste doodsbelewinge, wat verwoord word as onbewuste diagnoses, werk verswarend in op die selfaktualisering van die adolessent.

1.6.3 UITKOMS VAN PERSOONSAKTUALISERING

Die adolessent neem deel aan sy opvoeding deur sin en betekenis toe te ken aan sy opvoeding, of anders gestel: hy ken waardes toe aan die opvoedings-inhoude, omdat dit vir hom sin en betekenis kry of het. Die resultaat van die opvoeding, soos die adolessent dit vir hom met sin en betekenisse beklee, word die adolessent se ervaringsbesit. As sodanig is dit ook die uitkoms van die totale persoonsaktualisering van die adolessent in verhouding tot die volwassene. Die ervaringsbesit omsluit die totaal van die kennisbesit. Binne die ervaringsbesit kry die adolessent se identiteit of selfkonsep gestalte en bring dit die adolessent nader aan die opvoedingsdoel (Crous in Van Niekerk, 2000: 107; Sonnekus & Ferreira, 1987: 296).

1.6.3.1 Opbou van ervaringsbesit

Die inhoude wat die adolessent ervaar en beleef, word geïntegreer en georden in die vorm van 'n hiërargie by sy reeds bestaande ervaringsbesit. Inhoude wat as belangrik beteken word, word op 'n bepaalde wyse met mekaar geïntegreer, so ook minder belangrike inhoude of betekenislose inhoude. Namate die adolessent leer, verbreed sy ervaringsbesit en spreek sy gedrag van toenemende emosionele volwassewording wat selfstandigheid, verantwoordelikheid en 'n groter beweeglikheid op verskillende terreine meebring.

Die adolessent as mens en waardewese ken individueel en subjektief sin en betekenis toe aan sy opvoedingsinhoud. Hierdie betekening van inhoude kan positief of negatief wees. Soos die adolessent sy wêreld ontdek, word sy ervaringsbesit opgebou en uitgebrei. Die uitkoms van die adolessent se ervaringsbesit kan gesien word in die gedrag van die adolessent. Die opvoedkundige sielkundige werk op 'n bewuste vlak met die adolessent se negatief-beklede inhoude wat deur sy gedrag tot uiting kom. Die totaal van die adolessent se kennisbesit (ervaringsbesit) word sigbaar as leefinhoude in sy leefwyse (Roets, 2001: 7; Sonnekus & Ferreira, 1987: 104; Van Niekerk, 2000: 108).

Binne die Mediese hipno-analise-raamwerk, werk die terapeut hoofsaaklik met die onbewuste as databasis vir alle affektiewe, kognitiewe en normatiewe gestoorde ervarings (vgl. 2.1.1.3). Die ervaringsbesit kan beskou word as al die kennisinhoude wat in die onbewuste gestoor is. Die ervaringsbesit waarmee die opvoedkundige sielkundige werk om betekenisse te verander, verwys indirek na die databasis van die onbewuste. Mediese hipno-analise het juis ten doel om dié deel van die persoon se ervaringsbesit wat met negatiewe inhoude beklee is, en aanleiding gee tot versteurde persoonsaktualisering, te harmonieer en sodoende binne die konteks van 'n nuwe raamwerk te plaas. Soos reeds bespreek, word die adolessent se ervaringsbesit opgebou uit inhoude wat subjektief en individueel beteken is. Binne die Mediese hipno-analise-raamwerk word daar met die subjektiewe persepsies wat die adolessent toegeken het, gewerk. Die

persoonlike subjektiewe betekenisgewing van die adolessent staan sentraal in die teorie van onbewuste gedagte- en gedragspatrone.

1.6.3.2 Verwerwing van 'n identiteit

Die verwerwing van 'n eie identiteit word beskou as die belangrikste ontwikkelingstaak van die adolessente-periode (vgl. Kohler, Grotevant & McRoy, 2002; Seifert & Hoffnung, 1991: 570). Erikson het in aanvulling tot sy klassieke psigoanalitiese teorie oor die ontwikkeling van identiteit by die adolessent, 'n model van psigososiale ontwikkeling in adolessensie ontwikkel. Die enkele mees belangrike konsep in Erikson se teorie van psigososiale ontwikkeling is ego-identiteit. Erikson (1968: 19) definieer identiteit as 'n subjektiewe wete en persepsie van 'n self wat van oomblik tot oomblik eenders en kontinu is, asook 'n persepsie dat betekenisvolle ander hierdie eendersheid en kontinuïteit herken.

Die adolessent word nie gebore met 'n bewussyn van 'n eie identiteit nie, maar verwerf dit namate hy ontwikkel (Raath & Jacobs, 1990: 9). Erikson (1977: 235) stel dit dat die eie identiteit in die lewe van die adolessent begin ontwikkel wanneer hy hom begin leer ken na aanleiding van ander se goedkeuring of afkeuring (vgl. 3.2). Die adolessent se identiteit word gevorm deur middel van ervarings wat hy in sy lewensverloop opdoen in sy interaksie met homself, ander (veral sy opvoeders) en met God (Joubert, 1999: 111). Volgens Thom (in Goslin, 1994: 24) behels identiteitsverwerwing dat die adolessent sekerheid moet verkry oor sy:

- bevoegdhede en seksualiteit;
- sosiale identiteit; en
- eie waardes en ideale.

Daar is sprake van 'n identiteitsprobleem as 'n adolessent nie afdoende kan antwoord op die vraag: "Wie is ek?" nie (Punt, 1994: 75). Erikson (in Meyer, 2001: 35) beskryf die identiteitsprobleem wat veral kenmerkend is van die

adolessente-lewensfase soos volg: *"The condition of being uncertain of one's feelings about oneself, especially with regard to character, goals and origins, occurring especially in adolescents as a result of growing up under disruptive, fast changing conditions."*

Die opvoedkundige sielkundige se werkswyse word beperk deurdat hy slegs met die adolessent se bewuste belewinge kan werk en nie kan deurdring tot die onbewuste databasis waar die werklike oorsaak van die identiteitsprobleem lê nie. In hierdie verband meld Gericke (in Meyer, 2001: 7) dat tradisionele psigoterapie nie meer voldoende is nie en dat tegnieke soos hipnose nodig is om toegang te verkry tot die persoon se onbewuste ten einde onderliggende probleme op te los.

Binne die Mediese hipno-analise-raamwerk word die identiteitsprobleem van die adolessent in verband gebring met belewenisse dat hy nie weet wie hy is en wat sy taak hier op aarde is nie (uitgesluit 'n spirituele perspektief). Die adolessent beleef homself as magteloos en hulpeloos. Hy ag hom nie na waarde nie en toon 'n gebrek aan selfvertroue (Scott Sr., 1996: 78). Binne die Mediese hipno-analise-raamwerk staan identiteitsverwerwing sentraal, soos gesien in die rangorde van lewensprioriteite. Dit kom voor as ego-persoonsoorlewing (waar die eie identiteit as die ego gekonseptualiseer word) met onbewuste diagnoses van identiteitsversteuringsindroom, foutiewe identifiseringsindroom en as-poestertjie-sindroom. Tydens die diagnostiseringsfase word die wyses waarop die verwerwing van die identiteit skeef geloop het, geëvalueer, waarna toepaslike wysiging en integrasie kan plaasvind. Met behulp van ouderdomsregressies word die inisiële sensitiserende gebeurtenis, die simptoom-produserende gebeurtenis en die simptoom-intensiverende gebeurtenis(se) vir die identiteits-probleem geïdentifiseer, gewysig en herbeteken indien nodig.

Meyer (2001: 192) het in haar studie *Intra-uterine experiences, manifestations and the treatment of identity problems in adolescents* bevestig dat die werklike oorsaak (inisiële sensitiserende gebeurtenis) onderliggend aan identiteits-probleme wat adolessente ervaar, gesetel is in hul baarmoederbelewinge. *"At*

the moment of conception, a child has a fully conscious spirit that is as sensitive, if not more so, than at any other time in life." (Linn, Linn, Emmerson & Linn, 1999: 146.) Met behulp van Mediese hipno-analise kan die terapeut die adolessent se belewinge in die baarmoeder verken, wysig indien nodig en positief herbeteken.

1.6.4 SAMEVATTENDE GEVOLGTREKKING

Die Ponce de Leon-sindroom, wat volgens die Mediese hipno-analise-model op die tweede rangorde van lewensprioriteite voorkom, word gekenmerk deur die adolessent se geremde emosionele groei na emosionele volwassewording wat manifesteer as gevolg van emosionele begeleiding en selfaktualisering wat skeef geloop het. Die Ponce de Leon-sindroom rem die adolessent se selfaktualisering en werk veral verswarend in op sy strewe na emosionele volwassewording.

Die begeleiding van die adolessent tot toereikende emosionele volwassewording (en dus die opheffing van die Ponce de Leon-sindroom), staan as terapeutiese doelstelling sentraal in hierdie studie.

Binne die Mediese hipno-analise-raamwerk sowel as die opvoedkundig-sielkundige raamwerk maak die terapeut hoofsaaklik gebruik van *herbelewing* en *herkonfrontasie* as tegnieke om ongunstige betekenisgewing (affektief, kognitief en sedelik-normatief) bloot te lê ten einde betekeniswysiging aan te bring. Die opvoedkundige sielkundige werk op 'n bewuste vlak met die negatief-beklede inhoude waar die terapeut wat Mediese hipno-analise toepas, deur middel van hipnose, ouderdomsregressies onderneem ten einde die adolessent te begelei tot herbelewing en herkonfrontasie van traumatiese gebeure.

Herbelewing en herkonfrontasie binne die opvoedkundig-sielkundige benadering word soos volg deur Olivier (1986: 122) omskryf: *"Die adolessent kom in herkonfrontasie met dit wat vir hom problematies is. Juis daardie lewensinhoude wat aanvanklik vir die adolessent ontredderend was, moet weer aan hom*

voorgehou word, maar nou op 'n gekontroleerde wyse onder begeleiding van die terapeut. Vanuit die veiligheid van die terapeutiese situasie, in die volle wete van die borging van die terapeut kan die adolessent in herontmoeting waag en kan nuwe betekenisgewing plaasvind."

Beide Mediese hipno-analise en die opvoedkundige sielkunde huldig dus 'n holistiese benadering ten opsigte van die adolessent in sy op-weg-wees na emosionele volwassewording en albei het betekeniswysiging as oorkoepelende doelstelling met toereikende emosionele volwassewording as uitkoms daarvan.

Uit bogenoemde verantwoording is dit duidelik dat die opvoedkundig-sielkundige werkwyse goed aansluit by die gebruik van Mediese hipno-analise, in terme van onder andere verkenning, diagnostisering en hulpverlening. Mediese hipno-analise as terapeutiese modaliteit is versoenbaar met die opvoedkundig-sielkundige benadering en kan derhalwe deur opvoedkundige sielkundiges as 'n tegniek binne die raamwerk van die opvoedkundige sielkunde aangewend word.

1.7 INDELING VAN HOOFSTUKKE

Die hoofstukindeling sien soos volg daaruit:

1.7.1 HOOFSTUK 1

Hoofstuk 1 stel die navorsingsvraag en oriënteer die leser ten opsigte van die navorsing wat onderneem word. Die hoofstuk het verder ten doel om die oogmerk van die ondersoek te verduidelik, die studieterrein af te baken en die metode van ondersoek uiteen te sit. Sentrale begrippe word verhelder en 'n paradigmatiese perspektief word aangebied waarna die hoofstukindeling uiteengesit word.

1.7.2 HOOFSTUK 2

In Hoofstuk 2 word hipnose en hipnotiese fenomene met die klem op Mediese hipno-analise onder die soeklig geplaas. Daar word onderskei tussen die begrippe *bewussyn*, *bewuste* en *onbewuste* as 'n intrapsigiese eenheid. Hipnose word bespreek as 'n eksplorasiemedium wat gebruik kan word om die onbewuste te verken. Ouderdomsregressie, ouderdomsprogressie, translogika, geheueverlies, dissosiasie en post-hipnotiese suggesties word as hipnotiese fenomene bespreek. Binne die Mediese hipno-analise-raamwerk word die interaksie en wisselwerking tussen die bewuste en onbewuste skematies voorgestel en toegelig. Die teoretiese onderbou, diagnostiese prosedure en die fases tydens die terapeutiese verloop van die Mediese hipno-analise-model word beskryf.

1.7.3 HOOFSTUK 3

In Hoofstuk 3 word adolessensie as tydperk van verhoogde emosionele weerloosheid bespreek deur te verwys na die uitwerking van veranderinge en transisies, stres, die oorskryding van innerlike hulpbronne en onproduktiewe coping as bydraende faktore tot emosionele weerloosheid. Aanleidende oorsake en risikofaktore vir emosionele weerloosheid word onder die loep geneem. Laastens word aandag geskenk aan emosionele volwassewording as uitkoms van adolessensie.

1.7.4 HOOFSTUK 4

In Hoofstuk 4 word die empiriese studie in oënskou geneem. Die navorsingsprogram word voorgelê as 'n kwalitatiewe ontwerp (vgl. 1.4). Die navorsingsdoelstelling, -ontwerp, -strategie, metodes van data-insameling, prosedures en tegnieke, data-analise en die interpretasie van die data, word uiteengesit.

1.7.5 HOOFSTUK 5

In Hoofstuk 5 word die vyf gevallestudies bespreek. 'n Oorsig word gegee oor die gevallestudies se historisiteit, huidige simptome en problematiek, asook 'n interpretasie van die grafiese ekspressiemedia. Bryan se woordassosiasietoets (WAT) word gebruik om die onbewuste diagnose van die Ponce de Leon-sindroom bloot te lê, terwyl die psigodinamiese lewensverloop en die emosionele volwassewordingsdiagram 'n weerspieëling gee van die emosioneel-weerlose adolessent se lewensverloop tot waar hy hom bevind het ten tye van die ondersoek.

Ouderdomsregressies word gebruik om die inisiële sensitiserende gebeurtenis (ISG), die simptoom-produserende gebeurtenis (SPG) en die simptoom-intensiverende gebeurtenisse (SIG) te identifiseer en volgens die Mediese hipno-analise-model terapeuties te hanteer.

1.7.6 HOOFSTUK 6

In hoofstuk 6 word die impak van Mediese hipno-analise op die gevallestudies grafies voorgestel en bespreek. Nátoetsresultate wat op die spesifieke studieterrein betrekking het, word bespreek ten einde vas te stel of Mediese hipno-analise as terapeutiese tegniek van waarde is by die hantering van emosionele weerloosheid by adolessente en die begeleiding van emosioneel-weerlose adolessente tot groei in emosionele volwassewording.

1.7.7 HOOFSTUK 7

Hoofstuk 7 omvat die algemene bevindings en gevolgtrekkings uit die literatuurstudie, die gevallestudies en die empiriese studie. Riglyne vir opvoedkundige sielkundiges word aan die hand gedoen ten opsigte van die gebruik van Mediese hipno-analise as hulpverleningstegniek. Die beperkinge sowel as die bydrae van die studie word uitgewys, waarna navorsingsrelevante aanbevelings vir verdere studie aan die hand gedoen word.

1.8 HOOFSTUKAFSLUITING

Hoofstuk 1 dien as inleiding tot die studie. Hoofstukke 2 en 3 dien as literatuurstudies. Hoofstuk 4 dien as 'n empiriese hoofstuk. In Hoofstuk 5 word die gevallestudies bespreek. Hoofstuk 6 beskryf die impak van Mediese hipno-analise op die gevallestudies. Hoofstuk 7 vat alle relevante resultate saam om deur die navorser geïnterpreteer te word en sodoende tot 'n gevolgtrekking te kom.

In die volgende hoofstuk word hipnose en die hipnotiese fenomene, met die klem op Mediese hipno-analise, bespreek.

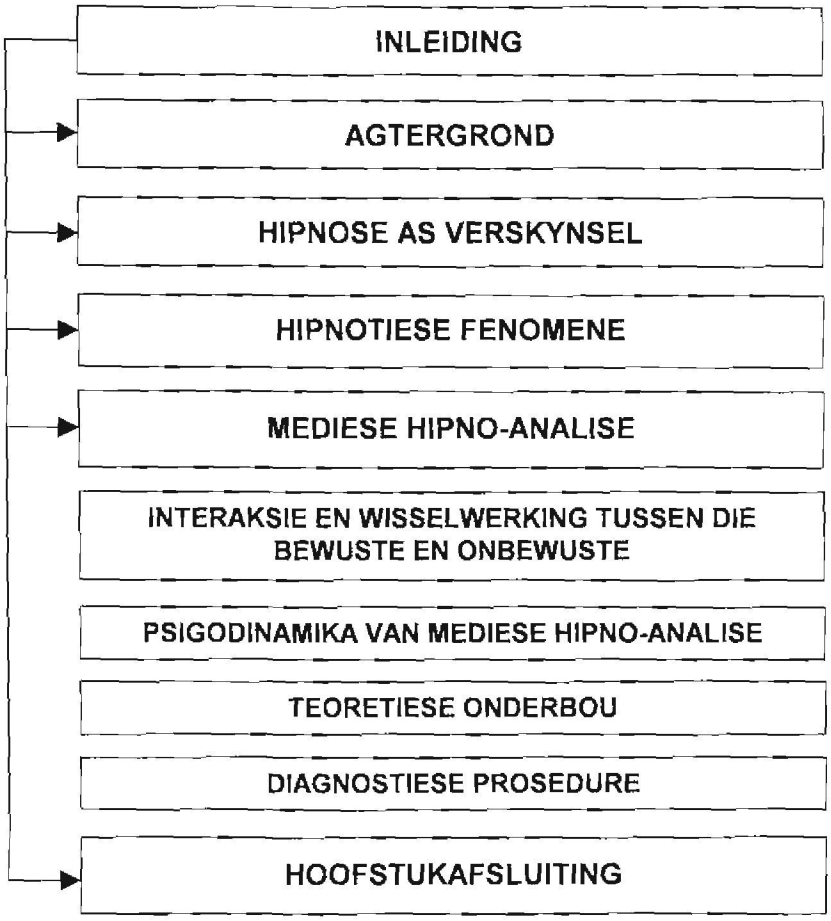
HOOFSTUK 2

HIPNOSE EN HIPNOTIESE FENOMENE MET DIE KLEM OP MEDIESE HIPNO-ANALISE

2. HOOFSTUKORIëNTERING

Die doel van Hoofstuk 2 is om die leser te oriënteer ten opsigte van hipnose en hipnotiese fenomene as agtergrond vir die bespreking van die teorie- en praktykontwerp onderliggend aan Mediese hipno-analise. Aan die hand van **SKEMA 2** word 'n kort oorsig oor Hoofstuk 2 gegee:

SKEMA 2: OORSIG OOR HOOFSTUK 2



2.1 INLEIDING

Die tradisionele konvensionele vorme van terapie voldoen nie altyd aan die behoeftes van die moderne samelewing nie (Fenn, 1998: 7-8). Daar is 'n verhoogte belangstelling onder die publiek om alternatiewe geneeskunde vir die verligting van liggaamlike pyn en ongemak op die proef te stel. Daarmee saam het ook 'n lewendige belangstelling ontstaan in alternatiewe vorme van terapie vir die verligting van psigiese pyn en ongemak. 'n Alternatiewe vorm van terapie is om hipnose as medium te gebruik om deur te dring tot die mens se onbewuste bewussynsvlak en daar die nodige hulpverlening te doen (Fenn, 1998: 70-71).

Vanuit 'n vakwetenskaplike oogpunt is die toestand van hipnose 'n wetenskaplik ondersoekbare bewussynverskynsel wat reeds dekades lank psigoterapeute se aandag opeis. James (in Jordaan & Jordaan, 1987: 20) het in die 18de eeu reeds verskillende vorme van bewussynverskynsels onderskei:

"Our normal waking consciousness . . . is but one special type of consciousness, whilst all about it, parted from it by die flimsiest of screens, there lie potential forms of consciousness entirely different. We may go through life without suspecting their existence; but apply the requisite stimulus, and at a touch they are there in all their completeness."

~ William James (1842-1910)

Om hipnose as 'n bewussynverskynsel bloot te lê is dit nodig om die begrippe *bewussyn*, *bewuste* en *onbewuste* verder te omskryf.

2.1.1 OMSKRYWING VAN DIE BEWUSSYN, BEWUSTE EN ONBEWUSTE

Die bewussyn, bewuste en onbewuste is geïntegreerd werksaam om die intrapsigiese eenheid van menslike belewenisse te handhaaf (Jordaan & Jordaan, 1987: 290; Matez, 1992: 4-6; Yapko, 1995: 44-45).

2.1.1.1 Bewussyn

Scholtemeyer (2002: 55) beskou bewussyn as die *somtotaal van belewenisse.* Die spesifieke inhoude van 'n belewenis wissel van situasie tot situasie, maar oor die algemeen kan ons sê 'n persoon se belewenis is *die totaliteit van sy eie direk waargenome bewussynsinhoude op 'n gegewe tydstip.*

Die begrip *bewussynsgraad* verwys na die mate van helderheid en duidelikheid van 'n belewenis. Bewussynsgraad kan wissel van bewusteloosheid (volkome onbewustheid) tot by optimale helderheid en wakkerheid soos wanneer 'n persoon gekonsentreerd aandag gee. Volgens Jordaan en Jordaan (1987: 289) verwys die begrip *bewustheidsveld* na alles waarvan 'n persoon op 'n gegewe tydstip duidelik bewus is, en dit waarvan hy slegs vaagweg bewus is.

2.1.1.2 Bewuste

Die bewuste oriënteer homself aan die hand van inligting wat deur die sintuie verskaf word (Ritzman, 1988: 97). Die bewuste sluit alles in waarvan 'n persoon op 'n gegewe oomblik bewus is en omvat hoofsaaklik die kognitiewe funksies van logiese denke, redenering, begrip, besluitneming, ens. Die bewuste onttrek inligting vanuit die onbewuste indien dit relevant is vir omstandighede soos dit waargeneem word. Die uniekheid van die bewuste lê daarin om op kreatiewe wyse denke te skep en gevolglik ook die funksie van besluitneming waar te neem. Die bewuste is egter nie by magte om die besluite af te dwing nie. In dié verband noem Ritzman (1988: 97) die bewuste die "Magtelose Genie" *("Impotent Genius").* Besluite word uitgevoer deur middel van die wisselwerking tussen die bewuste en die onbewuste.

2.1.1.3 Onbewuste

Aangesien hierdie studie op die ontbloting van onbewuste inhoude fokus, word die onbewuste as bewussynsvlak meer in detail bespreek.

Die onbewuste is gesetel in die limbiese sisteem van die brein. Volgens Szabadi (in Van Niekerk, 2000: 9) is die limbiese sisteem meer 'n emosioneel-funksionele entiteit as 'n anatomiese entiteit en hy stel dit soos volg:

"*... the term limbic system is used to designate those parts of the brain whose activities are essential for the organisation of the emotional responses of the organism*".

Die limbiese stelsel is gemoeid met emosionele gedrag: vermydings- of toenaderingsgedrag op grond van die onaangenaamheid of aangenaamheid van 'n ervaring. Die limbiese strukture (veral die hippokampus), en die frontale korteks (onder andere) speel dus 'n belangrike rol by willekeurige en onwillekeurige aandag (Scholtemeyer, 2002: 62-63). Luria (in Jordaan & Jordaan, 1987: 220) beskryf die rol van die limbiese strukture soos volg:

"The frontal lobes constitute the cortical apparatus regulating the state of activity and they thus play a decisive role in the maintenance of one of the most important conditions of human conscious activity – the maintenance of the required cortical tone and modification of the state of waking in accordance with the subject's immediate tasks."

Reeds voor Freud se tyd is daar al waarnemings opgeteken wat verband hou met die onbewuste (East, 1995: 9-10). Freud het die psigo-analitiese denkwyse oor die onbewuste totaal hervorm deur rasionele denke te gebruik om die irrasionele te verklaar. Freud maak melding van die onbewuste en die voorbewuste as teoretiese konstrukte wat nie van mekaar geskei kan word nie. Volgens hom bevat die voorbewuste alle psigiese inhoude waarvan 'n persoon op 'n gegewe oomblik nie bewus is nie, maar wat baie maklik (spontaan of nadenkend) na die bewuste kan deurdring. Die voorbewuste word soms beskryf as die *beskikbare geheue*.

Die inligting in die geheue kan herroep word soos dit benodig word. Dit bevat hoofsaaklik herinneringe van vroeër gebeurtenisse wat nie vir die individu pynlik of angswekkend is nie, asook gewaarwordinge, waarnemings en inligting waarop hy nie tans konsentreer nie (Freud, 1950: 260-262; Jordaan & Jordaan, 1987: 617; Scholtemeyer, 2002: 62).

Die onbewuste funksioneer as databasis vir alle gestoorde ervarings en emosies wat 'n persoon gehad het vanaf konsepsie tot hierdie oomblik. Die onbewuste is by magte om die besluite wat deur die bewuste geneem is, uit te voer. Die onbewuste kan egter nie self gedagtes skep, verander of verwyder nie en derhalwe noem Ritzman (1988: 98) die onbewuste die "Invloedryke Idioot" *("All Powerful Idiot")*. Die onbewuste se funksies sluit die volgende in: geheue, monitor en kontroleer van alle inligting en liggaamsfunksies, verbeelding, kreatiwiteit, oorsprong van emosies en emosionele reaksies op gebeure, en oorlewingsinstinkte. Die enigste logika wat die onbewuste het, is op die vlak van oorlewing: fisies, emosioneel, verstandelik en geestelik. Elke gebeurtenis in 'n persoon se lewe word deur die onbewuste op een van twee vlakke geïnterpreteer, naamlik dít wat lewe ondersteun en dít wat lewe bedreig. Die onbewuste reageer op hierdie gebeure en oorlewing is die sleutel tot die onbewuste (Modlin, 1999a: 49). Die onbewuste het die vermoë om enige herinnering in die geheue te blokkeer. Die motief van die onbewuste is om die persoon teen 'n verwagte bedreiging van oorlewing te beskerm. Hierdie beskermingsmeganisme word die persoon se simptoom, hoewel die uitgeblokkeerde traumas as die werklike oorsaak van die probleem beskou kan word (Modlin, 1999a: 49).

2.1.2 EENHEID VAN DIE BEWUSTE EN DIE ONBEWUSTE

Dit is belangrik om te verstaan dat die bewuste en onbewuste van mekaar *onderskei* kan word, maar nie *geskei* kan word nie. Die bewuste en die onbewuste werk geïntegreerd saam as 'n eenheid om die intra-psigiese eenheid van menslike belewenisse te handhaaf. Daar is derhalwe 'n voortdurende interaksie en wisselwerking. Yapko (1995: 44) maak in hierdie verband die

volgende stelling: *"The conscious and unconscious minds have some different functions, but also share a considerable number of functions between them. The overlap allows them to work together, while the differences can and often do surface in internal conflict and dissociated responses."*

Allport (in Jordaan & Jordaan, 1987: 291) sê tereg: *"I doubt that any psychologist whose interest is truly centered in the person could work comfortably within a frame that regards unconscious processes as unintegrated, uncoordinated, or less important for the unity of the person than the conscious operations . . . All these levels of functioning are vital."* Die onbewuste, net soos die bewuste, bestaan ook uit wense, gevoelens en gedagtes. Die enigste verskil is dat 'n persoon sy wense, gevoelens en gedagtes wat in die verdronge onbewuste is, nie bewustelik kan of wil ervaar nie, omdat dit om die een of ander rede vir hom 'n bedreiging inhou.

Van Niekerk (2000: 10) beklemtoon die belangrikheid daarvan om die dinamiese interaksie tussen die bewuste en die onbewuste te verstaan, sodat die interne konflikte deurgewerk kan word ten einde harmonie in die persoon se lewe te bewerkstelling. Preston (1989: 85) merk op: *"Subconscious minds of all individuals are the connecting links that provide the basis of all understanding."* Deur bewus te word van die inhoud van sy onbewuste, word die persoon al minder die gevangene van sy onbewuste wense en is hy tot 'n meer rasionele, bevredigende en produktiewe lewe in staat. Hipnose as eksplorasiemedium stel die terapeut in staat om die kliënt se onbewuste te deursoek om tot 'n beter begrip te kom van die kliënt self en sy unieke probleme. Die toepassing van hipnose as eksplorasiemedium veroorsaak 'n gewysigde toestand van bewussyn teenoor 'n normale wakkerbewussyn.

2.1.3 'N VERGELYKING TUSSEN DIE NORMALE WAKKERBEWUSSYN EN DIE GEWYSIGDE TOESTAND VAN BEWUSSYN

Volgens Jordaan en Jordaan (1987: 292) verskil die hipnotiese toestand van die normale wakkerbewussyn deurdat daar 'n verminderde gebruik van suurstof

voorkom, sowel as verhoogde velweerstand, afname in hartklop, aangename liggaamlike gewaarwordinge en 'n toename in alfagolwe in die brein. Wick (1986: 195) tref in **TABEL 2.1** die volgende vergelyking tussen die normale wakkerbewussyn (nie-hipnotiese toestand) en die gewysigde toestand van bewussyn (hipnotiese toestand).

TABEL 2.1: 'N VERGELYKING TUSSEN DIE NORMALE WAKKER-BEWUSSYN (NIE-HIPNOTIESE TOESTAND) EN DIE GEWYSIGDE TOESTAND VAN BEWUSSYN (HIPNOTIESE TOESTAND)

NIE-HIPNOTIESE TOESTAND	HIPNOTIESE TOESTAND
Dominante breinhemisfeer-funksie: linkerbrein	Dominante breinhemisfeer-funksie: regterbrein
Rasionele responspatrone	Emosionele responspatrone
Aristoteliaanse logika	Psigo-logika
Hoër kognitiewe werking	Primêre vlak prosessering
Organisasie van linière denke en persepsies	Organisasie van globale denke en persepsies
Verbalisasie (linieêr)	Nie-verbale uitdrukking
Kontrole oor invoer en uitvloei	Outomatiese invoer en uitvloei
Herwinning van geheue deur wilsbesluit	Onwillekeurige terugroep van geheue
Taal-gekodeerde herwinning	Kodering van ervaringsgeheue
Aktiewe betrokkenheid	Ontvanklike modus
Ideale nie-regressiewe staat	Regressiewe staat
Werklikheidsgrense	Alvermoë, fantasie
Buite-wêreld word betrek	Verdieping na binne-wêreld
Versperring van geheue op bewuste-onbewuste drumpel	Relatief vrye bewuste-onbewuste gedagtewisseling

Uit voorafgaande vergelyking blyk dit dat die toepassing van hipnose die normale wakkerbewussyn kan beweeg tot 'n gewysigde toestand van bewussyn in terme van funksionering en prosessering.

Noudat daar 'n groter duidelikheid bestaan oor die dinamiese interaksie van die intrapsigiese eenheid van die menslike bewussyn en hipnose as bewussyn-verskynsel, word die teorie en praktyk van hipnose in diepte bespreek.

2.2 AGTERGROND

Hipnose is vanaf die vroegste tye aan die mensdom bekend en kan terug-gedateer word na die antieke Griekse en Egiptiese tydperke. Die hipnotiese toe-stand is deur die antieke Egiptenare gesien as 'n werktuig van die gode en in die Middeleeue as 'n werktuig van die duiwel. Die antieke Egiptiese manuskripte beskryf sogenaamde *"dream incubation centres"*, waar mense raad vir hulle probleme kon ontvang. Die trans-induksietegnieke het tussen musiek, meditasie, ritmiese dans en dreunsang gevarieer (Scholtemeyer, 2002: 10). Hipnose is al beskou as 'n aanduiding van siekte (histerie) sowel as 'n metode wat gebruik kan word om siekte te beveg (Zilbergeld, 1986: 31).

Franz Anton Mesmer (1734-1815) word as die vader van die moderne hipnoterapie beskou. Mesmer was 'n Oostenrykse geneesheer wat aanvanklik in Wenen gepraktiseer het en hy het dít wat vandag as hipnose bekend staan, *dieremagnetisme* genoem, wat hy gebruik het om kinders, adolessente en ook volwassenes te behandel (Fourie, 1995: 619; Scholtemeyer, 2002: 11; Wester II & O'Grady, 1991: xv). Volgens hom is hierdie *magnetisme* 'n onsigbare magnetiese vloeistof wat tussen mense en lewelose voorwerpe oorgedra kan word (Kirsch, Lynn & Rhue, 1997: 5; Jordaan & Jordaan, 1987: 294). Hierdie proses het volgens Mesmer ook 'n helende krag gehad (Fourie, 1995: 619). Die markies De Puységur (1751-1828) het ook met die sogenaamde *mesmerisme* begin eksperimenteer. Hy het gemeen dat dit nie die helende magnetiese stof is wat die mense genees nie, maar eerder 'n elektriese vloeistof wat deur alle lewende dinge, naamlik plante en diere, voortgebring word (Kirsch *et al.*, 1997: 5).

James Braid (1785-1860) was die eerste persoon wat die woord *hipnose* gebruik het (Fourie, 1995: 619). Die woord *hipnose* is afgelei van die Griekse woord *"hypno"*, wat slaap beteken (Jordaan & Jordaan, 1987: 294). Terselfdertyd het James Esdaile (1808-1859) en John Elliotson (1791-1868) as medici, operasies met die hulp van slegs hipnotiese anestesie uitgevoer (Fourie, 1995: 619; Scholtemeyer, 2002: 11). Hippolyte Berheim (1837-1919) was die eerste persoon wat die verskynsel van hipnose wetenskaplik bestudeer het. Hy was daartoe in staat om te demonstreer dat die hipnotiese fenomene die resultaat van suggestie is (Kirsch *et al.*, 1997: 6).

Die neuroloog, Jean-Martin Charcot (1835-1893), was die belangrikste negentiende-eeuse kampvegter vir hipnose. Hy was 'n voortreflike neuroloog, asook die leermeester van Pierre Janet, Alfred Binet en Sigmund Freud. Charcot se idee dat sekere gedagtes in die bewuste gedissosieer kon word, het tot Freud se beskrywing van die onbewuste en Janet se dissosiasieteorie gelei (Geer, 2000: 46; Kirsch *et al.*, 1997: 6; Scholtemeyer, 2002: 13). Sigmund Freud (1856-1939) het in 1887 as 'n jong neuroloog hipnose begin gebruik. Naas Charcot, is hy ook veral deur Josef Breuer beïnvloed, wat in die begin van die 1880's die beroemde Anna O. suksesvol met hipnose behandel het. Hy het sy psigoterapeutiese tegniek van vrye assosiasie ontwikkel, wat spontane assosiasies impliseer, terwyl hy dit beklemtoon het dat 'n kliënt in dieselfde vlak van ontspanning is as net voor hy aan die slaap sou raak. Alhoewel Freud later minder klem op fantasering as sodanig geplaas het, was sy hoofdoel steeds om spesifieke verdronge trauma uit die verlede na die bewustheid te bring (Phillips & Frederick, 1995: 5; Scholtemeyer, 2002: 13).

Hipnose was dus die voorloper van vrye assosiasie en ook die eerste basiese hulpmiddel vir die latere psigoanalise. Die feit dat Freud afgesien het van die gebruik van hipnose (Kirsch *et al.*, 1997: 6) toe hy sy tegniek van vrye assosiasie begin ontwikkel het, het 'n negatiewe uitwerking op die verdere ontwikkeling van hipnose gehad en dus is weinig noemenswaardige navorsing voor die Tweede Wêreldoorlog gedoen (Fourie, 1995: 619).

Na die Tweede Wêreldoorlog het die behoefte ontstaan om 'n metode te vind om sielkundige problematiek effektief binne 'n kort tyd te behandel. Dit het tot 'n hernieude belangstelling in hipnose gelei. Hull het in 1933 die eerste grootskaalse navorsingsprogram met hipnose as onderwerp begin (Kirsch *et al.*, 1997: 7). Gedurende dieselfde dekade het Milton Erickson, 'n student van Hull, baie kreatiewe terapeutiese tegnieke ontwikkel wat die gebruik en aanvaarbaarheid van hipnose in die kliniese praktyk bevorder het en wat vandag nog dikwels gebruik word (Kirsch *et al.*, 1997: 7). Erickson was die bekendste beoefenaar van mediese hipnose tydens die middel van die twintigste eeu (Edmonston Jr., 1986: 218). Die *American Institute of Hypnosis* is volgens Scott Sr. (1996: 34) in Mei, 1955 deur William Bryan en van sy mediese kollegas in Los Angeles gestig. Die doel was om die gebruik van hipnose onder dokters, sielkundiges, tandartse en verpleegpersoneel te bepleit. Die grondslag van die Mediese hipno-analise is hiermee gelê. Die instituut het begin om die tydskrif, *Journal of the American Institute of Hypnosis,* uit te gee en opleiding in hipnose aan te bied. Sodoende het hipnose 'n erkende plek binne die terrein van die sielkunde verkry (Scholtemeyer, 2002: 15).

Die gebruik van hipnotiese tegnieke by kinders dateer ook vanaf antieke tye. Daar is verslae van kinders se response op verskillende genesingsmetodes gebaseer op geloof en suggestie in die Ou en Nuwe Testamente (Wester II & O'Grady, 1991: vi). Mead (in Wester II & O'Grady, 1991: vi) het ook beskryf hoe kinders van primitiewe kulture hipnotiese trans-verskynsels ervaar het in 'n verskeidenheid stamrituele en stamseremonies. Baldwin word geloof as die persoon wat die eerste publikasie spesifiek aan kinder-hipnoterapie gewy het: *Suggestion in Infancy* in die tydskrif *Science* wat in 1891 verskyn het (Wester II & O'Grady, 1991: xvi). Teen 1900 het die praktyk van kinder-hipnoterapie basies tot 'n stilstand gekom. Dit het sluimerend gebly tot die 1950's toe daar 'n opflikkering en hernieude belangstelling was met die publikasie van Ambrose ('n Britse kinder-psigiater) se boek: *Hypnotherapy with Children* wat uitgegee is in 1961 (Wester II & O'Grady, 1991: vi). Hoewel wetenskaplike artikels gaandeweg gesien is in baie professionele tydskrifte, was daar geen belangrike

verhandelinge oor kinder-hipnoterapie tot in 1981 nie toe Gardner en Olness die boek *Hypnosis and Hypnotherapy with Children* geskryf het.

Vervolgens word hipnose as 'n verskynsel ondersoek. Die wanopvattings oor hipnose word genoem, waarna die hipnotiese fenomene beskryf word. Weerstand en oordrag word ook bespreek en die rol daarvan word in terapie uitgewys.

2.3 HIPNOSE AS VERSKYNSEL

Soos blyk uit die historiese agtergrond, is daar toenemend 'n belangstelling in hipnose as 'n terapeutiese tegniek, maar tog ontbreek hipnose aan 'n duidelik gedefinieerde omskrywing. Yapko (1995: 10) stel voor dat buigbare, situasie-gebonde definisies vir hipnose gebruik word. Alhoewel daar definitiewe fenomene geïdentifiseer is wat as kenmerke van hipnose dien, is daar tans geen algemeen aanvaarbare definisie van hipnose nie (Yapko, 1995: 7).

2.3.1 DEFINISIES VAN HIPNOSE

Die volgende definisies is al aangebied in 'n poging om hipnose te beskryf:

- *"Hypnosis is a situation or set of procedures in which a person designated as the hypnotist suggests that another person designated as the patient, client or subject experience various changes in sensation, perception, cognition, or control over motor behaviour."* (Hilgard, soos aangehaal deur Kirsch *et al.*, 1997: 4.)

- *"Hypnosis is essentially a state of receptiveness to ideas and the appraisal of their inherent values and significance."* (Erickson, 1980: 291.)

- *"Hypnosis is the art of securing a patient's attention and then effectively communicating ideas that enhance motivation and change perceptions."* (Hammond, 1990: 2.)

- *"Hypnosis is expectancy and acceptancy."* (Zelling, 1987: 3.)

- *"A state of direct and indirect concentration, with or without relaxation in which a person may accept or reject suggestions, good or bad."* (Homiontes in Modlin, 1999b: 15.)

- *"Hypnosis is a social interaction in which one person, the subject, responds to suggestions offered by another person, the hypnotist, for experiences involving alterations in perception, memory, and action."* (Kihlstrom, 1987: 1449.)

- Brown en Fromm (1986: 3) beskryf hipnose as *"a special state of consciousness in which certain normal human capabilities are heightened while others fade into the background".*

Fromm en Nash (1997: 55) is van mening dat die bovermelde algemene definisie van Kihlstrom as genoegsaam beskou kan word. Die teorieë oor hipnose wat deur die jare ontwikkel is, beskryf elk op sy eie manier een of meer aspekte van hipnose, hoewel geeneen ter beskrywing van hipnose verabsoluteer kan word nie (Scholtemeyer, 2002: 17). Yapko (1990: 48; 1995: 7) huldig die standpunt dat slegs een definisie nie al die hipnotiese verskynsels kan verklaar of omvat nie en merk derhalwe op: *"When one word comes to describe as many different experiences as 'hypnosis' has, there is ample opportunity for misunderstanding, mislabeling, misconception, and ultimately, confusion."* Die navorser ondersteun Yapko, aangesien dit bykans onmoontlik is om 'n spesifieke definisie te formuleer vir 'n individuele ervaring. Elke individu is subjektief betrokke by sy eie ervaring van hipnose en daarom sal 'n spesifieke term die wyse waarop die ervaring beleef word, beperk.

2.3.2 'N VERDUIDELIKING VAN HIPNOSE

Hipnose as 'n bewussynverskynsel word onder meer gekenmerk deur 'n besondere soort interpersoonlike *rapport* tussen die terapeut en die kliënt en daar is sprake van verwagting en 'n verhoogte vatbaarheid vir suggestie by die

kliënt. Hierdie besondere soort interpersoonlike *rapport* stel die terapeut in staat om deur middel van hipnose die kliënt se onbewuste bloot te lê ten einde by die werklike oorsaak van die probleme te kom.

Matez (1992: 12) verduidelik hipnose soos volg aan sy kliënte: Hipnose is 'n vorm van dagdromery. As 'n mens sou vra of iemand ooit dagdroom, sou die antwoord bevestigend wees. En as iemand aangesê sou word om onmiddellik te dagdroom, sou dit blyk dat 'n mens nie weet hoe om dit te doen nie! Dit gebeur sommer net. Dit kan nie bewustelik gebeur nie. As iemand geleer word om te dagdroom, weet hy wat hipnose werklik is, want tydens dagdroom is 'n mens se gedagte bykans leeg en bly daar geen herinnering oor van waaroor daar gedagdroom is nie. Wanneer 'n kliënt in 'n hipnotiese trans is, sal hy voel asof hy dagdroom, maar baie bewus wees van die idee dat hy dagdroom.

Hipnose is 'n veranderde staat van bewustheid, 'n geestestoestand, waar die liggaam ontspanne en die gedagtes super-gekonsentreerd is. Laasgenoemde is dus meer ontvanklik om suggesties te ontvang en te aanvaar. 'n Persoon in hipnose kan nie werklik gedwing word om iets te doen of te sê wat hy nie wil nie. Die persoon in hipnose is volkome bewus van wat gebeur en is altyd in beheer. Die terapeut is slegs 'n gids, 'n fasiliteerder. Hipnose is ook baie soos die *skemerte* net voordat 'n mens aan die slaap raak. Die persoon is nòg wakker, nòg aan die slaap . . . dit is iets tussen die twee. In hipnose betree 'n mens daardie selfde staat van veranderde bewustheid, en bly daarin, sonder om aan die slaap te raak. Alle hipnose is in werklikheid selfhipnose . . . die kliënt doen dit self.

Hipnose word aangebied as 'n kuns van interpersoonlike verhouding wat introspeksie opwek en aktiveer. Dit is 'n besondere staat van bewustheid wat die vermoë om op idees te reageer, vermeerder (Mann, 1986: 80). Dit is 'n situasie waarin 'n persoon kritiese oordeel eenkant stel sonder om dit heeltemal prys te gee en dan betrokke is in verdigsel en fantasie (Perry, Laurence, Nadon & Labelle, 1986: 52).

2.3.3 DIE GEBRUIK VAN HIPNOSE BY KINDERS EN ADOLESSENTE

Kinders en adolessente word reeds lank beskou as goeie subjekte vir hipnose en hipnotiese intervensies. Verduidelikings hiervoor sluit in die kind se vermoë om op verbeeldingsvlugte te gaan, 'n betreklike afwesigheid van inhibisies, 'n groter vermoë om skimbeelde op te tower en 'n kleiner vermoë om krities te beoordeel. Juis omdat adolessente minder vooropgestelde idees omtrent hipnose koester, geneig is om waaghalsig te wees en oor 'n hoogs aktiewe verbeelding beskik, is hulle goeie subjekte vir hipnose (vgl. 2.3.5.5). Soos by enige ander ouderdomsgroep is vertroue en 'n goeie verhouding krities vir die tot stand bring van 'n terapeutiese verhouding (Lutzker, 1986: 381). Gesien hul verbondenheid met interne beeldspraak en hul gereedheid tot verbeeldingsvlugte, is kinders as 'n groep meer ontvanklik vir hipnose as volwassenes (Zilbergeld, 1986: 379).

Hipnoterapie is al doeltreffend by adolessente aangewend in 'n verskeidenheid gedragsprobleme, insluitend misdaad en hiperaktiwiteit. Hoewel klinici hulle dikwels tot hipnoterapie wend slegs as 'n laaste uitweg by die hantering van gedragsprobleme by adolessente, is die verslae oor die bruikbaarheid daarvan meestal positief (Kohen, 1986: 399; Wester II & O'Grady, 1991: xvi). Kohen (1986: 399) beklemtoon egter dat die adolessent gemotiveerd moet wees om te verander en die ouers/familie/gesin in staat en gewillig moet wees om met die behandeling saam te werk. Hoewel hipnose nou al oor die 200 jaar vir kinders en adolessente gebruik word, word die onderwerp steeds grotendeels verwaarloos (Wester II & O'Grady, 1991: xvi; Wickram, 1986: 379). Die navorser het bevind dat die beskikbare literatuur yl gesaai is en dat die klinici wat hipnose op kinders en adolessente toepas, beperk is.

2.3.4 MITES EN WANOPVATTINGS OOR HIPNOSE

Verskeie mites en wanopvattings oor hipnose gee daartoe aanleiding dat kliënte skepties staan teenoor hipnose en selfs bang is daarvoor. Vanweë verhoog-hipnose het die publiek 'n verwronge beeld gekry van wat kliniese hipnose werklik behels. Hulle is geneig om verhooghipnose wat vir vermaaklikheids-

doeleindes bedoel is, te verwar met kliniese hipnose wat bedoel is as tegniek saam met 'n terapeutiese benadering. Kliënte se grootste bekommernis is dat hulle beheer oor hulself kan verloor en die terapeut beheer sal oorneem. Weerstand teen die terapie (vgl. 2.3.7.1) kan voorkom indien die kliënt die mites en wanopvattings oor hipnose as geloofwaardig beskou. Dit is dus belangrik dat die terapeut die onderstaande mites en wanopvattings met die kliënte bespreek.

Ouers van adolessente is veral op hulle hoede, aangesien adolessente in 'n lewensfase is waarin hulle maklik beïnvloed kan word. Dit het onder die navorser se aandag gekom dat die ouers van adolessente veral daaroor bekommerd is of die terapeut uit 'n christelike perspektief werk, al dan nie. Dit blyk die gevolg te wees van 'n mite dat hipnose satanisties is (Edmonston Jr., 1986: 218). Vanweë die fokus van hierdie studie op die adolessente-lewensfase en uit die navorser se ondervinding in die praktyk dat dit vrugte afwerp om die mites en wanopvattings oor hipnose met alle kliënte te bespreek, word 'n opsomming van bestaande mites en wanopvattings aangaande hipnose ingesluit (Scholtemeyer, 2002: 18-28):

- Die induksie van hipnose vind plaas deur die mag van 'n hipnoterapeut.
- As 'n persoon eers een keer gehipnotiseer is, sal hy nie verder in staat wees om hipnose te weerstaan nie.
- In hipnose kan 'n persoon verplig word om iets teen sy wil te doen of te sê.
- 'n Persoon raak noodwendig afhanklik van 'n terapeut.
- Dit is skadelik vir 'n mens se gesondheid as hipnose geïnduseer word.
- Hipnose is 'n terapeutiese modaliteit.
- 'n Subjek se wil is tydens hipnose beperk.
- As hipnose eers geïnduseer is, kan dit gebeur dat dit nie weer getermineer kan word nie.
- 'n Persoon in hipnose slaap of is bewusteloos.
- Hipnose behels altyd 'n monotone ritueel of trans-induksie.

- 'n Persoon moet ontspan voordat hipnose geïnduseer kan word.
- Tydens hipnose kan 'n persoon sy verlede in detail herroep.

Noudat hipnose as verskynsel in teorie bespreek is en die mites en wanopvattings oor hipnose gehanteer is, kan daar oorgegaan word na die praktiese toepassing van hipnose as tegniek.

2.3.5 TRANS-INDUKSIE EN TRANS-INDUKSIETEGNIEKE

Trans-induksie is 'n doelgerigte handeling van die terapeut om die kliënt se aandag te fokus en hom daardeur te begelei tot 'n hipnotiese trans. Deur middel van 'n hipnotiese trans kan die onbewuste bereik word en kan daar ondersoek ingestel word na die oorsaak van die probleem. *"It is necessary for the subject to go into a trance in order to discover the answer to the question."* (Erickson, 1959: 9). Erickson word deur Romans ondersteun wat van mening is dat die onbewuste die aard van die probleme sowel as die oplossings ken (Benenson, 1990: 132).

Om by die onbewuste uit te kom, is dit egter nodig om die kognitiewe verdedigingsmeganismes (linkerbreinfunksionering) op die agtergrond te skuif en die kreatiewe onbewuste (regterbreinfunksionering) na vore te laat tree. *"Going into hypnosis or trance (the induction) therefore consists of shifting ('switching') from left cerebral hemispheric functioning to right-hemispheric functioning."* (Roos, 1997: 3.) Die linkerbrein (wat verantwoordelik is vir onder andere logika, redenering, taal en wiskunde) neem 'n neutrale plek in, terwyl die regterbrein (wat verantwoordelik is vir onder andere beelde, klanke en kleure) aktief in werking tree.

Trans-induksie is terapeutiese intervensie met die doel om die kliënt tot deelname te betrek (Zeig, 1994: 301). Trans-induksie is nie 'n gestandaardiseerde proses wat op dieselfde manier op almal uitgevoer kan word nie. Daar is geen metode of tegniek wat altyd met almal werk of selfs op verskillende

geleenthede met dieselfde persoon nie (Edmonston Jr., 1986: 219). Trans-benutting behels die ineensmelting van hipnotiese induksie en die inskakeling van terapeutiese suggesties op 'n egalige wyse dat nòg terapeut nòg kliënt besef presies wanneer die een ophou en die ander een begin (Edmonston Jr., 1986: 219). Trans-induksie is maar net 'n oorgang tussen waar die kliënt is en die toestand waarin die hipnoterapeut hom wil bring, die toestand wat hipnose genoem word (Zilbergeld, 1986: 103). Volgens Edmonston Jr. (1986: 173) word trans-induksies gekenmerk deur:

- fiksasie van die aandag;
- eentonige omgewing om die eentonige indrukke en verstandelike vaakheid voort te bring;
- beperking van willekeurige bewegings deur die ontspanning van die spiere;
- beperking van die bewussynsterrein, en
- inhibering van idees deur die verstand leeg te maak.

Holzman (1986: 127) noteer in hierdie verband dat daar geen absolute maatstawwe is wat bevestig dat 'n trans-induksie bewerkstellig is nie, maar dat daar eerder tipiese response is wat op sukses dui:

- Oë knip, sluit, heropen en sluit heeltemal, waarna gewoonlik 'n vinnige gefladder van die ooglede volg.
- Spiere raak los en slap en bly origens heeltemal bewegingloos.
- Die skouers hang, soos die onderkaak ook soms doen, en gesigsplooie lyk of hulle glad word.
- Asemhaling word makliker en egaliger. As die kliënt 'n diep hipnotiese toestand bereik, kan 'n bleekheid opgemerk word.
- Na suggesties om wakker te word, kan die kliënt dalk vertel van tyd-distorsie, sintuiglike ervaringe of liggaamlike sensasies.

2.3.5.1 *Trans-induksie deur die gebruik van metafore*

Volgens Grodner (1986: 250) is die bedoeling agter hipnose om deur insinuasie en leiding 'n kliënt in 'n dieper trans te help deur middel van indirekte implikasie eerder as direkte suggesties wat hy moontlik kan teenstaan. Metafore is nie noodwendig ingewikkelde stories wat ter wille van verwarring vertel word nie. Soms het die kliënt aannames en beperkinge in verband met verandering in 'n bepaalde area van sy lewe. Die terapeut wil die kliënt help om verskillende moontlikhede vir verandering te oorweeg en die inhoudsarea waarin hy met gekondisioneerde negatiewe response vassteek, te omseil. Die gebruik van 'n metafoor of storie wat met die kliënt se situasie ooreenkom, maar ander inhoud het, is nie-bedreigend vir die kliënt en is meestal suksesvol. Metafore is ope suggesties eerder as geslote of beperkte suggesties. Hulle oriënteer die luisteraar na 'n area van potensiële verandering en hulpbronne, maar hulle kanaliseer en spesifiseer nie 'n besondere beperkte respons nie (Lankton, 1986: 265). Relevante suggesties word deur kliënte aanvaar, terwyl suggesties wat nie relevant is nie, geïgnoreer word (Lankton, 1986: 266).

2.3.5.2 Trans-induksie deur verwarring

Volgens Erickson (in Edmonston Jr., 1986: 220) gebruik hy *verwarring* in byna al sy trans-induksietegnieke. Erickson het die kliënt verwar deur sy indirekte manipulering van die kliënt se kontak met die werklikheid, die skeidslyne tussen werklikheid en onwerklikheid, tussen wakker-wees en trans, tussen die bewuste en die onbewuste. Sodoende kon hy meer direk kommunikeer met die kliënt se onbewuste en in 'n meer beherende posisie wees vanwaar hy die kliënt kon help (Edmonston Jr., 1986: 220).

Namate hy die verwarringstegniek ontwikkel het, het Erickson besef dat 'n kombinasie van 'n heeltemal verstaanbare situasie waarop die kliënt geredelik kon reageer en 'n ontoepaslikheid, 'n *"non-sequiteer"*, waarop die kliënt nie vinnig genoeg sou kon reageer sonder omvattende verstandelike herorganisasie nie, belangrik is. Vanweë hierdie kombinasie word die kliënt vasgevang in 'n

staat van verwarring en gaan hy die hipnotiese toestand binne. Oorspronklik het die verwarringstegniek gedraai om die verwarring van die verlede, hede en toekoms, want die doel was die fasilitering van hipnotiese ouderdomsregressie. Eers later het dit duidelik geword dat die metode as 'n algemene trans-induksieprosedure gebruik kan word (Edmonston Jr., 1986: 223).

2.3.5.3 Trans-induksie deur ideomotoriese tegnieke

Erickson was gefassineer deur ideomotoriese gedrag soos outomatiese skrif- en handlevitasie. Hy het ingesien dat hierdie skynbaar onwillekeurige, onbeheerde bewegings moontlikhede vir trans-induksie inhou. Handlevitasie het een van sy steunpilare vir die aanvanklike induksie van hipnose geword, want die hand- en oogbewegings voorsien 'n fisiese, tasbare gebeurtenis wat gebruik kan word om met die kliënt se onbewuste te kommunikeer, en baie weerstandige kliënte kan oortuig van die werklikheid van hipnotiese verskynsels (Edmonston Jr., 1986: 228-229).

Hierdie bewustheid van die eksterne bevestiging van verandering wat plaasvind, kan ook handig gebruik word by veral adolessente wat soms skepties staan teenoor hipnose en die werklikheid van hipnotiese verskynsels (Kohen, 1986: 401).

2.3.5.4 Trans-induksie deur visualisasie

Erickson het geïndividualiseerde visualisasietegnieke gebruik waarin hy die kliënte visuele beeldspraak van hulle eie keuse toegelaat het. Hierdie kliënt-gesentreerde beeld was kenmerkend van sy trans-induksiemetode (Edmonston Jr., 1986: 222). Die kliënt se eie beeldspraak was veel bekoorliker as dié van die hipnoterapeut. Hy het die beeldspraak nie net beperk tot die visuele sintuig nie; maar ook die ander sintuie betrek in sy trans-induksiemetode.

2.3.5.5 Trans-induksietegnieke vir kinders en adolessente

Daar word, soos reeds gemeld, algemeen aanvaar dat kinders meestal baie goeie hipnotiese kliënte is, aangesien toestande wat soos 'n trans is, vir hulle alledaagse ervaringe is. Hulle gaan die hipnose-ervaring binne met minder vooropgestelde idees oor hipnose en met 'n hoogs aktiewe verbeelding. Volgens Wall (in Wester II & O'Grady, 1991: xviii) is die emosionele en fantasie-ervaringe in die kinderletterkunde vermeng om die kind te betrek by en op te neem in sy innerlike wêreld, weg van werklikheidsoorwegings. Hierdie vermenging weerspieël die trans-toestand waarin die kind se gedagtegang weggeskuif word van sekondêre prosesse tot meer primitiewe vorme van waarneming met behulp van suggesties.

Die keuse van 'n trans-induksietegniek vir 'n besondere kind hang grootliks af van die persoonlikheid en behoeftes van die kind, die kind se voorkeure (soos sportsoorte en ander belangstellings) en, natuurlik, van waarmee die terapeut gemaklik voel as 'n spesifieke behandelingstegniek (Wester II & O'Grady, 1991: 35). Die kreatiewe en ervare terapeut kan ook 'n tegniek uitdink om by die persoonlikheid en ouderdom van die kind of adolessent te pas. Trans-induksietegnieke vir kinders sluit beeldspraak, storievertelling, metafore, ontspanning, verwarring, video- en klankkasette, en vele meer in. Gordon Ambrose, 'n Britse kinder-psigiater, het drie reëls voorgestel wat volgens hom in ag geneem moet word wanneer kinders en adolessente gehipnotiseer word, naamlik (Edmonston Jr., 1986: 237):

- wen hul vertroue,
- lig hulle in oor wat sal gebeur, en
- wend enige tegniek aan.

Die laaste van die drie het aangedui hoe min die standaard-tegnieke aangepas moes word om hulle in te skakel by die gebruik vir kinders en adolessente.

Ten einde suksesvolle trans-induksie met adolessente te bewerkstellig, is dit volgens Karle en Boys (1991: 28) belangrik dat die volgende beginsels tydens die trans-induksiefase in ag geneem moet word:

- Die adolessent moet homself progressief van die bewuswees van sy omgewing kan los maak.
- Die adolessent moet glo in wat besig is om te gebeur, byvoorbeeld waar suggesties gegee word tydens oogfiksasie.
- Die hipnoterapeut se stemtoon (eentonig en rustig) moet bydra om die adolessent te begelei tot losmaking en ontspanning.
- Die herhaling van sekere woorde en frases uit die adolessent se woordeskat is van groot waarde vir induksie tot 'n hipnotiese trans.
- Die hipnoterapeut moet kennis neem van die asemhalingsritme van die adolessent. Deur die asemhalingsritme in ag te neem kan sekere trans-induksiemetodes versterk word.

Volgens Punt (1994: 123-125) is die volgende trans-induksiemetodes (wat ook vir verdieping gebruik kan word) besonder geskik vir adolessente:

- Stilstaande oogfiksasie
- Oogfiksasie met beweging
- Losmaking van aandag en progressiewe ontspanning
- Ritme en begeleiding
- Armlevitasie met aanraking

2.3.6 TEGNIEKE OM HIPNOSE TE VERDIEP

Daar bestaan 'n verskilpunt oor die moontlikheid, al dan nie, van 'n verband tussen die "diepte" van die hipnose en die behandelingsresultaat. Roos (1997: 1) is van mening dat die bereiking van die terapeutiese doelwitte nié afhanklik is van die kliënt se vermoë om hipnotiese verskynsels te voorskyn te bring wat met 'n diep trans vereenselwig word nie. Erickson het te kenne gegee dat "diepte"

onbelangrik is, maar terselftertyd beklemtoon dat hy selde belangrike suggesties gedoen het voor 20 minute se verdieping verstryk het (Hammond, 1990: 21). Gegrond op die werk van Rossi (in Hammond, 1990: 21) en Wester II en O'Grady (1991: 39) blyk dit dat meer diepte of tyd nodig is om sekere hipnotiese verskynsels voort te bring. Diepte word gewoonlik geassosieer met die graad of losmaking van die eksterne omgewing, verskraalde fokus van die aandag en verhoogde ontvanklikheid vir suggesties (Caire, 1986: 129). Volgens Roos (1997: 1) kan die diepte van 'n kliënt se hipnotiese trans dikwels fluktueer gedurende 'n terapiesessie. Die verdiepende fase is gewoonlik korter by kinders en adolessente as by volwassenes (Hoffman, 1991: 204).

Hammond (in Wester II & O'Grady, 1991: 40) beskryf die volgende verdiepingstegnieke wat vir adolessente gebruik kan word:

- Opbreking/fraksionering. In hierdie prosedure word die kliënt herhaaldelik wakker gemaak en weer gehipnotiseer.
- Afwaartse beweging. Beweging soos om 'n trap af te stap of op 'n roltrap af te ry, is dikwels nuttig.
- Vermenging van motivering en kliënt-behoeftes. "En jy ontspan dieper en dieper omdat jy . . . "
- Gebeurlike/voorwaardelike suggesties: "Met elke klank van my stem, kan jy dieper en dieper wegdryf . . . "
- Asemhaal en tel - tel terug van 10 tot 1 - vermeng met suggesties òf fokus op asemhaling met verdiepende suggesties.

Die trans-induksie- en verdiepingstegnieke wat gebruik word, is slegs so effektief soos die ontvanklikheid van die kind of adolessent en die ervaring van die terapeut (Wester II & O'Grady, 1991: 40). Hilgard (in Wester II & O'Grady, 1991: 42) het bevind dat die sukses van die volwassene se hipnotiese talent verband hou met die mate van verbeeldingsbetrokkenheid wat hy as kind geaktiveer het. Gevolglik lyk dit asof kinderverbeeldingsbetrokkenheid 'n voorloper van volwasse hipnotiese vermoë is.

2.3.7 DIE ROL VAN WEERSTAND EN OORDRAG

Weerstand en oordrag kom voor as hoekstene binne die hipnoterapeutiese raamwerk (Woudstra: 2000: 4) Weerstand en oordrag kan 'n nadelige invloed uitoefen op die eksplorasie van die onbewuste tydens die toepassing van hipnose in 'n terapeutiese situasie (Watkins & Watkins, 1997: 98) en daarom is dit belangrik dat die rol daarvan bespreek word.

2.3.7.1 Weerstand

Yapko (1995: 160) sien die weerstand van 'n kliënt, as 'n intra-psigiese verdedigingsmeganisme. Wanneer weerstand terapie in die verlede negatief beïnvloed het, is die kliënt as 'n saboteur beskou. Vandag word weerstand as 'n integrale en onvermydelike deel van terapie gesien (Phares, 1992: 310-311). Dit word gedefinieer as 'n negatiewe motiveringskrag wat teen die doelstellings van terapie inwerk, alhoewel dit nie beteken dat 'n kliënt of 'n terapeut daarvoor te blameer is nie (Scholtemeyer, 2002: 41).

Matez (in Benenson 1990: 132), definieer onbewuste weerstand as die begeerte om jou op 'n oorlewingsvlak te beskerm. Kliënte klou dikwels aan 'n siekte of simptoom vas omdat dit herinner aan die bevryding wat ná 'n traumatiese ervaring beleef is (Benenson, 1990: 132-133). Dikwels word onbewuste weerstand uitgespreek deur 'n kliënt wat beweer dat die behandeling nie werk nie òf dat hy nie gehipnotiseer is nie. Wat weerstaan word, is gesond-word en die opgee van al die sekondêre wins of beskerming wat die kliënt verkry deur sy simptome (Benenson, 1990: 133). Sommige kliënte met meer ernstige simptome kan hipnose dalk vrees omdat hulle dit kan beteken as die verlies aan beheer, as moontlike voorloper tot verlies van identiteit en/of outonomie (Wick, 1986: 193).

Volgens Modlin (1995: 1-2) kan die mislukking-sindroom, skuldgevoelens, vrees en die aanwesigheid van sekondêre gewin, verantwoordelik wees vir weerstand. Kliënte verskil in die graad en spesifieke aard van hul teësin en vrees. Levitan

en Jevne (1986: 81) is van mening dat die meeste angs ten opsigte van terapeutiese intervensie nie net gefundeer is in wanopvattings oor hipnose nie (vgl. 2.3.4), maak ook geleë kan wees in een van die volgende bronne: onbekendheid met hipnose, negatiewe verwagting ten aansien van die hipnose-proses of bestaande opvattings ten aansien van hipnose.

2.3.7.2 Oordrag

Oordrag vind universeel tydens die alledaagse lewe plaas as 'n individu in die hede gevoelens en houdings ervaar wat 'n direkte oorsprong in die verlede tydens 'n ander situasie of teenoor iemand anders het (Woudstra, 2000: 3). In die terapeutiese situasie word dit deur Brown en Fromm (1986: 209) en Kirsch *et al.* (1997: 140) beskryf as 'n kliënt se verwronge persepsies, gevoelens of gedrag teenoor 'n terapeut, wat verband hou met 'n dominante persoon (byvoorbeeld 'n ouer) uit dié kliënt se verlede. Volgens Hartman (1993: 9) en Scholtemeyer (2002: 42) sien die betrokke kliënt dus sy terapeut, wat deel uitmaak van sy huidige wêreld, deur die gekleurde bril van sy verlede (Karle & Boys, 1991: 199-200; Phillips & Frederick, 1995: 199).

Hierdie oordrag kan tot weerstand lei en daarom is dit belangrik om tydens die terapeutiese proses daarop bedag te wees en dit onverwyld te hanteer, anders sal die terapeutiese proses belemmer word (Phillips & Frederick, 1995: 200; Woudstra, 2000: 3-4). Scholtemeyer (2002: 43) het bevind dat die hipno-terapeut weerstand suksesvol kan hanteer deur direkte suggesties vir die kliënt te gee tydens die kognitiewe herstruktureringsfase ná afloop van 'n ouderdomsregressie.

Die terapeutiese proses kan ook negatief beïnvloed word deur teenoordrag (*"counter transference"*). Teenoordrag word deur Phillips en Frederick (1995: 213) en Woudstra (2000: 4) beskryf as die bewuste of onbewuste gevoelens en neigings by 'n terapeut teenoor 'n kliënt of die patologie van 'n kliënt.

2.4 HIPNOTIESE FENOMENE

Hipnotiese verskynsels bied aan die terapeut unieke geleenthede om vrye toegang te kry tot die kliënt se diepste gedagtes en geheue, om die konflikte en hulpmiddels wat daar te vinde is, te bepaal en te hanteer (Phillips & Frederick, 1995: 19).

Volgens Scholtemeyer (2002: 28) is daar 'n verskeidenheid hipnotiese fenomene wat vir 'n onopgeleide waarnemer as ongewoon en vreemd sal voorkom. Hipnotiese fenomene of kenmerke is die kragtige subjektiewe ervarings wat by 'n subjek manifesteer en wat die oorsaak daarvan is dat hipnose vir so lank gevrees is en derhalwe ook in dieselfde kategorie as ander onverklaarbare en mistieke verskynsels geklassifiseer is. Fourie (1995: 620) meld dat die fenomene of kenmerke 'n noodsaaklike deel van elke individu se daaglikse, normale funksionering vorm en soms spontaan na vore kom.

Volgens Yapko (1995: 107) word dit tradisioneel aanvaar dat sekere vorme van gedrag eie aan hipnose is en gewoonlik na vore kom wanneer 'n hipnoterapeut dit voorstel of suggereer. Hammond (1990: 42-44) identifiseer agt stappe wat ontwerp is om hipnotiese fenomene teweeg te bring deur hipnotiese suggesties:

STAP 1: Fokus van aandag
STAP 2: Versterking van bewuswording van onmiddellike belewing
STAP 3: Beklemtoning en aanvaarding van enige nuwe aspek van die belewing of begeleiding van die kliënt
STAP 4: Bekendmaking van die doel van die suggestie
STAP 5: Herhaling van suggesties en versterking van die kliënt se reaksies
STAP 6: Aanmoediging tot dissosiasie en onwillekeurige reaksie
STAP 7: Opbou van antisipasie en verwagting
STAP 8: Aanvaarding van die tyd wat dit die kliënt neem om te reageer.

Verskillende hipnotiese verskynsels word in die literatuur beskryf deur navorsers soos Fourie, Hammond, Scholtemeyer, Wolberg en Yapko. In **TABEL 2.2** word sommige van hierdie hipnotiese verskynsels gelys.

TABEL 2.2: HIPNOTIESE VERSKYNSELS

MOTORIESE VERSKYNSELS	• **Outomatiese bewegings** • **Katalepsie**
SENSORIESE VERSKYNSELS	• **Analgesie en anestesie** • **Hiperestesie** • **Parestesie** • **Hallusinasies** • **Distorsie van tyd** • **Ideodinamiese response**
FISIOLOGIESE VERSKYNSELS	• **Verandering in die parasimpatiese senustelsel** • **Verandering in bloeddruk, hart en bloedvatstelsel** • **Verandering in spysverteringstelsel** • **Anatomiese en biochemiese veranderings**
PSIGOLOGIESE VERSKYNSELS	• **Ouderdomsregressie** • **Ouderdomsprogressie** • **Geheueverlies** • **Dissosiasie** • **Post-hipnotiese suggesties**

2.4.1 PSIGOLOGIESE VERSKYNSELS

Vervolgens word die psigologiese verskynsels (vanweë die fokus van die studie) meer breedvoerig bespreek.

2.4.1.1 Ouderdomsregressie

Ouderdomsregressie is die vernaamste tegniek wat in hierdie studie gebruik word ten einde herbelewing en herbetekening te weeg te bring. Wanneer 'n ouderdomsregressie onderneem word regresseer 'n hipnoterapeut sy kliënt na 'n gebeurtenis wat dan weer beleef word asof dit in die hede plaasvind, en dit word

as *herlewing* (*"revification"*) benoem (Scholtemeyer, 2002: 37). Aangesien gebeure uit die verlede, soos dit in bepaalde gedagtes, gevoelens en gedrag uitdrukking vind, in staat is om die hede so diepliggend te beïnvloed, bied ouderdomsregressie as 'n tegniek die geleentheid om die gebeure te herbeteken ten einde nuwe betekenis daaraan te gee en daarom nuwe insig daaruit te verkry (Hammond, 1990: 514; Yapko, 1995: 108). Om 'n ouderdomsregressie te weeg te bring, word die kliënt in 'n besonder diep hipnotiese trans ingelei en dan stadig gedisoriënteer ten opsigte van tyd en plek, om 'n algemene staat van verwarring voort te bring (Wolberg, 1996: 404). Hy word dan deur gepaste suggesties tot al hoe vroeër ouderdomstydperke georiënteer.

Twee tipes ouderdomsregressie kan tydens hipnose voorkom. Die eerste hou verband met die kliënt se huidige beskouïng ten opsigte van 'n vroeër ouderdom: die verlede word gesien met huidige houdings en beoordeling. Hier is daar 'n gesimuleerde reproduksie van 'n voormalige lewenstydperk. Die tweede tipe is 'n werklike terugkeer tot 'n voormalige tydperk met die herlewing van dieselfde patroon wat oorspronklik bestaan het. Dit is 'n ouderdomsregressie in die ware sin van die woord: in hierdie opset is die kliënt daartoe in staat om vergete of onderdrukte gebeure en impulse te herwin en te herlewe (Phillips & Frederick, 1995: 11; Wolberg, 1996: 404).

Dit is dan moontlik dat 'n kliënt optree asof hy heelwat jonger is as wat in werklikheid die geval is. 'n Persoon kan byvoorbeeld soos 'n sesjarige optree (Fourie, 1995: 622) en selfs tot die pre-natale fase regresseer (Modlin, 1999a: 66). 'n Kliënt is hiervolgens so verdiep in 'n gebeurtenis dat dit soos die oorspronklike herleef word. 'n Kliënt kan ook gevra word om 'n gebeurtenis so intens moontlik in hipnose te onthou, wat dan *hipermnesia* (*"hypermnesia"*) genoem word. Die kliënt in die hede herroep dus die verlede in groot detail (Hammond, 1990: 514; Yapko, 1995: 108). Ouderdomsregressies versterk die hiper-amnesiese effek van hipnose tot 'n opvallende graad en stel paaie oop na vergete herinneringe en ervarings wat nie aan die kliënt op 'n bewuste en volwasse vlak beskikbaar sou wees nie (Wolberg, 1996: 405).

Redes vir die gebruik van ouderdomsregressie is tweeledig:

- om die kliënt terug te neem na 'n gebeurtenis wat hy reeds onthou, sodat hy dit op een of ander manier kan herbeteken; en

- om gegewens te ontbloot wat nie reeds vir die bewuste geheue beskikbaar is nie (Edelstien, 1986: 157).

2.4.1.2 Ouderdomsprogressie (*Terug van die toekoms*-tegniek)

Die teenoorgestelde van ouderdomsregressie is ouderdomsprogressie. 'n Kliënt het hiervolgens 'n ervaring van heelwat ouer te wees as wat werklik die geval is (Fourie, 1995: 622). 'n Bespreking word met die kliënt gevoer oor 'n wenslike toekomsbeeld waarin hy sou belangstel as 'n afbeelding van sy volle herstel. Dit is veral belangrik by 'n adolessente kliënt wat 'n veranderingsproses beleef en oor die algemeen worstel met die vraag: "Wie sal ek word?" (Torem, 1991: 230).

Die kliënt word die toekoms ingelei, vanwaar hy die geleentheid kry om hom die invloed van die huidige veranderinge voor te stel, betekenis op dieper vlakke te integreer en oor die algemeen 'n oorsig van sy lewe te verkry. Dit motiveer hom om struikelblokke in die hede te oorkom in die lig van die volledige beeld wat hy van homself in die toekoms visualiseer (Phillips & Frederick, 1995: 92; Scholtemeyer, 2002: 37). 'n Terapeut maak gebruik van ouderdomsprogressie om te kontroleer dat huidige problematiek in die toekoms iets van die verlede sal wees (Hammond, 1990: 515). Die rasionaal hieragter is dat dit 'n sterk motiverende uitwerking kan hê (Fourie, 1995: 622).

2.4.1.3 Geheueverlies

Geheueverlies (amnesie) kom soms spontaan in hipnose voor. Dit is egter nie baie algemeen nie. Dit kan ook deur middel van suggestie verkry word. Dit word aangebring om die kliënt se ego te help beskerm teen bedreigende herinneringe.

'n Deel van die amnesie sal mettertyd verdwyn. Die bedreigende gegewens sal gaandeweg aan die kliënt beskikbaar word òf deur skielike *insig*-herinneringe ná die terapeutiese sessie òf onder die dekmantel van drome en nagmerries (Evans, 1986: 178). Wanneer geheueverlies voorkom, beteken dit dat 'n kliënt weinig of niks kan onthou van wat tydens die hipnose gebeur het nie. Afhangend van die omstandighede en van die bepaalde suggestie, kan geheueverlies òf volkome wees òf slegs een of meer spesifieke gebeurtenisse behels. Geheueverlies as sodanig word feitlik nooit terapeuties gebruik nie. Die idee is gewoonlik juis om geheueverlies ten aansien van traumatiese gebeurtenisse in die verlede op te hef (Fourie, 1995: 622). Tog word 'n mate van geheueverlies soms gesuggereer wanneer 'n terapeut meen dat totale herroeping van 'n traumatiese gebeurtenis op 'n bepaalde tydstip op sigself te traumaties vir 'n kliënt sou wees (Evans, 1986: 177-178; Scholtemeyer, 2002: 38).

2.4.1.4 Dissosiasie

Volgens Hartman (1993: 39) is daar 'n fundamentele verskil tussen terapeutiese dissosiasie (hipnotiese trans) en patologiese dissosiasie. Yapko (1990: 284-285) definieer terapeutiese dissosiasie as: *"The ability to break a global experience into its component parts, amplifying awareness for one part while diminishing awareness for the others."* In hipnose skep dit die geleentheid vir 'n kliënt om deur middel van dissosiasie nie in sy onmiddellike omgewing vasgevang te wees nie.

Die kliënt se bewuste kan geokkupeer word met enigiets, terwyl sy onbewuste vry is om spontaan te reageer soos dit nodig mag wees. Dissosiasie stel 'n terapeut daartoe in staat om in hipnose met gedeeltes van 'n kliënt se ego te werk, soos byvoorbeeld met daardie gedeelte wat hulpeloos en magteloos voel (Scholtemeyer, 2002: 39). 'n Ander deel van sodanige kliënt se ego wat sterk en dinamies is, kan gevra word om hierdie gedeelte te ondersteun (Phillips & Frederick, 1995: 63).

2.4.1.5 Post-hipnotiese suggesties

Volgens Scholtemeyer (2002: 39) kan alle verskynsels wat in hipnose voorkom, ook deur middel van post-hipnotiese suggestie verkry word, dit wil sê nadat die hipnose beëindig is. Daar kan byvoorbeeld aan 'n kliënt gesuggereer word dat hy na afloop van die hipnose (moontlik wanneer die hipnoterapeut 'n sekere teken gee) op 'n bepaalde wyse sal optree (Fourie, 1995: 622). Post-hipnotiese suggesties is gewoonlik die effektiefste wanneer hulle geassosieer word met die *onvermydelikhede* van 'n kliënt se lewe (Rossi, 1986: 19). Terwyl sommige post-hipnotiese suggesties baie maande of selfs jare kan voortduur, het die meeste 'n veel beperkter lewensduur voordat hulle geassimileer, deur die kliënt verbloem of sommer vergeet word (Matheson, 1986: 170). Die duursaamheid van post-hipnotiese suggesties hang af van die aard van die suggestie en die rol en belangrikheid van die suggestie vir die kliënt. Die aard van die post-hipnotiese suggestie in ag genome, word die duursaamheid beïnvloed deur die onbewuste meganismes van die geheue (Matheson, 1986: 170).

Post-hipnotiese suggesties sal meer waarskynlik voortbestaan as hulle aangebied word in 'n konteks waarin hulle 'n doel of betekenis het, as hulle duidelik en bondig gestel word en as hulle verskeie kere aangebied word sodat hulle in die geheue vasgelê kan word (Matheson, 1986: 170). Die beskikbaarheid van die geïdentifiseerde stimulus vir die respons en die voorsiening van tydbeperkinge sal ook die effektiewe duur van die suggestie beïnvloed. Bowendien kan die eintlike post-hipnotiese suggestie 'n aanduiding gee van sy tydsduur. In kontras hiermee word sommige suggesties ontwerp om langdurig of onbepaald blywend te wees. Afhangend van ander faktore, kan hulle lewenslank effektief bly. Toekomstige oriëntasie kan ook die duursaamheid van die post-hipnotiese suggestie versterk (Matheson, 1986: 171). Om op te som: daar is geen *rak-leeftyd* aan post-hipnotiese suggestie gekoppel nie. Duursaamheid hang van baie faktore af, soos betekenisvolheid, helderheid, herhaling, tyd-definisie en die voordeel wat dit mag inhou vir die kliënt (Matheson, 1986: 171).

Die navorser gee post-hipnotiese suggesties tydens hipnose aan adolessente nie net om die waarskynlikheid van wenslike gedrag na die beëindiging van die hipnose te verhoog nie, maar ook om selfhipnose tuis toe te pas om 'n voortgaande gevoel van genoeglikheid voor, tydens en na die geskeduleerde sessies te handhaaf.

2.5 MEDIESE HIPNO-ANALISE

Insig in hipnose as verskynsel sowel as tegniek, word verkry deur voorafgaande bespreking. Mediese hipno-analise is 'n terapeutiese benadering wat van hipnose as tegniek gebruik maak om die onbewuste te eksploreer, ten einde die werklike oorsaak van die kliënt se probleme op te spoor en te behandel.

Aangesien die doel van hierdie studie is om te bepaal of Mediese hipno-analise as terapeutiese tegniek gebruik kan word om emosioneel-weerlose adolessente te begelei tot emosionele volwassewording, word die teorie- en praktykontwerp van Mediese hipno-analise (aan die hand van Dr. John A. Scott (Sr.) se werkswyse) vervolgens uitgelê. Min literatuur in die vorm van boeke behels 'n indiepte teoretiese studie van Mediese hipno-analise en derhalwe word John Scott Sr., as outoritêre figuur op die gebied van Mediese hipno-analise, se werke gereeld aangehaal.

2.5.1 INLEIDING

Scott (1993: 44) beskryf Mediese hipno-analise as 'n dinamiese, korttermyngerigte, hipnoterapeutiese tegniek. Dit is dinamies-georiënteerd aangesien dit fokus op (Scholtemeyer, 2002: 89):

- oorsake, eerder as simptome;
- verduidelikings, eerder as beskrywings, en
- onbewuste kragte, eerder as bewuste kragte as oorsaak van psigopatologie.

Dit is verder 'n korttermyn terapeutiese tegniek, aangesien vyftien tot twintig terapeutiese sessies in die meeste gevalle nodig is vir die hantering van die meeste vorms van psigopatologie. Dit is verder direktief van aard, aangesien die psigoterapeut, na sy diagnose, 'n mediese model volg ten opsigte van die verligting van die simptome deur die onderliggende onbewuste oorsake te hanteer. Die term *medies* (wat van Latynse oorsprong is en "genesing" beteken) verwys in dié konteks na die afneem van 'n gedetailleerde historisiteit, diagnosering deur hoofsaaklik van die historisiteitsgegewens, Bryan se woordassosiasietoets en droomanalise gebruik te maak, en die formulering van toepaslike doelstellings vir terapie, met die effektiewe hantering van die simptome as einddoel (Scott, 1993: xiv). Volgens dié model word die simptome dus eerstens geïdentifiseer deur middel van die afneem van bovermelde historisiteitsgegewens, terwyl die kliënt se verbale en nie-verbale kommunikasie ook geanaliseer word as moontlike aanduidings van onbewuste oorsake van die simptome waarmee die kliënt presenteer (Scott, 1993: 108).

Nadat die kliënt aan hipnose blootgestel is, word die meeste van die terapeutiese sessies onderneem terwyl die kliënt in hipnose is. Terwyl die kliënt in hipnose is, word sy onbewuste ondersoek deur van die volgende prosedures gebruik te maak (Scott, 1993: 130):

- die afneem van Bryan se woordassosiasietoets;
- droomanalise; en
- ouderdomsregressies na die problematiese tye in die kliënt se lewe.

Ouderdomsregressie (vgl. 2.4.1.1) is die primêre terapeutiese tegniek in Mediese hipno-analise. Tydens die ouderdomsregressies tot die tyd van die gebeure wat met die oorsaak van die simptome te make het, word daar slegs gefokus op die oorsake van die simptome; die persoon se hele persoonlikheidsamestelling word nie geanaliseer nie. Tydens die regressies is die eerste drie traumatiese gebeurtenisse wat met die simptoom in verband staan, van belang. Die

teoretiese beginsel staan as die tripleerde allergeenteorie bekend (Scott Sr., 1996: 59).

Tydens dié natuurlike staat van hipnose is die impak van die traumatiese gebeurtenis direk afhanklik van die intensiteit van die trauma, maar ook van die ego-sterkte en ondersteuningsisteme (dit is die weerstand teen die impak van die trauma), wat tot die persoon se beskikking is. Scott Sr. (1996: 47) gebruik die volgende formule:

$$\text{Psigofisiese gevolge} = \frac{\text{Intensiteit van die gebeurtenis}}{\text{Weerstand}}$$

2.5.2 AGTERGROND

Vanaf sy oorsprong het Mediese hipno-analise nog altyd psigologiese en psigo-fisiologiese probleme met 'n holistiese behandeling van die verstand, die liggaam en die gees benader. Aangesien die verstand disharmonie in die liggaam kan veroorsaak, besit dit ook die inherente vermoë om genesing en behaaglikheid te skep. Die instrumente wat gebruik word, is nie ontleedmesse en verdowings-middele nie, maar woorde en ervaringe . . . beelde en herinneringe . . . tegnieke wat mense leer ontspan en hulle inspireer om die innerlike geneesheer wakker te maak om beheer van hul liggaam en lewe oor te neem, en hul volle potensiaal te verwesenlik (Matez, 1992: 11).

Mediese hipno-analise volg 'n mediese model van psigoterapie vir die diagnose en behandeling van die oorsprong en oorsaak (etiologie) van 'n probleem. Dit kan die onderliggende onbewuste magte effektief uit die weg ruim, wat die behoefte aan die simptome en ongevraagde gedrag (wat verantwoordelik is vir die emosionele, geestes- en fisiese lyding) verwyder. Mediese hipno-analise is 'n deursoeking van die onbewuste gedagtegang deur gebruikmaking van hipnose. Hipnose open die deur tot die onbewuste gedagtegang. Soos die in-

strumente wat deur 'n chirurg gebruik word om 'n siek orgaan of weefsel te verwyder, is hipnose 'n instrument om 'n siek gedagte of negatiewe geloofsisteem te verwyder (Scholtemeyer, 2002: 65).

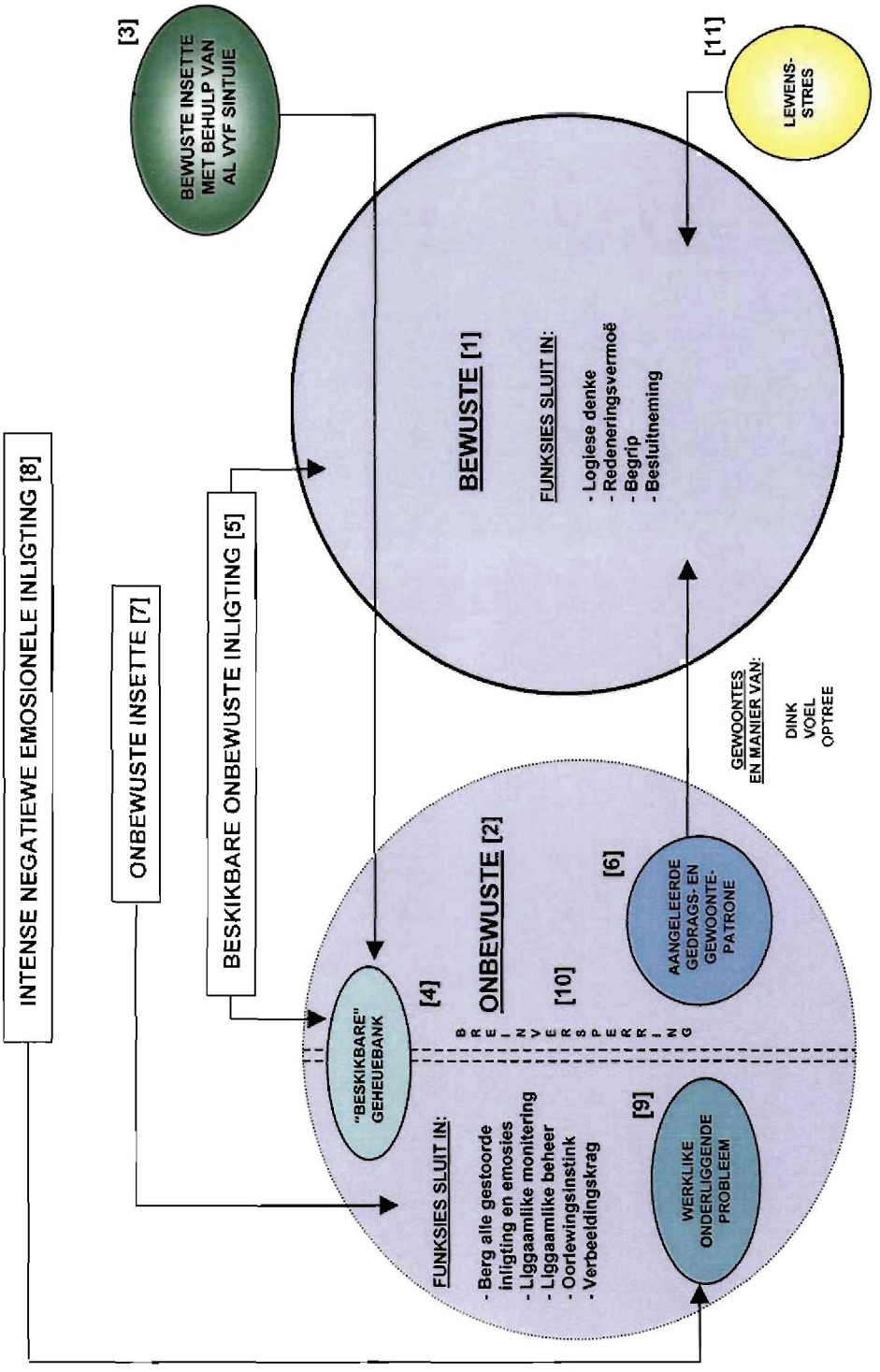
Om die verskil tussen psigoanalise en hipno-analise uit te lig, kan daar na werk gekyk word wat gedoen is deur navorsers soos Erickson, Hill, Eisenbud, Kubie, Lindner, Gill en Brenman, Fisher en Wolberg. Hulle het aangetoon dat hipnose hom leen tot bevordering van die psigoanalitiese proses (Wolberg, 1996: 397). Konvensionele *bewuste* psigoanalise is dikwels onsuksesvol omdat die belangrikste deteminante van gedrag van onbewuste oorsprong is (Wolberg, 1996: 395). Omdat die ego bedreig word deur die onbewuste materiaal en met weerstand reageer teen angs wat verwek word deur 'n bewustheid van onbewuste neigings, kan die ontblotingsproses oor 'n lang tydperk strek. 'n Baie belangrike effek van hipnose is sy vermoë om hierdie weerstand wat die bewustheid van onbewuste materiaal verhoed, te verwyder. Terwyl maande kan verbygaan in 'n poging om sodanige weerstand tydens psigoanalise uit te skakel, is hipno-analise dikwels daartoe in staat om 'n byna chirurgiese verwydering te verkry van hindernisse tot die bewuste waardering van onderdrukte elemente van die persoonlikheid (Wolberg, 1996: 397).

Hipno-analise voorveronderstel 'n aanleg van die kliënt om 'n hipnotiese trans diep genoeg binne te gaan om die aanwending van verskillende hipno-analitiese prosedures moontlik te maak (Wolberg, 1996: 400). Hipno-analise het die voordeel van vinniger toegang tot geheue-gegewens, vanweë die unieke verskynsels wat met hipnose geassosieer word (Phillips & Frederick, 1995: 19).

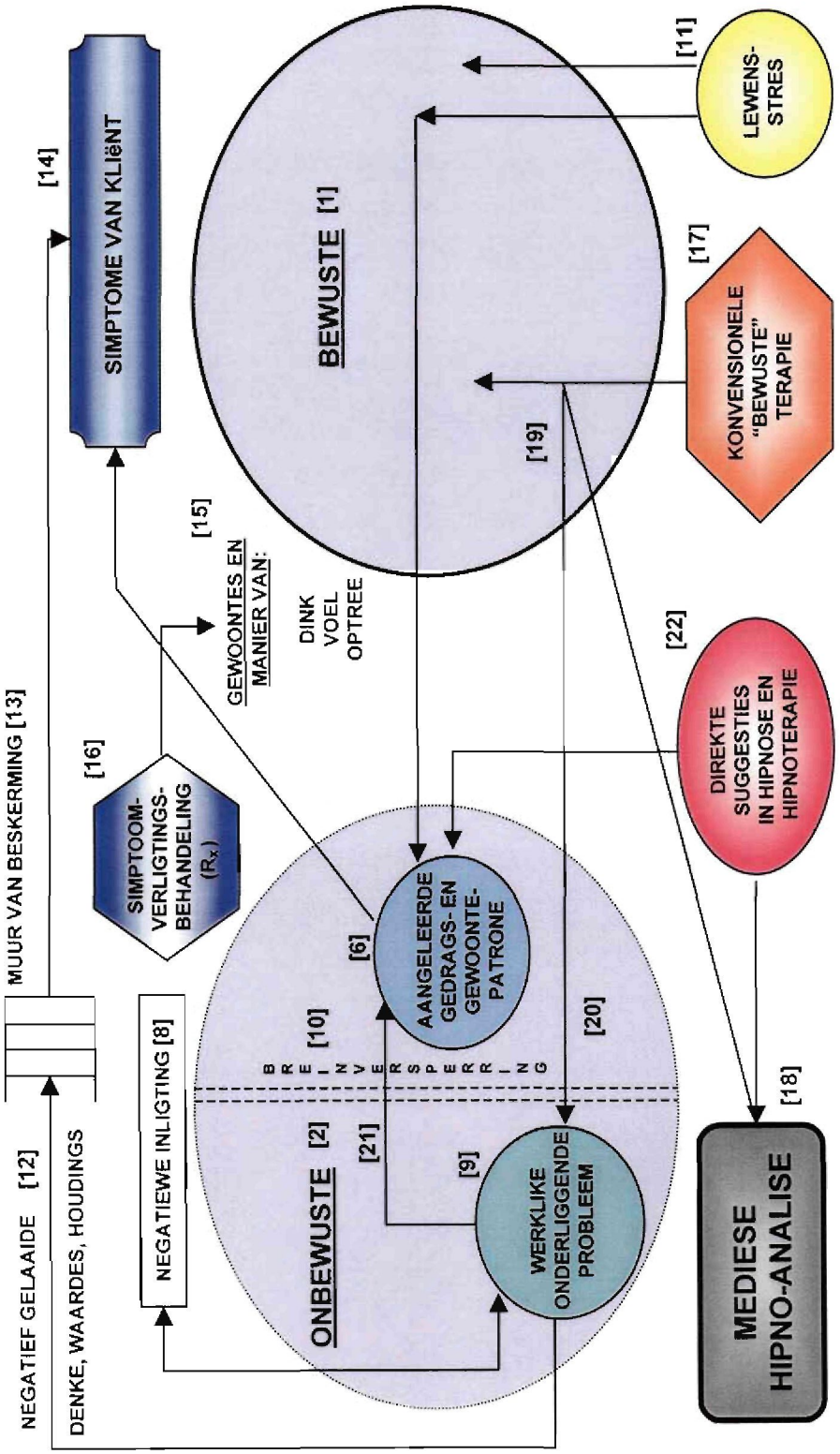
2.5.3 INTERAKSIE EN WISSELWERKING TUSSEN DIE BEWUSTE EN DIE ONBEWUSTE AS DEEL VAN DIE PSIGODINAMIKA VAN MEDIESE HIPNO-ANALISE

Matez (1992: 5-9) verduidelik die Mediese hipno-analise-model deur klem te lê op die interaksie en wisselwerking tussen die bewuste en die onbewuste in **FIGUUR 2.1** en die psigodinamika van Mediese hipno-analise in **FIGUUR 2.2**.

FIGUUR 2.1: INTERAKSIE EN WISSELWERKING TUSSEN DIE BEWUSTE EN DIE ONBEWUSTE



FIGUUR 2.2: PSIGODINAMIKA VAN MEDIESE HIPNO-ANALISE



Die interaksie en wisselwerking tussen die bewuste en die onbewuste as deel van die psigodinamika van Mediese hipno-analise word soos volg deur Matez (1992: 4-16) bespreek:

Die gedagtegang in die brein is in twee dele verdeel: 'n bewuste gedagtegang en 'n onbewuste gedagtegang. Die belangrikste verskil tussen die bewuste (1) en die onbewuste gedagtegang (2) is dat die bewuste gedagtegang (hierna genoem die bewuste) die logiese, denkende, redenerende, besluitnemende deel is. Die onbewuste gedagtegang (hierna genoem die onbewuste) is hoofsaaklik die *geheuebank*, en daarin is vasgelê alle ondervindinge wat die individu in sy lewe ervaar het, vanaf konsepsie tot op die huidige oomblik.

Inligting wat die mens normaalweg in sy wakker staat (3) deur al sy sintuie bereik, gaan die bewuste binne waar dit verwerk, geanaliseer, verstaan en gefiltreer kan word. Dan word hierdie inligting in die geheuebank van die onbewuste gebêre. Dit word dus deel van die beskikbare geheuebank (4) en verteenwoordig alle kennis en inligting van die individu se hele lewe. Die meeste daarvan is enige tyd beskikbaar (5) wanneer dit nodig is. Dis die *leerproses* soos dit vir almal werk. Op hierdie manier word alles wat bewustelik of onbewustelik geleer is, die basis van alle gewoontepatrone (6) wat mense ontwikkel. Met ander woorde: byna alles wat 'n mens doen, is eintlik 'n gewoontepatroon wat tevore aangeleer is. Enigiets wat 'n *gewoonte* is, kan afgeleer en dan op 'n nuwe manier herleer word. En dis presies wat hier moet gebeur.

Inligting kom ook die gedagtegang binne en gaan dan direk na die onbewuste (7) deur die bewuste, logiese en denkende gedagtegang te omseil, sonder dat die persoon daarvan bewus is. Dit is 'n normale proses wat elke dag, 24 uur per dag, die hele lewe lank voortgaan. Op die bewúste vlak kan mens op enige gegewe oomblik net op één ding konsentreer. In die onbewuste is die gedagtegang egter daartoe in staat om duisende goed gelyktydig te doen.

Die onbewuste bewaar alle inligting, positief, negatief of neutraal, soos 'n rekenaar se geheuebank. 'n Deel van die negatiewe inligting gaan die onbewus-

te binne met baie emosionele energie daaromheen. Dit bewaar nie slegs negatiewe inligting nie, maar hoogs gespanne emosioneel-negatiewe inligting (8) wat binne die onbewuste kan ophoop om die *onderliggende probleem* of die *werklike probleem* (9) te vorm.

Omdat daar 'n soort *breinversperring* (10) bestaan tussen die twee dele van die brein, kan die onbewuste nie maklik toegang tot die onderdrukte onbewuste inligting bekom nie. Dit bly onbekend, dus kan dit nie verander word nie - maar dit bly die rede waarom daar behandeling toegepas moet word, en die onbewuste weet presies wat die probleem is. Die onbewuste kan egter nie dink, redeneer of verstaan nie - dit kan net inligting ontvang en daarop reageer. Die onbewuste is nie daartoe in staat om gedagtes uit te wis nie, en dis waarom daar probleme kom. Wat hierdie kragtige negatiewe inligting ook al is, dit probeer na die oppervlakte deurdring in 'n poging om die individu te help om sy stres te verwerk. Daagliks ervaar mense alle soorte stres en verwerk dit met al die inligting, kennis en ervaring (5) wat hulle kan oproep.

Die spesifieke negatiewe inligting wat ons die *werklike probleem* (9) noem, is geaktiveer in reaksie tot stres. Omdat dit so negatief en emosioneel gelaai was toe dit na die oppervlak wou kom (12), kon dit nie benut word nie. Toe het die brein 'n *versperring* of 'n *muur van beskerming* (13) daaromheen opgebou. Hierdie muur van beskerming word die *simptome* - die presiese simptome wat die kliënt ervaar (14). Die simptome is nie die *probleem* nie, hulle is net die simptome van die onderliggende probleem. Dis 'n *gewoonte* om sulke simptome voort te bring vanuit 'n manier van dink, voel en handel (15). Die simptome dien as muur van beskerming (13) om te keer dat die onbewuste probleem deurbreek. Dit wil deurbreek, maar die brein laat dit nie toe nie. Met ander woorde: dit is *beter* om hierdie simptome te hê as om die *werklike probleem* (9) te hanteer, of iets *ergers* . . . wat dit ook al is. Die antwoord is om die negatiewe opvattings in die onbewuste uit te vind en op te los. Onbewustelik het die kliënt hierdie simptome *nodig* . . . maar bewustelik wil hy dit *nie hê nie*.

Byna alle medikasie wat deur 'n geneesheer voorgeskryf word, gee die kliënt verligting omdat dit die simptome behandel (16). So sal 'n anti-depressant voorgeskryf word om depressie te *behandel*. En dit kan die simptome van depressie doeltreffend verlig. Maar die anti-depressant *behandel* of *genees* nie die oorsaak nie.

As die toestand op 'n bewuste vlak met die gewone tipe psigoanalise en psigoterapie (17) aangepak word, sou daar gevra word wat die kliënt bewustelik onthou (5), wat die simptome is (14), hoe sy gewoontepatrone lyk (15) en wat die kliënt beleef (daaglikse stres, ervaringe, ensovoorts) (11), en wat hy bewustelik daarvan dink en daaroor voel. Vanweë die *breinversperring* (10) wat tussen die twee gedagtegange bestaan, is die inhoud van die onbewuste nie beskikbaar vir hierdie terapeutiese benadering nie. Dit wat op die bewuste vlak lê, het egter min te doen met die werklike onderliggende (onbewuste) probleem.

By die gebruik van Mediese hipno-analise (18) as 'n diagnostiese en terapeutiese instrument, is die hipnoterapeut 'n gids of fasiliteerder (19) wat die kliënt help om deur die versperring (10) by die onbewuste uit te kom. Die kliënt word in staat gestel om die sleutel(s) te vind, die toe deur(e) oop te maak (20), die diepste skuilplek van die onbewuste te bereik en om die stukke van die legkaart te identifiseer. Sodra hy weet wat dit is, is dit nie meer 'n probleem nie. Iets kan gedoen word om dit op te los. Sodra die werklike probleem na die oppervlak (21) gebring is, kan die bewuste, logiese en denkende gedagtegang werklik iets daaraan doen. Die hipnoterapeut se werk is om sy kennis en kliniese ervaring te gebruik om die kliënt te help om die onderliggende probleem te identifiseer en op te los, en om die kliënt deur die hele proses te lei totdat hy *gesond* is.

Afhangend van wat die onderliggende problematiek is, moet dit geneutraliseer, verander, reggestel of positief gemaak word. Noudat dit na die oppervlak gebring is en geneutraliseer is, is dit nie meer 'n probleem nie. Dis nou 'n *geneutraliseerde herinnering* en nie die kragtige, hoogs emosioneel-gelaaide, negatiewe, onbewuste boodskap of onderdrukte negatiewe ervaring wat dit oorspronklik was nie. Aan die ander kant, het die kliënt nie meer die beskerming

nodig nie en is hy vry om die simptome prys te gee. Die simptome probeer nie meer na die oppervlak kom nie, want dit is reeds daar - as 'n neutrale herinnering. Noudat die kliënt vry is om die simptome op te gee, kan die hipnoterapeut direkte suggesties (22) gebruik om die ongewenste patrone te verander en die kliënt sodoende te help om die nodige veranderinge in homself en in sy lewe aan te bring.

2.5.4 TEORETIESE ONDERBOU VAN MEDIESE HIPNO-ANALISE

Mediese hipno-analise se teoretiese onderbou is goed gefundeer. Dit rus op vier hoekstene, naamlik die tripleerde allergeenteorie, die rangorde van lewensprioriteite, diagnostiese terminologie en die toepassing van dubbele diagnoses wat in samehang met mekaar gesien moet word.

2.5.4.1 Tripleerde allergeenteorie

Bovermelde tripleerde allergeenteorie is ontleen aan die mediese model (Scott Sr., 1996: 9). Hiervolgens presenteer die menslike liggaam met geen simptome indien dit vir die eerste keer aan 'n vreemde substansie, wat vir die liggaam nadelig is, blootgestel word nie. In die persoon se bloedstroom stimuleer die vreemde substansie egter die vorming van teenliggaampies met die doel om die antigeen te neutraliseer. Nadat die antigeen geneutraliseer is, bly 'n aantal teenliggaampies in die persoon se bloedstroom teenwoordig om die persoon teen soortgelyke toekomstige infeksies te beskerm. Indien die persoon dus 'n volgende keer aan die betrokke antigeen blootgestel word, word die bestaande antigene dadelik geaktiveer om te vermenigvuldig (Scholtemeyer, 2002: 92).

Die menslike liggaam reageer op dieselfde wyse indien dit aan emosionele trauma blootgestel word: aanvanklik presenteer die kliënt met geen simptome nie, maar word die trauma tot in die onbewuste verdring. Tydens soortgelyke trauma in die toekoms, word die aanvanklike trauma ook geaktiveer en reageer die kliënt psigofisies in die hede presies soos in die verlede, aangesien die trauma in die verlede geaktiveer is deur die omstandighede of trauma in die hede

(Scott Sr., 1996: 59-60). Die eerste keer dat die kliënt aan die emosionele of fisiese trauma blootgestel word, word dit die inisiële sensitiserende gebeurtenis (ISG) genoem. Tydens die gebeurtenis is daar geen waarneembare simptome nie. Die volgende keer dat die kliënt aan 'n soortgelyke psigofisiese trauma blootgestel word, word dit die simptoom-produserende gebeurtenis (SPG) genoem. Die daaropvolgende keer dat die kliënt aan soortgelyke emosionele trauma blootgestel word, word dit die simptoom-intensiverende gebeurtenis (SIG) genoem (Scholtemeyer, 2002: 93). Daar kan egter meer as een simptoom-intensiverende gebeurtenis wees (Scott Sr., 1996: 60).

In terme van Mediese hipno-analise beteken dit dat indien 'n kliënt as fetus of baba (dit wil sê pre-, peri-, of postnataal) 'n traumatiese gebeurtenis beleef het, bovermelde as die inisiële sensitiserende gebeurtenis figureer, byvoorbeeld tydens 'n moeilike geboorte. Indien daar verskeie sulke gebeurtenisse plaasvind, byvoorbeeld indien 'n kind seksueel gemolesteer word, word dit die inisiële sensitiserende periode genoem. Bewustelik weet die kliënt nie wat die inisiële sensitiserende gebeurtenis behels nie, want dit figureer onbewustelik (Scholtemeyer, 2002: 93).

'n Latere traumatiese gebeurtenis wat dieselfde emosionele of fisiese assosiasie meebring, staan dan as die simptoom-produserende gebeurtenis bekend en kan bewustelik of onbewustelik figureer. Hierdie gebeurtenis kan ook die presipiterende faktor genoem word, aangesien die kliënt soms meld dat hy kan onthou dat hy die simptoom het vandat hy byvoorbeeld in 'n ongeluk betrokke was (Scholtemeyer, 2002: 93). Soms kan die kliënt egter nie sodanige assosiasie maak nie en berus dit by die terapeut om sodanige assosiasie te maak en tydens regressies terapeuties aan te wend.

Die simptoom-intensiverende gebeurtenisse figureer bewustelik en kan toeneem in intensiteit en speel gewoonlik 'n aanleidende rol daartoe dat die kliënt hulp begin soek (Scott Sr., 1996: 59).

Die drie kerngebeurtenisse van die tripleerde allergeenteorie kan soos volg saamgevat word (Geer, 2000: 117-118; Modlin, 1999b: 14; Roets, 2001: 73-75; Scott, 1993: 69; Zelling, 1995: 54):

- **Die inisiële sensitiserende gebeurtenis (ISG)**

- kan gewoonlik nie bewustelik onthou word nie;
- maak die persoon sensitief vir verdere insidente;
- is nie altyd maklik opspoorbaar nie; en
- verteenwoordig die oorsaak van die probleem wat 'n aangeleerde emosionele respons daarstel vir toekomstige probleemhantering.

- **Die simptoom-produserende gebeurtenis (SPG)**

- kan gewoonlik bewustelik onthou word;
- is die tweede emosioneel-intensiverende gebeurtenis wat simptome veroorsaak; en
- hou nie noodwendig verband met die inisiële sensitiserende gebeurtenis nie.

- **Die simptoom-intensiverende gebeurtenisse (SIG)**

- kan altyd bewustelik onthou word;
- kan oor 'n lang tydperk voorkom;
- kan op verskillende emosioneel-intensiverende gebeurtenisse volg;
- is gewoonlik die gebeurtenisse wat 'n persoon beweeg om hulp te kry; en
- moet nie verwar word met die inisiële sensitiserende gebeurtenis of die simptoom-produserende gebeurtenis nie.

2.5.4.2 Rangorde van lewensprioriteite

Die rangorde van lewensprioriteite volgens die Mediese hipno-analise-model, rangeer die mens se oorlewingsbehoeftes of -waardes (intuïtiewe lewens-

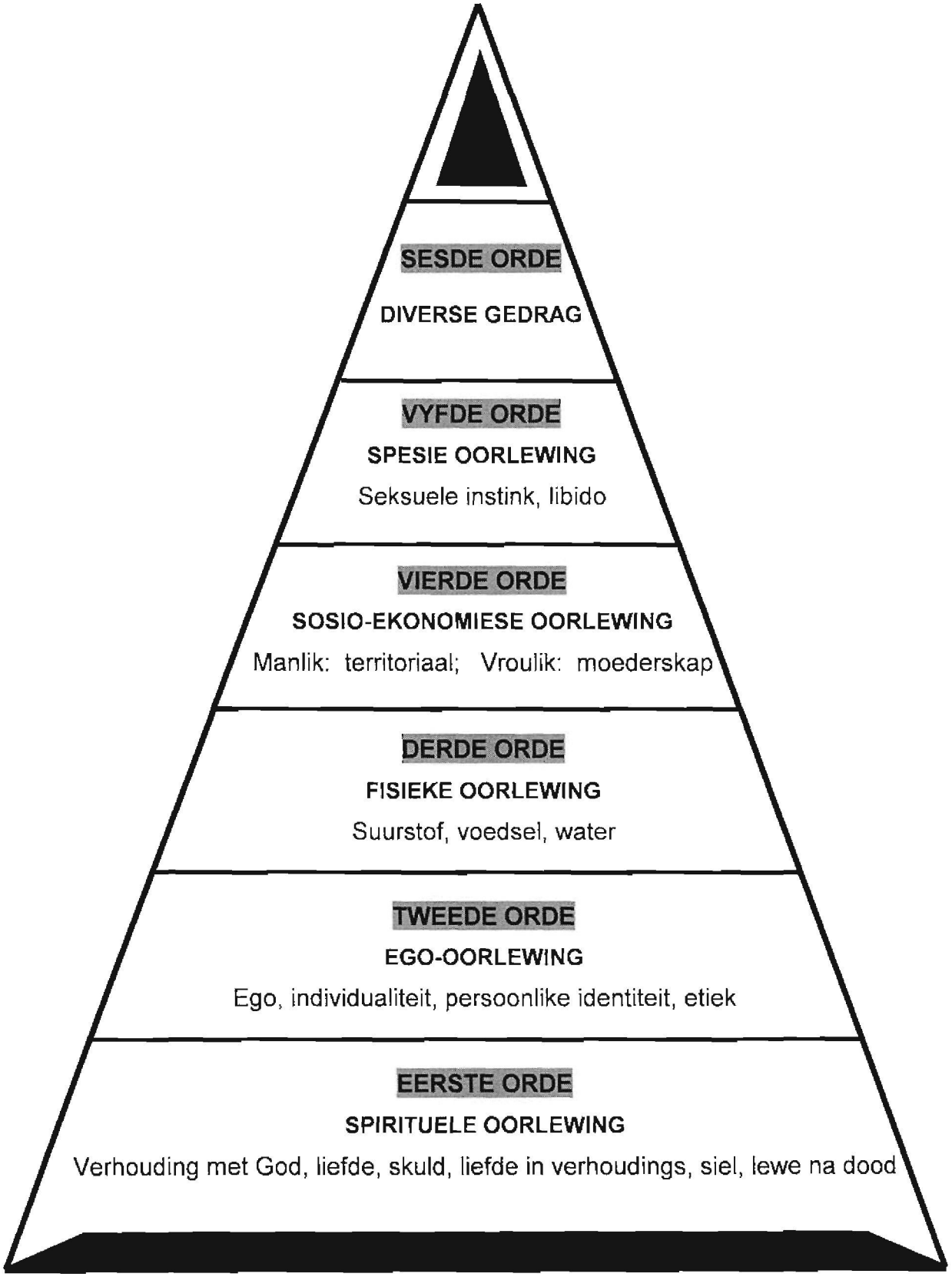
prioriteite) vanaf die eerste orde, naamlik spirituele oorlewing tot die sesde orde van diverse gedrag. Spirituele oorlewing op die eerste orde stel die mens se mees basiese, fundamentele behoeftes vir oorlewing voor. Die kategorie van diverse gedrag op die sesde orde stel dié behoeftes voor wat die minste belangrik is en dus die laagste prioriteit geniet. Die rangorde van lewensprioriteite (Roos, 1998: Ongepubliseerd), waar die eerste rangorde van spirituele oorlewing die basis vorm vir menslike oorlewingsbehoeftes, word grafies voorgestel in **FIGUUR 2.3**.

Oorlewing is van primêre belang vir die voortbestaan van lewe. As gevolg van 'n voortdurende stryd om oorlewing, kies 'n mens se onbewuste, as verdedigingsmeganisme teen trauma, altyd 'n simptoom om die individu te beskerm (Scott Sr., 1996: 63). 'n Mens se onbewuste kies altyd die weg van die minste traumatiese effek as uitdrukking van die onderliggende trauma. Scott Sr. (1996: 73) verklaar verder dat die oorsprong van die trauma altyd op 'n hoër orde van die rangorde van lewensprioriteite is as die betrokke simptoom self. Die onbewuste konseptualiseer dus as volg: Ek word bedreig en moet oorleef. Dus gee ek liewer iets van minder belang prys, sodat ek steeds kan oorleef.

Wanneer 'n adolessent dus presenteer met 'n swak selfbeeld (simptoom verskyn op die tweede orde), kan die oorsaak daarvan gevind word op 'n hoër orde, wat dus die eerste orde veronderstel. Die oorsaak van die adolessent se swak selfbeeld kan die gevolg wees van onopgeloste skuldgevoelens, gevoelens van verwydering van God, verlies van liefde, die belewing van betekenisloosheid van die lewe, ens.

Die oorsprong van adolessente-trauma lê waarskynlik op die eerste drie rangordes van lewensprioriteite, aangesien dit volgens ouderdom en ontwikkeling betrekking het.

FIGUUR 2.3: RANGORDE VAN LEWENSPRIORITEITE



Indien die adolessent aan seksuele trauma blootgestel is of steeds word, kan sy spesie-oorlewing ook bedreig word op die vyfde rangorde van lewensprioriteite. Ego-oorlewing, wat voorkom op die tweede rangorde van lewensprioriteite (vgl. 2.5.4.2 (b)), speel veral 'n belangrike rol in adolessente se emosionele volwassewordingsproses. Die adolessent se ego-oorlewing word veral bedreig deur die Ponce de Leon-sindroom en die identiteitsversteuringsindroom wat albei voorkom op die tweede rangorde van lewensprioriteite. Ego-oorlewing veronderstel dat die persoonlikheid in staat is om selfstandige keuses te doen, aan te pas ten opsigte van die omgewing en sodoende die individu te help met die hantering van die werklikheid (Meyer *et al.*, 1993: 155).

Een van die belangrikste funksies van die ego is om die ontwikkelingstake wat gekoppel is aan die lewenspan van die mens te bemeester (Meyer *et al.*, 1993: 159; Phares, 1992: 320). Tydens adolessensie is die belangrikste ontwikkelingstaak volgens Erikson (1995: 235) die vaslegging van 'n eie identiteit. Identiteitsekerheid rus die individu toe vir ego-oorlewing in die toekoms. Die Ponce de Leon-sindroom en die identiteitsversteuringsindroom kan die ego verhinder om sy ontwikkelingstaak, wat in adolessensie die behoud en voortbestaan van identiteit is, te bemeester. Gevolglik kan die individu presenteer met 'n negatiewe en/of geremde ontwikkelingsuitkoms wat gekenmerk kan word deur identiteitsdiffusie, minderwaardigheid, 'n gebrek aan selfkennis en rolverwarring (Erikson, 1995: 235). Die negatiewe en/of geremde ontwikkelingsuitkomste van die adolessente-fase kan op emosionele weerloosheid uitloop en veroorsaak dat die adolessent aan verskeie vorme van destruktiwiteit en selfvernietiging toegee (Muuss, 1996: 54).

Die volgende lewensprioriteite word geïdentifiseer:

(a) Eerste orde: spirituele oorlewing

Die behoefte wat die belangrikste is ten aansien van menslike oorlewing, en daarom as die hoogste prioriteit vir die lewe geklassifiseer word, is die oorlewing van die siel ná fisiese afsterwing. Hierdie oorlewing is slegs moontlik indien die

mens in 'n intieme verhouding met 'n godheid verkeer, wat deur liefde uitdrukking vind (Scott Sr., 1996: 64). Hierdie beskouing word ondersteun deur die siening van antropoloë dat een van die mees fundamentele behoeftes van die mens vergestalt word in sy noodsaaklike behoefte aan 'n verhouding met 'n hoër mag. In bovermelde verhouding met 'n hoër mag of 'n godheid, wat deur die Christene as God gekonseptualiseer word, is 'n basiese begrip van dít wat reg en verkeerd is, met ander woorde 'n begrip van regverdigheid, van belang (Scott Sr., 1996: 64). Hierdie begrip van wat reg en verkeerd is, lê die grondslag vir die belewenis van skuldgevoelens, wanneer 'n mens die persepsie koester dat iets verkeerd gedoen is en wat 'n mens se gewete genoem kan word.

Vanuit Christelike perspektief word God beskou as die outeur van die mens se etiese en morele standaarde. Die stabiliserende invloed van 'n gesonde verhouding met God op 'n mens se lewe kan nouliks onderskat word. Die prognose vir 'n ateïs is dus skraal, aangesien hierdie stabiliserende verhouding ontbreek. Werklike vrede met God is dus noodsaaklik vir psigiese welsyn. Indien hierdie vrede ontbreek, funksioneer hy binne 'n eksistensiële vakuum, aangesien vrede met God sin gee aan 'n mens se bestaan (Scholtemeyer, 2002: 95). Die hoogste vlak van menslike vervulling is dus sy vermoë om liefde te gee en te ontvang, en dit kan beskou word as 'n teken van religieuse volwassenheid (Scott, 1993: 76). Soos 'n mens ouer word, sy seksuele libido afneem en sy fisiese toestand verswak, neem sy spirituele drang om oorlewing deur middel van sy geloofsuiting toe (Scott, 1993: 76-77).

(b) Tweede orde: ego-oorlewing

Die mens se behoefte aan ego-oorlewing is nou verwant aan sy spirituele oorlewing. Die verhouding van 'n mens met sy omgewing het 'n invloed op sy unieke konsep van sy eie identiteit en individualiteit, wat as sy ego gekonseptualiseer kan word. Die konsep van 'n mens se eie identiteit en individualiteit bepaal grootliks 'n mens se voor- en afkeure ten aansien van elke faset van menslike funksionering (Scott Sr., 1996: 67).

'n Mens se ego of identiteit kan pre-nataal, post-nataal of tydens 'n mens se kinderjare bedreig word, of selfs ernstig geskaad word deur 'n kombinasie van emosionele en fisiese deprivasie of trauma. Dit kan gebeur met die aanvaarding van 'n konsep van verwerping tydens geboorte, onvoldoende emosionele of fisiese sorg, die foutiewe vestiging van 'n identiteit, dominerende ouers, die weerhouding van ondersteuning of die ontneming van noodsaaklike sekuriteit in die huisgesin, verwerping deur vriende of die onvermoë om akademies te presteer (Scott, 1993: 77). Tydens laasgenoemde situasies kan 'n mens se egokragte sodanig afneem dat hy feitlik nie meer 'n lewensdoel het om na te streef nie.

Wanneer 'n mens se ego op een of meer van bovermelde wyses bedreig word, kan simptome onder andere as verdedigingsmeganismes presenteer op 'n laer vlak van die rangorde van lewensprioriteite wat nie so fundamenteel is as die oorlewing van die menslike gees of ego nie, byvoorbeeld angsversteurings, selfdestruktiewe gedrag, psigofisiese versteurings, verhoudingsproblematiek, seksuele disfunksie, fobies, en dies meer (Jordaan & Jordaan, 1998: 584-585). Dit is belangrik om daarop te let dat al die simptome van minder belang is as spirituele of ego-oorlewing (Scholtemeyer, 2002: 97; Scott, 1993: 78).

Soos reeds gemeld is die primêre ontwikkelingstaak tydens adolessensie die verwerwing van 'n eie identiteit (Erikson, 1995: 235). Dit sluit aan by ego-oorlewing wat volgens Mediese hipno-analise gekonseptualiseer kan word as die adolessent se behoud en die voortbestaan van die eie identiteit en individualiteit. Indien die adolessent identiteitsekerheid het, kan sy ego oorleef. Die evaluering van die selfidentiteit laat die selfkonsep ontstaan. Volgens Hogan (in Jacobs & Vrey, 1982: 40) word die ego bedreig wanneer ervarings beleef word wat nie in ooreenstemming met die selfkonsep is nie (Muuss, 1996: 51).

Ego-integrasie word weerspieël deur Faktor C van die Hoërskoolpersoonlikheidsvraelys (vgl. 4.5.4.2 (c)) wat in hierdie navorsing as meetinstrument gebruik word. Faktor C verwys spesifiek na die adolessent se egokragte in terme van egosterkte en egoswakheid. Volgens die Hoërskoolpersoonlikheidsvraelys word

egosterkte gekonseptualiseer as emosionele volwassenheid en egoswakheid as emosionele onvolwassenheid (Visser, Garbers-Strauss & Prinsloo, 1992: 25). Daarteenoor word die gebrek aan ego-integrasie weerspieël deur Skaal A (Identiteitsdiffusie) van die *"Millon Adolescent Clinical Inventory"* (Millon, 1993: 13).

(c) Derde orde: fisiese oorlewing

Die derde rangorde van lewensprioriteite vir menslike oorlewing is fisiese oorlewing. Om fisies te kan oorleef, benodig 'n mens lug, water en voedsel. Indien die beskikbaarheid van enige van die noodsaaklike elemente afneem, presenteer die individu met angs en 'n gevolglike verdedigingsmeganisme teen die angs. Indien die angs die verdedigingsmeganisme oorweldig, ontwikkel die persoon 'n simptoom wat dan die funksie het om die persoon te help om die angs te hanteer (Meyer *et al.*, 1993: 98). Indien die hantering van die angs op dié wyse onsuksesvol is, presenteer die kliënt met 'n paniekversteuring (Scott, 1993: 78). Die persoon se onbewuste aanvaar 'n suggestie wat dui op die moontlikheid van afsterwing. Nadat 'n kliënt dus sodanige doodsbelewenis gehad het, byvoorbeeld na 'n ongeluk, 'n operasie of siekte, kan die kliënt presenteer met hiperaktiwiteit of kompulsiewe gedrag, as teken aan die kliënt se onbewuste dat hy steeds leef. Depressie kan ook as simptoom presenteer, aangesien die kliënt self deur 'n tyd van rou gaan as gevolg van die persepsie dat hy gesterf het (Scholtemeyer, 2002: 98; Scott, 1993: 78).

(d) Vierde orde: sosio-ekonomiese oorlewing

Ten aansien van 'n mens se sosio-ekonomiese oorlewing blyk dit dat daar 'n duidelike verskil is tussen die man en die vrou se lewensprioriteite.

Scott Sr. (1996: 78) stel dit dat mans hoofsaaklik 'n territoriale gebiedsafbakening as prioriteit binne hierdie orde het. Die man het die behoefte om te werk en vir sy vrou en kinders te sorg deur huisvesting te verskaf, maar ook op ander wyses in hulle behoeftes te voorsien (Scott, 1993: 79). By die man neem

sy territoriale instink 'n hoër prioriteit aan as sy seksuele libido. 'n Man se seksuele dryfkrag kan byvoorbeeld afneem, geïnhibeer word of hy kan impotent raak indien sy vermoë om vir sy gesin te sorg, bedreig word deur beroeps- of finansiële onsekerheid (Scholtemeyer, 2002: 99).

Die vroulike ekwivalent hiervan is die vrou se moederlike instink om kinders in die lewe te bring en dus die nageslag voort te sit. Net soos by die man, word die vrou se ekspressie van hierdie behoefte deur kulturele verskille en vooruitgang beïnvloed (Scott, 1993: 79); tog blyk dit dat 'n vrou se moederlike instink universeel by die meeste vroue voorkom, ongeag hul beroep- of huwelikstatus. Die vrou se moederlike instink neem 'n hoër prioriteit in as byvoorbeeld sukses in haar beroep en haar verhouding met die teenoorgestelde geslag (Scott, 1993: 79).

(e) Vyfde orde: spesie-oorlewing (seksuele instink)

Vir die menslike spesie om te oorleef, is dit nodig dat die man vir sy gesin sorg deur 'n veilige ruimte (tuiste) te skep, maar ook op ander maniere vir sy gesin te sorg en in hul behoeftes te voorsien. Die vrou het egter die behoefte om kinders te hê en dus 'n nageslag te verseker. Hierdie gesamentlike poging om 'n nageslag te verseker, is slegs moontlik deur middel van seksuele omgang. 'n Mens se seksuele libido word dus verteenwoordig op die vyfde rangorde van lewensprioriteite (Scott, 1993: 80).

Waar seksuele disfunksie presenteer, moet ondersoek ingestel word na verskeie bronne, aktiwiteite of waardestelsels wat kan inmeng met 'n gesonde seksuele verhouding. Indien 'n kliënt dus presenteer met 'n seksuele disfunksie wat van psigologiese oorsprong is, is dit nodig dat die sielkundige die meer fundamentele rangordes van lewensprioriteite (orde een tot vier) ondersoek, sodat die onbewuste oorsaak van die patologie bepaal en gehanteer kan word.

(f) Sesde orde: diverse gedrag

Die sesde orde is 'n groepering van allerlei patologiese gedrag wat nie die gevolg is van problematiek op die eerste vyf rangordes van 'n mens se lewensprioriteite nie. Gedrag wat toegeskryf kan word aan kulturele beïnvloeding, kondisionering en verskillende gedragspatrone wat onder meer naelsbyt, substansieafhanklikheid en obesiteit kan insluit, word binne die sesde orde geakkomodeer (Scholtemeyer, 2002: 114).

2.5.4.3 Diagnostiese terminologie

Bewuste diagnoses is beskrywend van die kliënt se huidige emosionele toestand en in dié verband kan die *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* geraadpleeg word. Scott (1993: 83) wys egter op uitgebreide navorsing wat daarop dui dat die simptomatiese klassifikasiesisteem, soos dit vandag vry algemeen toegepas word aan die hand van die *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV-TR), ten aansien van psigologiese diagnosering weinig waarde het. Hy meld dat verskillende psigiaters en sielkundiges dieselfde kliënt dikwels verskillend diagnoseer en dat die kliënt in elk geval slegs geëtiketteer word, sonder dat daar veel effektiewe terapeutiese hulp aangebied word. Scott (1993: 84) meld ook dat sielkundiges en kliënte in elk geval meen dat die prognose vir die meeste sielkundige patologie baie skraal is en dat die kliënt in baie gevalle slegs gehelp kan word om sy patologie te aanvaar en daarmee saam te leef.

Scott (1993: 84) stel dus voor dat die simptomatiese klassifikasiesisteem uitgebrei word na 'n nuwe diagnostiese sisteem wat 'n dubbele diagnose behels. In dié verband word 'n bewuste diagnose en 'n onbewuste diagnose onderskei. Die onbewuste diagnose wys die oorsaak, meestal op onbewuste vlak, van bovermelde simptomatologie uit. Hierdie onderliggende diagnoses hou direk verband met die belangrikheid van oorlewing in terme van die rangorde van lewensprioriteite (Scholtemeyer, 2002: 102). Volgens Scott (1993: 84) is dit die taak van die sielkundige of terapeut om so vroeg moontlik tydens terapie vas te

stel wat die onbewuste diagnose is. In die meeste gevalle sal die kliënt nie die onbewuste faktore wat 'n rol speel by die onbewuste diagnose, kan uitwys nie en daarom is dit die taak van die sielkundige of terapeut om dit te doen.

Die aard van die bedreiging is gewoonlik onopgeloste konflik, 'n verliesbelewenis en 'n bedreiging vir spirituele, ego- of fisiese oorlewing (Scott, 1993: 71). Kearns (in Scott Sr., 1996: 76) beklemtoon die feit dat 'n mens tydens sy lewe verskeie verliese tydens verskillende lewensfases moet hanteer. Eerstens is daar die verlies aan die baarmoeder tydens die geboorteproses, dan die verlies aan die moeder se bors wanneer die baba gespeen word, die verlies aan die moeder as die kind skool toe gaan, die verlies van die kinderjare, die verlies aan 'n huis en familie wanneer 'n mens die huis verlaat om met 'n beroep te begin, 'n verlies aan 'n mens se kinders as hulle die huis verlaat en 'n verlies aan die lewe self by afsterwing.

Bogenoemde verliese en/of skeiding presenteer in verskillende omstandighede, en afhangend daarvan, kan die individu beleef dat sy voortbestaan bedreig word. Die bedreiging of onopgeloste konflik word geïdentifiseer met behulp van die onbewuste diagnoses op die rangorde van lewensprioriteite. Die diagnoses word vervolgens uiteengesit soos dit voorkom op die mees fundamentele orde tot die minder belangrike ordes van oorlewing.

(a) Diagnoses op die eerste orde: spirituele oorlewing

Op die eerste orde is daar vier moontlike primêre diagnoses, naamlik die skuldsindroom, Persephone-sindroom, skeidingsangssindroom (van 'n geliefde) en eksistensiële vakuum-sindroom.

(i) Skuldsindroom

Ritzman (1990: 153) beskryf die skuldsindroom as moontlik die belangrikste van al die sindrome. Skuldgevoelens met die gepaardgaande behoefte om jouself te straf, presenteer tydens 'n hoë persentasie van psigiese en psigofisiese

patologie. Ritzman (1993: 11) merk tereg op: *"Hoe groter die vrees vir straf, hoe erger is die skuldgevoelens."* Dit is belangrik om te onderskei tussen werklike en neurotiese skuldgevoelens. Die bewuste diagnose kan in dié verband wissel van obsessiewe-kompulsiwiteit, depressie, angsversteuring, 'n swak selfkonsep, hooploosheid, sosiale isolasie en selfs Godverlatenheid. Die onbewuste diagnose kan die skuldsindroom wees (Scott Sr., 1996: 77).

(ii) Persephone-sindroom

Bryan Jr. (1987: 66-67) verduidelik dat Persephone volgens die Griekse mitologie elke jaar drie maande bo die grond gelewe het. Díe simptoom presenteer indien 'n kliënt sekere periodes of seisoene van die jaar depressief is, ongeag hul omstandighede.

Bryan meld ter illustrasie hiervan 'n gevallestudie van 'n vrou wat elke jaar nege maande lank depressief was. Haar bewuste diagnose was onder andere dié van maniese-depressie en post partum-psigose. Haar onbewuste diagnose was dié van 'n lewende-lyk-sindroom. Tydens hipnoterapie het dit geblyk dat haar simptoom-produserende gebeurtenis die geboorte van haar eerste kind was. Hierdie kind was vir sy ma baie mooi, maar sy is oorweldig met skuld vanweë 'n vroeëre aborsie en die skielike besef van watter mooi kind sy kon gehad het as sy nie 'n aborsie ondergaan het nie. Repressiewe skuld het gelei tot die lewende-lyk-sindroom wat elke jaar nege maande lank haar swangerskap gedupliseer het. Wanneer kindergeboorte die simptoom-produserende of simptoom-intensiverende gebeurtenis is, moet daar altyd gekontroleer word of daar nie 'n vorige aborsie was nie, veral in ons land waar aborsies nou wettig is (Scholtemeyer, 2002: 106).

(iii) Skeidingsangssindroom

Skeidingsangs begin gewoonlik as die baba van sy moeder geskei word net na geboorte (Ritzman, 1987: 108) en is dus die resultaat van 'n verlies aan liefde as gevolg van een of ander vorm van skeiding deur die afsterwe van 'n geliefde, of emosionele of fisiese skeiding, wat lei tot die belewenis van onsekerheid. Hierdie

onsekerheid word diagnosties deur baie professionele persone beskou as 'n vorm van depressie wat manifesteer. Die kliënt leef egter in die konstante vrees vir verdere bedreiging, al het die skeiding nie werklik gebeur nie (Scott, 1993: 88).

(iv) Eksistensiële vakuum-sindroom

Die term *eksistensiële vakuum* wat deur Frankl versin is, dui volgens Scott (1993: 88), op die belewenis van betekenisloosheid en doelloosheid. Volgens Frankl (1986: 29) doen elke individu 'n keuse ten aansien van sy eie waardesisteem, wat grootliks gebaseer is op die bepaalde individu se geloofsbelewenis. Dit impliseer onder andere dat elke mens onvoorwaardelike geloof in sy onvoorwaardelike betekenis moet hê. Wanneer 'n kliënt dus meld dat hy dit oorweeg om selfmoord te pleeg omdat hy geen doel in die lewe meer het nie, meld hy uitdruklik dat hy nie weet wie hy is nie (orde 2), of dat die lewe om een of ander rede, in terme van sy geloofsbelewenis, nie meer 'n doel het nie (orde 1). Volgens Frankl (1986: 28) vind die soeke na die sin in die lewe gewoonlik plaas tydens adolessensie. Wanneer 'n persoon egter aan trauma blootgestel is, kan hierdie soeke ook eers later in sy lewe manifesteer.

(b) Diagnoses op die tweede orde: ego-oorlewing

Op die tweede orde is daar vier moontlike primêre diagnoses, naamlik die identiteitsversteuringsindroom, Aspoestertjie-sindroom, foutiewe identifisering-sindroom en die Ponce de Leon-sindroom.

(i) Identiteitsversteuringsindroom

Volgens Scott (1993: 78) presenteer die identiteitsversteuring met belewenisse dat die kliënt nie weet wie hy is en wat sy taak hier op aarde is nie (uitgesluit 'n geestelike perspektief). Ritzman (1982: 17) meld in hierdie verband: *"It is a lack of mature personality because of a subconscious unawareness of the true origin of life and its purpose."* Ritzman (1982: 109) wys daarop dat die inisiële sensitiserende gebeurtenis ten aansien van die identiteitsversteuring gewoonlik

pre- of peri-nataal voorkom, maar dat verwerping tydens die suigelingstadium gedeeltelik daartoe kan lei. Dus kan alkoholisme, sosiopatie en dwelmmisbruik ook as bewuste diagnose presenteer. 'n Geslagsrolonsekerheid presenteer ook soms as 'n identiteitsversteuring (Scott, 1993: 78). Die gebrek aan identifikasie met 'n ouerlike figuur kan, net soos die internalisering van die patologie van 'n ouerlike figuur, as 'n identiteitsversteuring presenteer.

(ii) Aspoestertjie-sindroom

Hierdie sindroom presenteer wanneer daar by die kliënt onderliggende onopgeloste geslags- of rolkonflik voorkom, maar ook 'n intra-psigiese konflik tussen afhanklikheid en onafhanklikheid van 'n prominente ander persoon in sy lewe. Hierdie sindroom het vroeër meer by vroue gepresenteer (Scott Sr., 1996: 78) toe hul rol van huisvrou na werkende vrou verskuif het, maar in ons land se huidige posisie, waar die vrou in baie gevalle die broodwinner word en die man soms werkloos is of die huiswerk doen, kan dit ook meer en meer by mans voorkom.

(iii) Foutiewe identifiseringsindroom

Volgens Scott Sr. (1996: 78) is die foutiewe identifiseringsindroom 'n spesifieke vorm van identiteitsversteuring. Hy beskryf die diagnose aan die hand van 'n bepaalde gevallestudie waar 'n agtienjarige jong man presenteer met 'n bewuste diagnose van neurotiese depressie. Hy was net soos sy moeder depressief vanaf die ouderdom van twaalf jaar toe sy vader, wat 'n loods was, in 'n vliegtuigongeluk oorlede is. Tot en met sy pa se dood en selfs daarna het baie mense vir hom gesê dat hy net soos sy pa is. Vir hom as kind het dit beteken dat hy net soos sy pa 'n loods sou word en in 'n ongeluk sou sterf. Daarom het hy hom hoofsaaklik met sy ma, wat depressief was, geïdentifiseer, om op dié wyse te voorkom dat hy as loods opgelei word, om te bewys dat hy nie net soos sy pa is nie (Scholtemeyer, 2002: 108). Tydens terapie het hy die suggestie aanvaar dat hy nie soos sy pa of ma hoef te wees nie: hy kan net homself wees. Op dié wyse is sy foutiewe identifikasie opgelos.

(iv) Ponce de Leon-sindroom

Die identifisering en terapeutiese hantering van die Ponce de Leon-sindroom, binne die Mediese hipno-analise-raamwerk, dien die doelwit van terapie, naamlik, om die oorsaak van die huidige simptome op te spoor en op te los (vgl. 4.6.1.1). Volgens die onbewuste diagnose van die Ponce de Leon-sindroom word die oorsaak onderliggend aan onvolwassenheid gesien as 'n stilstand of remming in die fisiese en/of emosionele ontwikkeling van die individu (Modlin, 1999a: 90). Onvolwassenheid word beskou as 'n risikofaktor vir emosionele weerloosheid. Die hantering en opheffing van die Ponce de Leon-sindroom veronderstel dat die individu se emosionele volwassewording in beweging gebring word (Modlin, 1999a: 91; Ritzman, 1987: 102).

William J. Bryan het die benaming *Ponce de Leon* reeds in 1964 aan hierdie sindroom gekoppel (Ritzman, 1987: 101) nadat 'n vrou, La Vieja, vir Ponce de Leon versoek het om haar te help soek na haar man en broers wat in 'n kano weggevaar het op soek na die sogenaamde fontein van ewige jeug. Sy het geglo haar man het die fontein gevind, weer jonk geword en van haar vergeet. Ponce de Leon het ingestem om haar behulpsaam te wees; hy het met drie skepe vertrek, maar ongelukkig nooit die fontein gevind nie. Volgens oorlewering het die skeepskaptein die vrou verdrink met die woorde dat sy nie jonger sal word nie, maar dat hy ten minste sal toesien dat sy nie ouer word nie. Ponce de Leon het nooit die wonderfontein gevind nie, maar volgens Scott Jr. (1991: 56) tree sekere kliënte, figuurlik gesproke, op asof hulle op 'n vroeëre stadium in hulle lewe van die wonderwater gedrink het, en daarom het hulle proses van emosionele volwassewording gefikseer of verstadig. Hulle emosionele en chronologiese ouderdom korreleer dus nie positief nie en hulle is derhalwe nie in staat om effektief te reageer op die eise en probleme van hul omgewing nie (Bryan, 1987: 89; Scott Jr., 1991: 56; Scott Sr., 1996: 80).

Wanneer aandrang vanaf die omgewing 'n respons van die individu vereis wat bo sy vermoë is, ervaar hy 'n gevoel van verlies of mislukking en kan hy dalk die verantwoordelikheid vir die mislukking toeskryf, nie aan die omstandighede nie,

maar aan homself. Hy het nie in hierdie besondere geval misluk nie, maar is oor die algemeen 'n mislukking. Dan voel die individu klein, ontoereikend, onbekwaam en onwaardig. Hierdie emosies pas by die kind wat 'n aktiwiteit aanpak waarvoor hy nog nie sterk genoeg of groot genoeg of vaardig genoeg is om dit uit te voer nie. Die Ponce de Leon-sindroom gee te kenne dat die individu 'n wêreldbeskouing aanvaar het waarin hy homself sien as oor die algemeen ontoereikend of kinderlik. Dit beteken dat sukses in die lewe beskou word as onmoontlik. Hierdie beskouing is in direkte teenstelling tot die psigoanalitiese definisie van volwassenheid: *". . . the acceptance of delayed gratification in the service of future goals"* (Scott Jr., 1991: 56).

Die Ponce de Leon-sindroom ontstaan ook wanneer die onbewuste die suggestie aanvaar dat die persoon doodgaan of doodgegaan het tydens 'n fisies-lewensbedreigende krisis (byvoorbeeld 'n ongeluk of operasie) of tydens 'n emosioneel-lewensbedreigende krisis (byvoorbeeld 'n liefdesteleurstelling of die dood van 'n geliefde). Ritzman (1990: 153) stel dit dat die trauma verbonde aan die beleefde bedreiging, 'n remming in die groei na emosionele volwassewording veroorsaak. Hierdie kliënt se onvolwassenheid word dikwels bevestig deur sy kleredrag, houding, woorde of optrede (Lowies, 1994: 58).

Volgens Ritzman (1987: 115) kan die Ponce de Leon-sindroom ook die gevolg wees van 'n gebrek aan pre-natale liefde vanaf die moeder of 'n suggestie wat per ongeluk tydens hipnose aanvaar is (Bryan, 1987: 97; Ritzman 1987: 102) of dat die kind ontneem is van ondervindings of leervaardighede wat noodsaaklik is vir sy emosionele volwassewording (Ritzman, 1987: 115). Die persoon se denke en/of optrede is in daardie vlak opgesluit in so 'n mate dat, tydens sy volwassenheid jare daarna, die denkpatrone en optrede wat hom vergesel, kenmerkend van die kind is (Scott Sr., 1996: 81). Hierdie begrip is ook in Freud se teoretiese benadering teenwoordig. Freud het 'n hoogs gestileerde teorie van volwassenheid in sy psigoseksuele fases van ontwikkeling ontplooi. Sy aanname, dat die kliënt as gevolg van trauma, na 'n vroeër stadium van ontwikkeling regresseer, is identies met die beskouing wat hier bespreek word (Scott Jr., 1991: 56).

Ritzman (1987: 101) wys op die verskil tussen die onvolwasse persoonlikheid (Ponce de Leon-sindroom) en onvolwasse gedrag wat soms sporadies voorkom by 'n andersins normale persoonlikheid. Laasgenoemde is, volgens Ritzman (1987: 102), die gevolg van verdronge emosionele trauma wat deur gebeure in die hede geaktiveer word. Die kliënt se persoonlikheidsontwikkeling is egter nie soos in die geval van die Ponce de Leon-sindroom gerem nie. Ritzman (1987: 104) gaan van die standpunt af uit dat selfliefde die hoeksteen van 'n volwasse persoonlikheid is. Volgens Ritzman (in Geer, 2000: 113) word 'n volwasse persoonlikheid gekenmerk deur volwassenheid ten aansien van al drie die komponente van menslike funksionering, naamlik liggaam, verstand en gees:

- Die menslike liggaam moet gevoed en goed versorg word deur byvoorbeeld gereeld oefening te doen.

- Verstandelike volwassenheid impliseer die somtotaal van al die kennis wat die persoon van sy ouers, onderwysers en byvoorbeeld die media gekry het, maar ook al die ander ondervinding wat opgedoen is. Hierdie somtotaal van onderrig en ondervinding moet dan prakties toegepas word.

- Vir 'n mens se gees om volwasse te wees, word meer as net fisiese of rasionele volwassenheid vereis. Dit vereis eerstens 'n bewuswording van die self in terme van die plek van die mens self binne die saambindende liefde van God in sy groot heelal. Dit is dus 'n bewuswording van God se liefde binne die mens self. Hierdie bewuswording, wat liefde vir 'n mens self impliseer, is egter afhanklik van die hoeveelheid liefde wat die mens vanaf konsepsie ontvang het. Slegs indien hierdie bewuswording van God se liefde binne 'n mens suksesvol is, kan naasteliefde openbaar word.

Die terapeutiese hantering van die Ponce de Leon-sindroom behels die identifisering van die ontbrekende boustene op pad na volwassenheid, verwydering van onderliggende vrese en die hantering van onbewuste suggesties wat deur die kliënt aanvaar is (Ritzman, 1987: 102).

(c) Diagnoses op die derde orde: fisiese oorlewing

Op die derde orde is daar drie moontlike, primêre diagnoses, naamlik die lewende-lyk-sindroom, die doodsverwagtingsindroom en die geboortever-smoringsindroom.

(i) Lewende-lyk-sindroom

Die lewende-lyk-sindroom sinspeel daarop dat 'n individu 'n doods- of naby doodsbelewenis gehad het op fisiese of emosionele vlak. Die lewende-lyk-sindroom presenteer dus by kliënte ná die persepsie van bedreiging of die werklike bedreiging van hul lewe. Kortliks kom dit daarop neer dat 'n mens se onbewuste die nadelige suggestie aanvaar het dat dit nie die moeite werd is om verder te leef nie, dat 'n mens reeds gesterf het, of besig is om te sterf. Selfmoordpogings en -dreigemente is, net soos depressie, aanduidings van die lewende-lyk-sindroom (Scott Sr., 1996: 79).

(ii) Doodsverwagtingsindroom

Indien die kliënt, soos in die geval van die lewende-lyk-sindroom, die aanname maak dat die dood onafwendbaar is en dus presenteer met hoë angs as prominente simptoom, kan die angs in terme van die Mediese hipno-analise as vrees vir die dood getipeer word en kan die onbewuste diagnose, naamlik dié van 'n doodsverwagtingsindroom, gemaak word. In dié geval kan die doodsvrees prominent manifesteer deur simptome soos obsessiewe kompulsiwiteit en hiperaktiwiteit (Scott Sr., 1996: 79).

(iii) Geboorte-versmoringsindroom

Die geboorte-versmoringsindroom verwys na die geboorteproses waar die baba asemnood ervaar en dit derhalwe beleef dat hy doodgaan. Oorsake wat aanleiding gee tot geboorte-trauma sluit onder meer die volgende in: veranderinge in die chemiese samestelling van die baba se bloed, druk en

distorsie van die baba se kop tydens die geboorteproses en verlies van die moeder se lewensondersteuningsisteem (Ritzman, 1990: 152). Die baba kan met woede, angs of vrees reageer op die gevoel van versmoring (Modlin, 1999a: 16, 110-111, 123).

Ter illustrasie van laasgenoemde hoë angs tydens die lewende-lyk-sindroom, die doodsverwagtingsindroom en die geboorte-versmoringsindroom, verduidelik Scott Sr. (1996: 80) dat daar op onbewuste vlak altyd 'n drang is om te bly leef, amper asof die onbewuste die kliënt dryf om te bewys dat hy leef, ondanks die aanvaarding (in mindere of meerdere mate) dat hy kan sterf. In dié geval dien die simptome tydens die lewende-lyk-sindroom, die doodsverwagtingsindroom en die geboorte-versmoringsindroom dan as 'n bewys van lewe. Bogenoemde ambivalensie tussen 'n doodsdrang (tanatos) en 'n drang om te bly leef (eros), is vroeg reeds deur Freud geïdentifiseer en is in die meeste mense teenwoordig (Scott, 1993: 80).

(d) Diagnoses op die vierde orde: sosio-ekonomiese oorlewing

Op die vierde orde is daar drie primêre diagnoses, naamlik huwelikswan-aanpassing, huweliksneurose en die neurotiese huweliksmaat.

(i) Huwelikswanaanpassing

Huwelikswanaanpassing verwys na konflik tussen huweliksmaats, gewoonlik as gevolg van misverstande en onkunde. Die oorsake van die konflik is gewoonlik maklik identifiseerbaar en kan ook relatief maklik suksesvol gehanteer word. Albei die huweliksmaats is in dié verband psigologies goed aangepas en emosioneel volwasse (Scott Sr., 1996: 80-81).

(ii) Huweliksneurose

In dié verband het albei die huweliksmaats 'n normale persoonlikheidsame-stelling, maar die interaksie tussen die twee mense lei tot 'n botsing tussen hul

persoonlikhede wat die huwelik negatief beïnvloed. Onbewuste faktore is egter gewoonlik die inisiële sensitiserende gebeurtenis wat aanleiding gee tot die konflik. Vir die beste prognose is dit nodig dat die inisiële sensitiserende, maar ook die simptoom-produserende en simptoom-intensiverende gebeurtenisse (wat gewoonlik die huweliksproblematiek is) geïdentifiseer en gehanteer word (Scott Sr., 1996: 81).

(iii) Neurotiese huweliksmaat

Indien een of albei die huweliksmaats neuroties was toe hulle in die huwelik getree het, kan die huweliksverhouding die emosionele patologie intensiveer. In dié geval het die simptoom-intensiverende gebeurtenis reeds voor die aanvang van die huwelik plaasgevind en dien die huweliksverhouding as 'n verdere intensiverende gebeurtenis.

Die onbewuste oorsake van die emosionele patologie moet in dié geval by een of albei van die eggenote geïdentifiseer en gehanteer word. Die onbewuste diagnose sal op 'n meer fundamentele rangorde van lewensprioriteite manifesteer, byvoorbeeld die een huweliksmaat kan presenteer met 'n lewendelyk-sindroom en die ander met 'n Ponce de Leon-sindroom (Scholtemeyer, 2002: 113). Tydens die eerste fase van terapie moet die onbewuste diagnose gehanteer word en tydens die tweede fase van terapie, die problematiese verhouding tussen die eggenote (Scott Sr., 1996: 81).

(e) Diagnoses op die vyfde orde: spesie-oorlewing

Volgens Scott (1993: 92) word spesie-oorlewing vergestalt in 'n mens se seksuele libido. Seksuele problematiek soos byvoorbeeld impotensie, frigiditeit (seksuele kilheid) en homoseksualiteit word beskou as manifestasies van onbewuste trauma op 'n meer fundamentele rangorde van lewensprioriteite. Vir gebruik in hierdie navorsingstudie wat adolessente as navorsingonderwerpe betrek, word hoofsaaklik gefokus op die diagnose van seksuele fiksasie.

Die Ponce de Leon-sindroom (vgl. 2.5.4.3 (b)) is onder meer verantwoordelik vir seksuele fiksasie. 'n Bewuswording van seksuele belangstelling is kenmerkend van die adolessente-lewensfase en derhalwe kan die tekens van seksuele fiksasie vir die eerste keer waargeneem word gedurende adolessensie.

(i) Seksuele fiksasie

Scott (1993: 93) beskryf hierdie diagnose aan die hand van seksuele fiksasie wat plaasvind tydens die manifestasie van die Ponce de Leon-sindroom. Die kliënt se emosionele of seksuele rypwording fikseer op 'n spesifieke ouderdom as gevolg van traumatiese gebeure of deprivasie tydens die kliënt se kinderjare en korreleer dus nie met sy chronologiese ouderdom nie. Seksuele fiksasie by adolessente as simptoom van die Ponce de Leon-sindroom, is menigmaal die gevolg van die trauma verbonde aan seksuele misdrywe.

Verskeie vorme van seksuele problematiek (byvoorbeeld voyeurisme en ekshibisionisme) is manifestasies van die seksuele fiksasie wat nie net met die Ponce de Leon-sindroom geïdentifiseer kan word nie, maar ook uitdrukking vind in ander onbewuste diagnoses soos die identiteitsversteuringsindroom, lewendelyk-sindroom, skuldsindroom of eksistensiële vakuum-sindroom (Scholtemeyer, 2002: 114).

(f) Diagnoses op die sesde orde: diverse gedrag

Die sesde orde kan beskryf word as die *"catch all"* waar enige gedragspatrone wat nie binne een van die ander kategorieë resorteer nie, geakkomodeer word. Die werklike oorsaak van die problematiek sal egter altyd gevind word onder een van die meer fundamentele rangordes van lewensprioritiete (Van Niekerk, 2000: 83).

2.5.5 DIAGNOSTIESE PROSEDURE

Die diagnostiese prosedure onderliggend aan die Mediese hipno-analise-werkswyse sluit die gebruik van die Mediese hipno-analise-historisiteitsvraelys, Bryan se woordassosiasietoets, droomanalise en die houertegniek in.

2.5.5.1 Mediese hipno-analise-historisiteitsvraelys

'n Omvattende, gestruktureerde vraelys word ingeskakel tydens die historisiteits-onderhoud. Aan die hand van hierdie vraelys word belangrike gegewens aangaande die kliënt se geskiedenis aangeteken. Die historisiteitsvraelys en Bryan se woordassosiasietoets word vir elke kliënt aangepas na gelang van die probleemstelling.

Temas wat struktuur aan die vraelys verleen (Scott Sr., 1996: 242-248) is die volgende:

- huidige probleem;
- mediese geskiedenis;
- familie-geskiedenis;
- seksuele geskiedenis;
- sielkundige geskiedenis;
- gewoontes;
- sosiale geskiedenis;
- godsdiensbelewing;
- huweliksgeskiedenis (waar toepaslik).

Die terapeut moet volgens Scott (1993: 109) en Ritzman (1988: 102) bewus wees van elke gedragsuiting van die kliënt:

- die kliënt se presiese woorde en semantiese samehang tussen woorde;
- kleredrag en algemene voorkoms;

- alle nie-verbale kommunikasie (onder andere sug, hoes, keelskoonmaak);
- metafore, sydelingse opmerkings, huiwerings;
- misvoltreffers (*"Freudian slips"*);
- datums en getalle; en
- gemoedskommelinge (onder andere senuweeagtigheid, opgewondenheid, driftigheid en hartseer).

Elke woord, uitdrukking en vorm van nie-verbale kommunikasie word noukeurig aangeteken as hulpmiddel by die interpretasie van die kliënt se onbewuste gedagte- en gedragspatrone.

Die doelstellings van die historisiteitsvraelys is drieledig (Scott 1993: 130):

- Eerstens is die historisiteitsvraelys ondersoekend van aard om vas te stel wie hierdie persoon is, wat sy behoeftes is en in watter mate dit bevredig word, aldan nie, en die gevolglike selfkonflik wat daaruit voortspruit. Die terapeut word daardeur in staat gestel om 'n tentatiewe diagnose te maak en in samehang met onder andere Bryan se woordassosiasietoets, die terapie te beplan en te rig.

- Tweedens bied die historisiteitsvraelys geleentheid om positiewe suggesties te identifiseer wat die kliënt nodig het om insig te verkry in sy eie probleem. 'n Effektiewe terapeut behandel en diagnoseer tegelykertyd.

- Derdens dien die historisiteitsvraelys as 'n verbintenis, aangesien die terapeut homself verbind om deurgaans intens betrokke by die kliënt te wees sodat die terapie in die regte rigting beweeg.

Die historisiteitsvraelys stel die terapeut in staat om 'n goeie aanduiding te kry van die omvang van die kliënt se probleem, die moontlike oorsprong van die

probleem en beskikbare innerlike en uiterlike hulpbronne. Vanuit die historisiteitsgegewens word 'n voorlopige bewuste diagnose gemaak.

Nadat noukeurig navraag gedoen is insake enige medikasie wat die kliënt daardie dag geneem het, sowel as medikasie wat op 'n gereelde grondslag geneem word, begin die vraelys met die vraag: "Wat is die probleem?" Volgens Scott Sr. (1996: 98) is die antwoord op hierdie vraag die kliënt se onbewuste diagnose van sy eie probleem. Die eerste drie sinne wat weergegee word, dien as leidraad om voorlopig bewuste en onbewuste diagnoses te maak.

2.5.5.2 Bryan se woordassosiasietoets (WAT)

Bryan het die woordassosiasietoets **(BYLAAG 1)** ontwikkel as 'n projektiewe tegniek om meer inligting oor die kliënt se onbewuste denke in te win. Dié toets wat in hipnose afgeneem word, bestaan uit vasgestelde woorde, onvoltooide sinne en oop ruimtes. Die toets bestaan uit 195 woorde en half-voltooide sinne (Scott Sr., 1996: 251-254). Die kliënt noem sy eerste idee, gevoel of gedagte wanneer die woorde en sinne in hipnose aan hom gegee word. Die terapeut skryf die response van die kliënt woord vir woord neer. Die stimuluswoorde en sinsfrases is ontwerp om verband te hou met die konkrete en naïewe denke van die onbewuste en die onderliggende gevoelens wat ter sprake kan wees by die onbewuste diagnoses.

Bryan se woordassosioasietoets sluit ook woorde en sinsfrases in wat verband hou met outoritêre figure, sodat die aard van die verhoudinge weerspieël kan word. Sommige beginsels van die poligraaftoets (leuenverklikkertoets) is ook gebruik in die ontwikkeling van die woordassosiasietoets (Scott Sr., 1996: 127). Daar is 26 blanko spasies wat die terapeut in staat stel om trefwoorde of halwe sinne by te voeg wat spesifiek van toepassing is op die kliënt (Scott Sr., 1996: 125). Dit word gedoen na aanleiding van sekere temas wat geïdentifiseer word met behulp van die historisiteitsvraelys, wat dan tydens die afneem van die woordassosiasietoets verder verken of geverifieer moet word. Hierdie oop ruim-

tes is terapeuties die belangrikste temas omdat die individuele onbewustelike gedagtepatrone geëksploreer moet word.

Die temas van Bryan se woordassosiasietoets eksploreer onder andere:

- gevoelens (byvoorbeeld angs, skuld en woede);
- seksualiteit;
- spiritualiteit; en
- verhoudings (self en andere).

Scott Sr. (1996: 137) het tot die slotsom gekom dat baie van sy kliënte angs en emosionele blokkasies ontwikkel oor die feit dat 'n *toets* afgeneem gaan word. Hy het voorgestel dat die benaming woordassosiasie-oefening eerder gebruik word. Die navorser het in privaatpraktyk gevind dat adolessente negatief reageer as hulle hoor dat hulle aan nog 'n toets (buiten akademies, bestuurslisensie, ens.) onderwerp gaan word. Hulle reageer aansienlik meer positief, deelnemend en minder angstig as die toets voorgestel word as 'n *oefening* met geen regte of verkeerde antwoorde nie.

Scott Sr. (1996: 132) stel die waarde van die Bryan se woordassosiasietoets as volg: *"Recognize that the word association test gives a clue to the patient's inner thinking processes, like a window into the unconscious mind, and the stimulating words or phrases are bait for triggering the patient to respond according to his unconscious thinking patterns and his inner personality. This test can save hours of typical and traditional psychotherapy if it is correctly done."*

2.5.5.3 Droomanalise

Die derde diagnostiese medium wat aangewend kan word in Mediese hipno-analise, is droomanalise (Scott Sr., 1996: 153). Die gebruik van droomanalise in Mediese hipno-analise word gebruik direk na die woordassosiasietoets. Drome is volgens Scott Sr. (1996: 150) betekenisvol omdat dit 'n aanduiding is van

gevoelens, motiewe, frustrasies en konflik binne 'n persoon. Lamblichus word in Scott (1993: 167) aangehaal: *"The nighttime of the body is the daytime of the soul"*, om te illustreer dat die inhoud van drome nie onderskat moet word nie. Volgens Wolberg (1996: 402) is die kliënt se drome *"'n indikasie van die karakter van die onderdrukte inhoud, die aard van die oordrag, die baie verskillende dekmantels van weerstand en die vlak van terapeutiese vordering"*. Die psigo-analitiese benadering interpreteer drome deur die verloop van die terapie in 'n poging om die onderliggende probleme in die onbewuste te ontrafel. In Mediese hipno-analise word een droom op 'n slag gehanteer ten einde die aantal terapiesessies te verminder. Uit Wolberg (1996: 402) se oogpunt is die drome wat spontaan na die eerste trans-induksie volg die belangrikste en weerspieël dit gewoonlik die essensie van die kliënt se werklike probleem.

Aangesien elke persoon se drome met die gepaardgaande betekenis en simboliek uniek en nie herhaalbaar is nie, word droomanalise in Mediese hipno-analise nie aan die hand van 'n *droomboek* gedoen nie (Scott Sr., 1996: 149). Interpretasie van 'n droom vind in hipnose plaas deur die kliënt self. Die kliënt sal sy eie droom in hipnose kan uitlê, aangesien die simboliese betekenis van die droom meer voor die hand liggend is in trans, as in die bewuste staat (Wolberg, 1996: 402). Aangesien dit die kliënt se droom is, behoort die kliënt se betekenis van die simbole in die droom die terapeut te lei tydens die interpretasie daarvan (Scott Sr., 1996: 155).

Droomanalise word soos volg aangewend in Mediese hipno-analise:

Die kliënt ontvang 'n droomsuggestie terwyl hy in hipnose is, waartydens die onbewuste gevra word om oor die aanmeldingsprobleem en oorsake daarvan te droom. Die suggestie word verder gegee dat die persoon sal wakker word nadat hy gedroom het en die droom dan sal neerskryf. Wanneer die kliënt die geskrewe droom na die terapeut bring, word die suggestie in hipnose herhaal sodat die onderliggende emosies en die innerlike konflikte na die oppervlakte gebring kan word (Scott, 1993: 172-173). Inligting uit die woordassosiasietoets en historisiteitsvraelys word gebruik tydens die interpretasie van die droom. Die in-

terpretasie van die droom vind in hipnose plaas deur die wisselwerking tussen die kliënt en die terapeut. Dieselfde beginsel geld in die analise van die droom as in die woordassosiasietoets, naamlik die onbewuste moet die betekenis van die droom uitlê en die terapeut gebruik nie vasgestelde interpretasies in die analisering nie. Indien meer as die helfte van die droom vir die kliënt sowel as die terapeut verstaanbaar is, word die droomanalise as suksesvol beskou (Scott Sr., 1996: 163).

Hiermee is die aanvanklike en onbewuste diagnoses dus gemaak en geverifieer. Die terapeut is nou bewus van die omvang en onderliggende oorsake van die simptome van die kliënt se probleem. Verdere terapie kan nou in samewerking met die kliënt beplan word. Gewoonlik word die historisiteitsvraelys en Bryan se woordassosiasietoets eers gedoen en ontleed. Indien daar nog onsekerheid by die terapeut bestaan of verdere verifikasie nodig mag wees, word die droom-analise gedoen.

2.5.5.4 Die houertegniek

Scott (1993: 169) gebruik die houertegniek as 'n verdere tegniek om die onbewuste te ondersoek vir die aard van die probleem sowel as die oplossing. Die onderliggende verband tussen die ontstaan van die probleem, die instandhouding en die oplossing daarvan, kan met hierdie tegniek blootgelê word. Volgens Geer (2000: 124) is die houertegniek veral van waarde wanneer die onbewuste weerstand bied om die werklike oorsaak van die probleem bloot te lê, of wanneer sekondêre gewin in stand gehou word.

Die houertegniek word met die kliënt bespreek. Daarna word die kliënt gevra om in hipnose die drie houers visueel voor te stel en aan die terapeut te beskryf. Volgens Doyle (1995: 344-345) word 'n suggestie dan aan die kliënt se onbewuste gegee om 'n simbool of voorstelling van die oorsprong van die probleem in die eerste houer te plaas, 'n simbool of voorstelling van die instandhouding van die probleem in die tweede houer en 'n simbool of voorstelling van die oplossing van die probleem in die derde houer. Die kliënt se

onbewuste word nou gebruik om verder ondersoek in te stel deur sekere emosies bloot te lê wat geassosieer kan word met die oorsprong (houer 1), die instandhouding (houer 2) en die oplossing (houer 3) van die probleem. Dié spesifieke emosie wat die kliënt in elke geval beleef, word dan gebruik om 'n ouderdomsregressie te inisieer na die heel eerste keer wat die kliënt dié spesifieke emosie beleef het. Die terapeut moet verifieer dat dit wel die heel eerste keer is waarna die kliënt geregresseer het. Die gebeurtenis word in terapie deurgewerk, waarna negatiewe gedagte- en gedragspatrone wat voorheen vasgelê is, blootgelê word en vervang word met positiewe betekenisgewing.

Geer (2000: 124) gebruik die metafoor van die gedagtetuin om die kliënt te help om alle negatiewe betekenisse wat vasgelê is, te verwyder. Sy verduidelik die metafoor soos volg: Die kliënt word in hipnose gevra om na 'n pragtige tuin te gaan. Daar word aan hom verduidelik dat dit sy eie gedagtetuin is en dat elke mens so 'n tuin het. Wat hierdie tuin so spesiaal maak, is dat elke gedagte wat 'n persoon al in sy lewe oor homself gehad of elke besluit wat hy oor homself geneem het, in hierdie tuin verteenwoordig word deur iets wat in daardie tuin voorkom, soos plante, diere, goggas, bossies, ens. Die kliënt soek in sy gedagtetuin dít wat die ou besluit voorstel, sodat hy dit kan verwyder en verbrand. Soos hy dit verbrand, word ook die ou besluit uit sy onbewuste verwyder en vernietig. Daarna word die kliënt gevra wat hy in sy gedagtetuin wil terugsit, wat kortkom in sy tuin. Hy plaas dan dit wat kortgekom het terug, en dít verteenwoordig dan 'n nuwe besluit oor homself. Daarna word die houer en sy inhoud verbrand, wat die oorsprong van die probleem simboliseer (Geer, 2000: 124). Wanneer houers een en twee gehanteer is, het houer drie hoofsaaklik ten doel om te bevestig dat die oorspronklike gebeurtenis wel gehanteer is.

Die onus berus op die terapeut om die houertegniek aan te pas en te omskep sodat dit sinvol vir elke kliënt en sy spesifieke behoeftes is.

2.5.6 FASES TYDENS DIE TERAPEUTIESE VERLOOP

Sielkundiges se taak is om 'n diagnose te maak van die kliënt se aanmeldingsprobleem en dit dan te behandel. Met Mediese hipno-analise word die onbewuste psigodinamika van die probleem tydens die diagnostiese fase geïdentifiseer en sodoende verkry die terapeut insig in die kliënt se gedagte- en gedragspatrone. Tydens die terapeutiese bemoeienis is dit dus die sielkundige se taak om dieselfde insig aan die kliënt oor te dra sodat hy dienooreenkomstig sy gedagte- en gedragspatrone kan verander om die mens te wees wat hy wil/kan/behoort te wees.

Dit is belangrik dat die terapeut die kliënt van die begin af sal inlig oor die terapeutiese verloop om daardeur 'n positiewe verwagting te skep. Zelling (1987: 3) sê dat Mediese hipno-analise *"expectancy and acceptancy"* skep. Met ander woorde: as 'n kliënt weet wat om te verwag, kan daar ook binne die onbewuste 'n aanvaarding plaasvind sodat die persoon se hoop 'n werklikheid kan word. Indien die terapeut nie die kliënt inlig oor die terapeutiese prosedure nie, kan die persoon angstig raak omdat daar onsekerheid bestaan oor die wyse waarop sy probleme gehanteer gaan word. Die terapeutiese proses is soos legkaartstukkies wat inmekaar gepak moet word om daardeur 'n geheel-beeld te kry. Deur die geheel-beeld kan die persoon se lewe weer sin maak (Matez, 1992: 4). Die normale verloop van terapie volgens die Mediese hipno-analise model vind soos volg plaas:

Ten einde 'n diagnose te kan maak, word daar eerstens 'n volledige geskiedenis van die kliënt verkry deur woord vir woord die antwoorde neer te skryf op die vrae in die historisiteitsvraelys. Dit word gebruik om moontlike probleemareas te identifiseer, belangrike inligting rondom die moontlike inisiële sensitiserende, simptoom-produserende en die simptoom-intensiverende gebeurtenisse te verkry, asook om Bryan se woordassosiasietoets verder toe te lig. Tweedens word Bryan se woordassosiasietoets afgeneem en ontleed. Indien daar onsekerheid bestaan oor die moontlike onbewuste diagnose(s), word daar derdens van droomanalise gebruik gemaak. Wanneer die diagnose gemaak is,

verskil die benadering verder van terapeut tot terapeut en van kliënt tot kliënt. Meestal word daar na die voorgeboortelike fase teruggegaan en deurgegaan met die geboorte tot in die fase direk na geboorte. Daarna is die algemene benadering om deur middel van ouderdomsregressies deur die res van die kliënt se lewe te soek na onderliggende probleme. Hierdie onderliggende probleme word dan gehanteer en herbeteken. Die terapeutiese prosedure van Mediese hipnoanalise bestaan uit 'n analitiese fase sowel as 'n rehabilitasie-fase. Die analitiese en rehabilitasie-fases kan weer verder onderverdeel word. In die literatuur staan dit bekend as die *"seven R's"* (Scott Sr., 1996: 86).

Die eerste vyf *"R's"* van die analitiese fase bestaan uit die volgende opgawes:

- *"Rapport"*;
- *"Relaxation"*;
- *"Recognising the problem"*;
- *"Remove faulty ideas"*; en
- *"Replace faulty ideas"*.

Dan breek die laaste gedeelte van die terapeutiese verloop aan wat die rehabilitasie-fase genoem word en die laaste twee *"R's"* bevat (Scott Sr., 1996: 86) naamlik:

- *"Rehearsal of change"*; en
- *"Reinforcing"*.

Hierdie fases word vervolgens bespreek.

2.5.6.1 Analitiese fase

Na afloop van die diagnosering het die terapeut insig in die kliënt se negatiewe bewuste en onbewuste prosesse wat dan terapeuties behandel moet word.

Gedurende die analitiese fase hanteer die terapeut die onderliggende probleem deur die kliënt te lei tot begrip, genesing en verandering.

(a) *"Rapport"* (Vertrouensverhouding)

Intellektuele insig is van min betekenis as dit nie met emosionele aanvaarding gepaard gaan nie (Du Toit, 1988: 258; Potgieter, 2000: 72). Die beskikbare en betekenisvolle emosionele medium om hierdie insig, verandering en genesing teweeg te bring, is die persoonlike verhouding tussen die kliënt en die terapeut. Die terapeut, as geïntegreerde professionele persoon, se verantwoordelikheid is om 'n oop, ontvanklike verhouding daar te stel waartydens die kliënt nooit voel dat hy geoordeel word nie. Met so 'n verhouding sal die kliënt veilig voel om die terapeut in die mees sensitiewe deel van sy innerlike menswees toe te laat (Scott Sr., 1996: 87).

Mediese hipno-analise is 'n direktiewe terapeutiese tegniek en daarom word daar twee tipes verhoudings na analogie van 'n ontdekkingsreis onderskei. Eerstens is daar die kliënte met 'n lae egosterkte wat 'n behoefte het aan 'n liefdevolle en ondersteunende reisgenoot. Scott (1993: 99) verwoord die taak van die terapeut in só 'n geval as volg: *"a travelling companion on a difficult journey"*. Tweedens is daar kliënte wat in die ontdekkingsreis 'n leier wil hê wat die weg kan baan en in moeilike tye daar sal wees om te help om by die bestemming, naamlik genesing, uit te kom (Scott, 1993: 99).

Dit is vir die adolessent baie keer moeilik om die terapeut te vertrou, enersyds vanweë die lewensfase waarin hy hom bevind, naamlik adolessensie, met hoofdilemma volgens Erikson (1977: 235-236) die ontwikkeling van 'n eie identiteit teenoor die ervaring van identiteitsdiffusie en andersyds om te verstaan hoe 'n vreemdeling vir hom kan omgee as die persone naaste aan hom nie vir hom omgee nie. Die meeste adolessente ontwikkel egosentries. Hulle dink vir 'n lang tydperk in hulle lewe dat hulle die middelpunt van die heelal is en dit lei gewoonlik tot konflik met ouers en ander volwassenes. Die terapeut moet kennis neem hiervan sonder om veroordelend op te tree (Potgieter, 2000: 59).

Die terapeut, as verteenwoordiger van die samelewing, moet aan die adolessent 'n betroubare en veilige verhouding aanbied waarin hy nie verwerp sal word nie. Adolessente is selfbewus en baie bekommerd oor wat ander mense van hulle dink (Hudson & Gray in Wester II & O'Grady, 1991: 16) en juis daarom kan hulle terughoudend wees oor sekere belewinge. Die terapeut se verantwoordelikheid in dié verband is om sensitief daarmee te handel. Dit is belangrik dat die terapeut die adolessent se individualiteit respekteer en dat hy hom van die eerste oomblik af laat verstaan dat hy aanvaar word net soos hy is. Sodoende voel hy veilig genoeg om sy leefwêreld te deel (Scott Sr., 1996: 86-88) en kan hy die terapeutiese verhouding beleef as 'n middel wat op sigself 'n groei-ondervinding met genesende betekenis is (Erasmus & Du Toit, 1988: 37).

(b) *"Relaxation"* (Ontspanning)

Met die gebruik van die woord ontspanning word daar eintlik verwys na 'n toestand van hipnose waartydens die kliënt ook kan fokus en konsentreer. Scott (1993: 100) stel dit soos volg: *"The relaxed, concentrated mind also is the precursor to change".* Wanneer individue sielkundiges besoek, is daar dikwels 'n mate van angs, en vir sommige is die konsep van hipnose as sodanig ook 'n bron van spanning. Dit is daarom belangrik dat die terapeut die kliënt breedvoerig sal inlig oor die aard van die hipnose-trans. Die hipnose-trans stel die kliënt in staat om sy aandag beter te fokus as gevolg van die feit dat hy leer om te ontspan en te laat gaan (Scott Sr., 1996: 88).

(c) *"Recognising the problem"* (Etiologie/herkenning van die probleem)

Die terapeut behoort na elke gesproke en ongesproke woord van die kliënt te luister - die onbewuste weet wat die probleem is en sal dit deur semantiek en nie-verbale kommunikasie bekend maak (Ayers, 1994: 57). Hierdie verantwoordelikheid eindig egter nie ná die diagnoseringsfase nie. Tydens die analitiese fase van die terapie het die terapeut steeds nodig om probleme te herken wat verband hou met die aanmeldingsprobleem. Die kliënt moet dan tydens die terapie sy eie probleem herken - met ander woorde: hy moet kan begryp wat die

oorsaak van die probleem is (Scott Sr., 1996: 88). Die onbewuste beskerm soms die persoon deur probleme te verberg, maar soos die vertrouensverhouding gebou word, laat die onbewuste sulke probleme na die oppervlakte kom.

Die terapeut gaan deur die historisiteitsvraelys, droomanalise en die woord-assosiasietoets ten einde 'n lys met situasies en verhoudings saam te stel wat die moontlike oorsake van die kliënt se simptome kan wees. Die kliënt gaan deur 'n reeks ouderdomsregressies, gemik daarop om die insidente van die tripleerde allergeenteorie te identifiseer sodat die kliënt sowel as die terapeut die oorsaak en die onderliggende patologie kan verstaan (Scott Sr., 1996: 88).

(d) *"Remove faulty ideas"* (Eliminering van foutiewe persepsies)

Individue besoek sielkundiges aangesien daar iets is wat hulle wil verander. Alvorens verandering kan plaasvind, moet verkeerde idees, oortuiginge, gevoelens of gedrag eers uit die onbewuste verwyder word (Scott, 1993: 101). 'n Fundamentele beginsel van enige vorm van psigoterapie is dat die terapeut slegs dít kan behandel wat die kliënt as eie probleem stel. Om foutiewe idees te verwyder, moet die oorsprong op 'n emosionele vlak geïdentifiseer word. Dit beteken dat die emosies na die oppervlakte gebring word. Scott (1993: 102) stel dit soos volg: *"Since emotions are anchored in both body and mind, and affect each, they serve as a bridge from present mind-body symptoms back to the impact of the experiece which started the symptom."*

Soos die kliënt die gebeurtenisse en verhoudings deur middel van ouderdomsregressies herbeleef, is dit nodig om die irrasionele gevolgtrekkings, negatiewe besluite en suggesties sowel as vals indrukke te verwyder (Scott Sr., 1996: 89-90).

(e) *"Replace faulty ideas"* (Vervanging van foutiewe persepsies)

Sodra die verkeerde oortuigings geïdentifiseer en verwyder is, moet dit met die korrekte idees of interpretasies vervang word. Die kliënt se insigte moet na die

hede verskuif word (Scott, 1993: 103). Mediese hipno-analise fokus beslis nie net op die kliënt se verlede nie, maar bring ook huidige probleme in verband met gedagte- en gedragspatrone wat in die verlede ontstaan het. Daardeur kan die terapeut die kliënt beter toerus om toekomstige probleme beter te hanteer. Dít is immers waarvoor kliënte sielkundige hulp soek, naamlik om toegerus te word om beheer oor hul liggaam, emosies, denke en gees binne die hier en nou te hê. Ander terapeutiese modaliteite kan sinvol tydens hierdie fase van die terapie aangewend word, byvoorbeeld gedragsmodifikasie, sistematiese desensitisering, kognitiewe terapie en andere (Scott, 1993: 103).

Na mate die foutiewe idees verwyder word, is dit nodig om dit te vervang met geskikte idees. Positiewe denkpatrone vervang die ou negatiewe denkpatrone en sodoende vind verandering by die kliënt plaas (Scott Sr., 1996: 91).

2.5.6.2 Rehabilitasie-fase

Na afloop van die analitiese fase, is die gebeure wat die probleem en simptome veroorsaak het, reeds deurgewerk. Die oorkoepelende doelstelling van die rehabilitasie-fase is om die aangeleerde gedagte- en gedragspatrone te wysig en terselfdertyd egoversterking te doen (Scott Sr., 1996: 92). Die egoversterking vir die verskillende onbewuste diagnoses verskil. Egoversterking van persone met byvoorbeeld 'n primêre diagnose van die lewende-lyk-sindroom, verlang versterking van die konsep dat hulle op alle vlakke (liggaamlik, emosioneel, verstandelik en geestelik) kan lewe. Egoversterking word derhalwe verstaan as die bevestiging van die aanvaarding van positiewe suggesties.

(a) *"Rehearsal of change"* (Inoefening van verandering/herhaling)

Die fokus tydens hierdie fase is meer op die toekoms as op die verlede. Die verlede is reeds deurgewerk en daarom is dit nodig om op die hede te fokus met die oog op die toekoms. Progressie kan in dié verband sinvol gebruik word om gesonde kognitiewe funksionering te gebruik sodat die persoon homself kan visualiseer as die ideale, vry self (Scott, 1993: 104). Die fokus op die toekoms

dien derhalwe as 'n inspirasie om in die hede as 'n gebalanseerde of vry mens te lewe. Ten einde hierdie positiewe gedagtegang elke dag permanent deel te maak van die kliënt se bestaan, is herhaling nodig. Hoe meer dikwels hy die nuwe positiewe denkproses herhaal, hoe meer permanent word dit vasgelê in sy onbewuste (Scott Sr., 1996: 92).

(b) *"Reinforce by regular practice"* (Versterking deur gereelde oefening)

Die spreekwoord *"practice makes perfect"* geld tydens hierdie fase van terapie. Tydens hierdie fase word positiewe en konstruktiewe elemente van die kliënt se persoonlikheid en belewenisse geïdentifiseer. Die kliënt visualiseer nuwe toepaslike gevoelens en optrede en herhaal dit sodat dit deel van homself word. Die terapeut doen egoversterking en gee herhaaldelik positiewe suggesties. Elke kliënt word geleer hoe om selfhipnose toe te pas om daardie nuutgevonde selfkontrole te versterk (Scott Sr., 1996: 92). Die kliënt word geleer om geredelik op vriende of familie se hulp staat te maak, sonder om soos 'n swakkeling te voel.

'n Kliënt kan verstaan dat hy deel van God se skepping is, 'n doel het, hier moet wees, maar ook saam met ander in die wêreld is. Daar mag dus staat gemaak word op ander. Herhaling van positiewe suggesties in die vorm van egoversterking word gebruik om die kliënt volkome selfstandig en onafhanklik van die terapeut te maak. Die klem tydens hierdie oefening moet op die aanleer en inoefening van selfhipnose wees om toekomstige probleme effektief te hanteer. Selfhipnose versterk die innerlike hulpbronne om psigiese genesing te bewerkstellig.

2.5.7 SAMEVATTING

Die Mediese hipno-analise-model is in die voorafgaande bespreking na aard en wese blootgelê. Die interaksie en wisselwerking tussen die bewuste en die onbewuste as deel van die psigodinamika van Mediese hipno-analise is verduidelik waarna die tripleerde allergeenteorie en die rangorde van

lewensprioriteite uiteengesit is. Die diagnostiese prosedures is bespreek deur te verwys na die Mediese hipno-analise-historisiteitsvraelys, Bryan se woord-assosiasietoets, droomanalise en die houertegniek.

2.6 HOOFSTUKAFSLUITING

Uit voorafgaande bespreking is dit duidelik dat die Mediese hipno-analise-model oor 'n goedgefundeerde teoretiese onderbou sowel as 'n deeglike diagnostiese prosedure beskik.

In die volgende hoofstuk word adolessensie as 'n tydperk van verhoogde emosionele weerloosheid bespreek, waarna daar aandag geskenk word aan emosionele volwassewording as uitkoms van adolessensie.

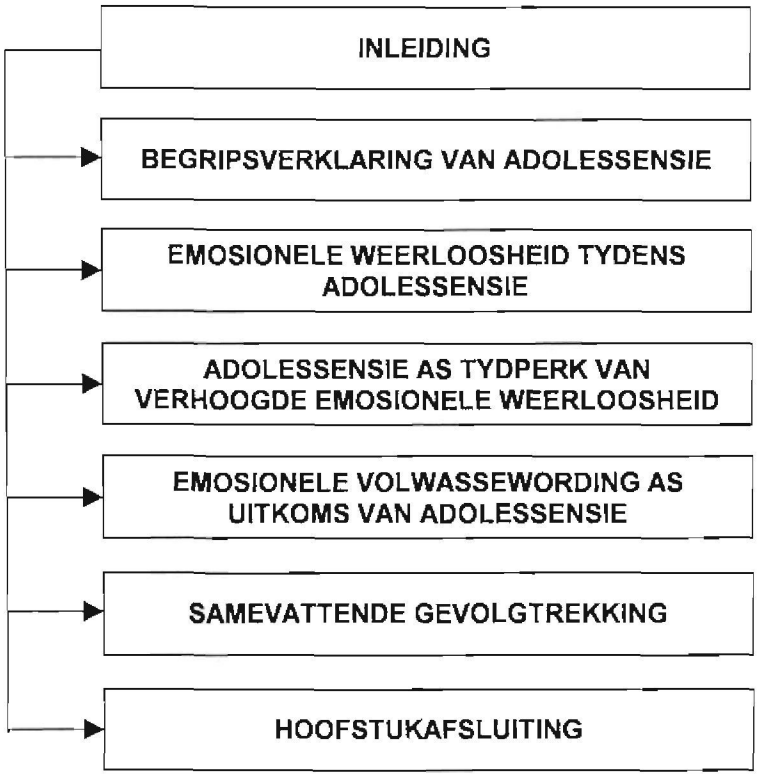
HOOFSTUK 3

ADOLESSENTE-WEERLOOSHEID EN EMOSIONELE VOLWASSEWORDING

3. HOOFSTUKORIëNTERING

Die doel van hierdie hoofstuk is om met behulp van 'n literatuurstudie lig te werp op emosionele weerloosheid by adolessente as volwassewordingsbeperkende probleem. Aan die hand van **SKEMA 3** word 'n kort oorsig oor Hoofstuk 3 gegee:

SKEMA 3: OORSIG OOR HOOFSTUK 3



3.1 INLEIDING

Geen generasie blyk tevrede te wees met die ontwikkeling van die volgende generasie nie. Die meeste volwassenes het nooit 'n hoë dunk van die volgende generasie nie. Hierdie feitlik universele houding word deels veroorsaak deur volwassenes se versuim om die natuurlike gang van adolessente te aanvaar en deels deurdat hulle hul eie adolessensie vergeet. Gevolglik word die wêreld hoofsaaklik vir volwassenes deur volwassenes gelei (Muuss, 1996: 51-52; Gouws *et al.*, 2000: 73).

Tegnologiese veranderinge en 'n toenemend groeiende bevolking wêreldwyd beperk geleenthede vir adolessente tot betekenisvolle indiensneming (Freydenberg, 1997: 19). In die ontwikkelde wêreld het druk op adolessente toegeneem om hul skoolopleiding te voltooi en om 'n hoër graad van onderrig te behaal as wat in die verlede nodig was. Volgens Furstenberg (2000: 898) het adolessente verdere opleiding nodig, want die kanse word al skraler dat hulle 'n toereikende salaris sal verdien om 'n gesin te onderhou as hulle nie verdere opleiding ontvang nie. Adolessente loop dus die risiko om werkloos te wees ná die voltooiing van Graad 12 indien hulle hulself nie verder bekwaam in 'n beroepsrigting waarna daar 'n aanvraag is nie (Fischhoff & Willis, 2001: 110). Uit voorafgaande bespreking is dit duidelik dat die moderne gemeenskap baie van adolessente verwag.

'n Groter risiko bestaan egter in die moontlike onvermoë om tydens adolessensie die kwaliteite te ontwikkel wat die adolessent in staat sal stel om doeltreffend te funksioneer in die rolle wat hy sal moet vervul wanneer hy vanuit adolessensie tot die status van 'n volwassene sal beweeg. Vandag is menslike waardigheid, integriteit en waardes in die gedrang wanneer ons adolessente, wat bloot êrens aan iemand wil behoort, opgaan in wanhoop, geestesstagnasie en uiterste chaos. Volgens Arnold en Little (2002: 8-9) word kritieke ontwikkelingsbehoeftes verwaarloos. Vir baie adolessente was die versorging en beskerming wat hulle as kinders ontvang het, in die werklikheid met ernstige onregmatighede van

opsetlike en onopsetlike aard belaai (Hassenfeld, 1999: 496). Vanweë die leemtes in en verwaarlosing van ontwikkelingsbehoeftes blyk dit dat van die hedendaagse adolessente nie oor voldoende innerlike hulpbronne beskik nie en gevolglik emosioneel weerloos gelaat word. Die verantwoordelikheidslas van selfstandige keuses word dikwels te swaar en dit lei tot 'n gebrek aan sekuriteit en berou (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000: 10).

Fryderiberg (1997: 17) is van mening dat die individu se beoordeling van sy eie vermoë om die eise van die omgewing te hanteer, bepaal of hy bedreig voel deur 'n lewensgebeurtenis of dit as 'n uitdaging sien. 'n Gebrek aan innerlike hulpbronne sowel as 'n gebrek aan 'n goeie ondersteuningsnetwerk lei daartoe dat die adolessent 'n sekere gebeurtenis as bedreigend kan vertolk. Blykbaar verteenwoordig die adolessent se selfvernietigende gedrag die dramatisering van 'n fundamentele eksistensiële dilemma: *"to be or not to be an adult"* (Hassenfeld, 1999: 495).

3.2 BEGRIPSVERKLARING VAN ADOLESSENSIE

Verskillende uitgangspunte word in die literatuur aangetref ten opsigte van adolessensie. Die uitgangspunt dat adolessensie 'n sosiale en politieke verskynsel is, dra baie gewig. Adolessensie en gepaardgaande definisies verander met ekonomiese, tegnologiese en politieke veranderinge.

Gouws *et al.* (2000: 2) wys daarop dat adolessensie die proses is van opgroei en verteenwoordigend is van die periode tussen kind-wees en volwassenheid. Voorgenoemde outeurs gaan voort deur op te merk dat die aanvang van adolessensie ál vroeër begin en dat adolessensie as lewensfase ál hoe langer duur. Die lewensperiode van puberteit tot mondigheid is vir 'n seun vanaf ongeveer 14 tot 21 jaar en vir 'n meisie van 12 tot 21 jaar (Faul, 1994: 1). Vroeë adolessensie is die tydperk van middel laerskooljare tot junior hoërskool. Middel adolessensie is die hoërskooljare, terwyl laat adolessensie die tydperk van tersiêre en tegniese opleiding en vakmanskap is (Adams, Gullotta & Markstrom-

Adams, 1994: 9). 'n Biologiese definisie van adolessensie word dikwels voorgestaan (Douvan, Gold & Jones in Adams *et al.*, 1994: 6). Met so 'n definisie begin adolessensie wanneer die voortplantingsorgane en sekondêre seksuele kenmerke (lyfhare, borste) tydens laat kinderjare begin verander, terwyl die einde van adolessensie geasossieer word met volledige rypwording van die voortplantingstelsel (Adams *et al.*, 1994: 6).

Adolessensie kan gesien word as 'n tydperk van verandering; 'n periode wat vir elke individu in tydsduur verskil. Zimring (in Adams *et al.*, 1994: 9) het in sy analise van die wêreld van adolessente gesê adolessensie is die proses van grootword wat besluitneming en foutering insluit. Die foute wat gemaak word, sal egter die uiteinde wees van minimale negatiewe uitkyke, waarvan maklik herstel kan word sonder blywende negatiewe gevolge. Adolessensie is dus die fase tot geleidelike volwassewording waar die adolessent met elke geleentheid 'n toename in verantwoordelikhede en vryheid kry. Zimring (in Adams *et al.*, 1994: 9) noem dit 'n *"learner's permit theory of adolessence"* en sê die volgende in dié verband: *"The adolescent must be protected from the full burden of adult responsibilities, but pushed along by degrees toward the moral and legal accountability that we consider appropriate to adulthood."* Adolessensie is dus 'n tydperk van eksperimente, van die neem van besluite, die begaan en ontdekking van foute, en die geleidelike aanneming van nuwe vryheid tot volwasse verantwoordelikhede (Gouws *et al.*, 2000: 2).

Vanweë die fokus van hierdie studie op die adolessent se emosionele volwassewording as navorsingsonderwerp, word Erikson se psigososiale perspektief as uitgangspunt gebruik om die begrip *adolessensie* verder toe te lig. Erikson verdeel emosionele ontwikkeling in agt interafhanklike stadiums. Elke stadium word gekenmerk deur 'n ontwikkelingskrisis wat opgelos moet word sodat ontwikkeling kan voortgaan. Ongesonde besluite in vroeë stadiums kan potensieel negatiewe uitkomste in latere stadiums hê. Die stadiums word bepaal deur die ryping van sekere vaardighede en belangstellings enersyds, en deur gemeenskapseise (wat ooreenstem met die individu se ouderdom) andersyds. Die proses is dinamies en word dwarsdeur 'n individu se lewe herhaal

(MacFarlane, 2003: 10). Volgens Erikson word die adolessente-lewenstadium gekenmerk deur 'n krisis wat ontstaan as gevolg van die ontwikkeling van 'n eie identiteit en die ervaring van identiteitsdiffusie (Erikson, 1995: 235). Die egokwaliteit wat in hierdie stadium moet ontwikkel, is betroubaarheid of sekerheid ten opsigte van 'n eie identiteit (Erikson, 1995: 235). Volgens Punt (1994: 75) ontwikkel die adolessent wat ten opsigte van die vorige stadiums positiewe ontwikkelingsuitkomste gehad het, 'n gunstige identiteitsgevoel deurdat hy 'n positiewe antwoord kry op die vrae wat hy oor homself vra. Die soeke na 'n identiteit sluit die ontstaan van 'n betekenisvolle selfkonsep in waar die verlede, hede en toekoms geïntegreer word om 'n geheel te vorm (Muuss, 1996: 51).

Volgens Erikson (1995: 221) benodig die individu egosterkte om die agt stadiums suksesvol te integreer en met 'n positiewe uitkoms vanuit die vorige stadium, die volgende te betree. 'n Risikofaktor vir emosionele weerloosheid is 'n gebrek aan egosterkte (MacFarlane, 2000: 45). Vanweë 'n tekort aan toereikende egosterkte is die emosioneel-weerlose adolessent nie altyd in staat om die lewenskrisisse suksesvol deur te werk en te integreer nie. Sonder suksesvolle verwerking van enige krisis, kan daar geen progressie wees nie wat emosionele weerloosheid verhoog. Gevolglik kan hy die opvolgende stadium binnegaan met 'n negatiewe uitkoms van die vorige stadium en emosioneel weerloos staan ten opsigte van die eise wat aan hom gestel word. Tydens adolessensie, wanneer hy veronderstel is om 'n eie identiteit te verwerf, loop dit uit op identiteitsdiffusie, minderwaardigheid, 'n gebrek aan selfkennis en rolverwarring (Adams *et al.*, 1994: 43; Murray, Pinnell en Zentner, 2000: 548).

Die negatiewe ontwikkelingsuitkomste van die adolessente-fase kan dus emosionele weerloosheid in die hand werk en veroorsaak dat die adolessent mag toegee aan destruktiewe gedrag en selfs selfvernietiging. *"Many a late adolescent, if faced with continuing diffusion, would rather be nobody or somebody bad, or indeed, dead . . . than be not-quite somebody."* (Erikson in Muuss, 1996: 55.)

3.3 EMOSIONELE WEERLOOSHEID TYDENS ADOLESSENSIE

'n Kontinuum van negatiewe of traumatiese gebeurtenisse in die lewe van 'n adolessent kan spesifieke of algemene emosionele weerloosheid of 'n geneigdheid daartoe voortbring sodra hy gekonfronteer word met spesifieke of algemene stres (Kaplan, 1999: 21). Die hantering van emosionele trauma (dié lewensgebeurtenisse wat beide die psigologiese en die biologiese coping-meganismes van die adolessent oorskry) en stresvolle lewensgebeure op 'n onproduktiewe wyse, gee aanleiding tot emosionele weerloosheid (Kolk in Müller, 2000: 31).

Emosionele weerloosheid word vervolgens toegelig deur die begrip *emosionele weerloosheid* te definieer, die oorsake onderliggend aan adolessente-emosionele weerloosheid te noem en kortliks te bespreek en risikofaktore vir emosionele weerloosheid tydens adolessensie te identifiseer.

3.3.1 BEGRIPSVERKLARING VAN EMOSIONELE WEERLOOSHEID

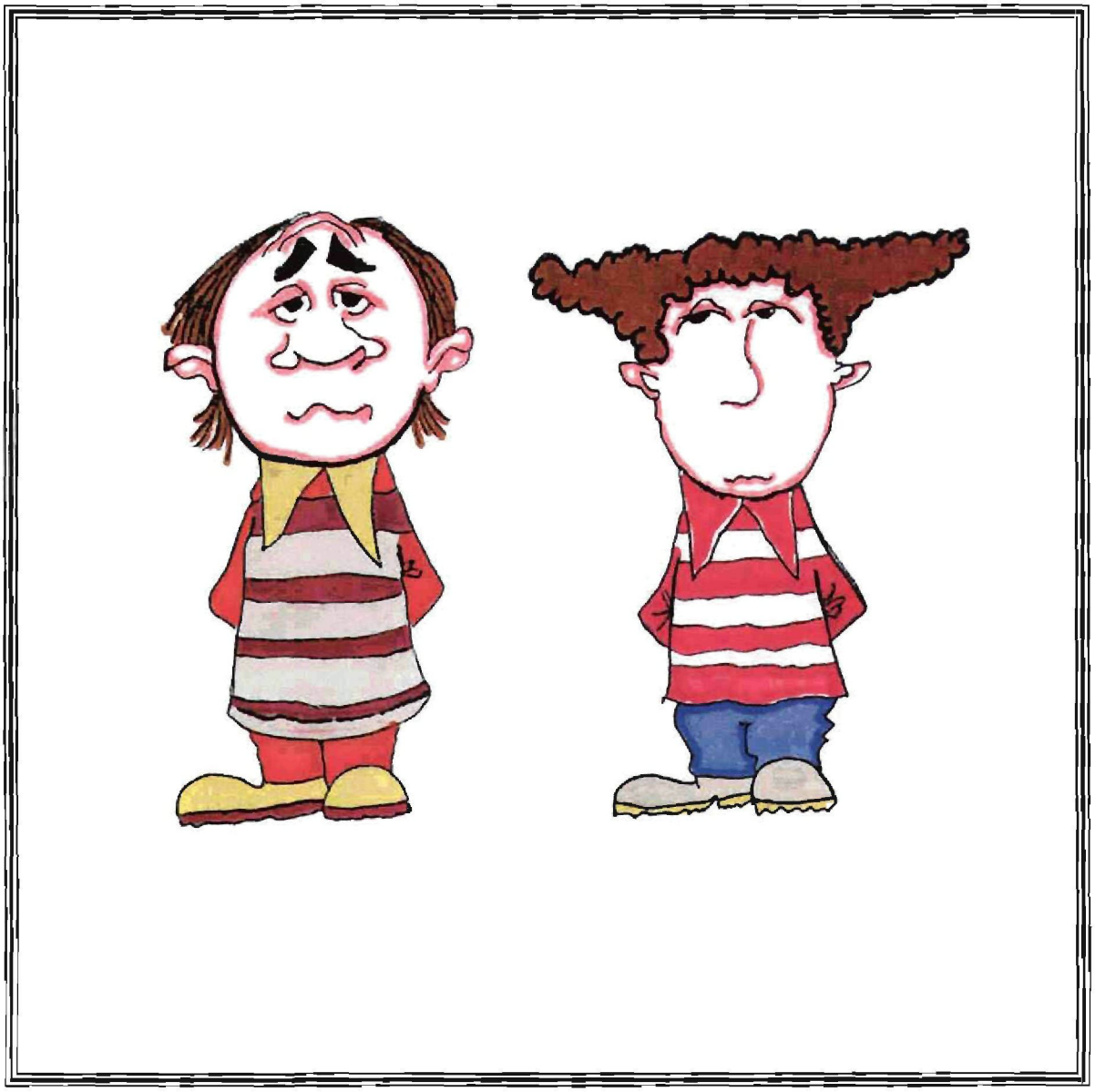
Die begrip *weerloosheid* impliseer dat die adolessent nie in staat is tot verdediging nie en dus weerloos staan voor die eise wat aan hom gestel word (HAT: 1357). Emosioneel-weerlose adolessente is dié adolessente wat ontvanklik is vir negatiewe ontwikkelingsuitkomste ná blootstelling aan ernstige risikofaktore en gevolglik nie in staat is om nadelige keuses en besluite teen te staan en die uitdagings te konfronteer wat na hul kant toe kom nie. Hulle bly in gebreke om hul ongunstige omstandighede positief as geleenthede aan te wend en om sodoende as suksesvolle en bevoegde individue tot die samelewing toe te tree (Carson *et al.*, 2002: 250).

Emosionele weerloosheid impliseer verder dat die adolessent nie oor die nodige of genoegsame innerlike en interpersoonlike hulpbronne en vaardighede beskik om 'n spesifieke situasie of gebeurtenis te hanteer nie. 'n Gebrek aan innerlike en interpersoonlike hulpbronne veroorsaak dat die adolessent nie by 'n nuwe

situasie kan aanpas nie en derhalwe nie oor produktiewe copingvaardighede beskik om die nodige aanpassings te maak nie. Volgens Sherrod *et al.* (1993: 218) hou adolessensie unieke weerlooshede sowel as hernude geleenthede in.

Die emosioneel-weerlose adolessent word in **FIGUUR 3.1** gekarikaturiseer deur die kunstenaar Billy Swart.

FIGUUR 3.1: DIE EMOSIONEEL-WEERLOSE ADOLESSENT



3.3.2 OORSAKE ONDERLIGGEND AAN ADOLESSENTE-EMOSIONELE WEERLOOSHEID

Die navorser het uit die literatuur (Arnold & Little, 2002: 10; Blos in Kroger, 1996: 58; Buchanan, 2000: 192-193; Faul, 1994: 22; Frydenberg, 1997: 120, 132; Gouws *et al.*, 2000: 70, 149-150; Maree, 2001: 40-41; Monteith, 1988: 191-192; Müller, 2000: 40; Murray, Fox & Zentner, 2000: 315; Newman & Newman, 1999: 335; Schoeman, 1993: 16) die volgende oorsake onderliggend aan emosionele weerloosheid by adolessente geïdentifiseer:

- Lewensveranderende gebeurtenisse
- Disfunksionele gesinsverhoudings en gesinskonflik
- Groepsdruk en -onsekerheid
- Disfunksionele opvoeding
- Afwesigheid van 'n effektiewe ondersteuningsnetwerk
- Blootstelling aan trauma

Die bostaande oorsake wat onderliggend is aan emosionele weerloosheid by adolessente word vervolgens kortliks bespreek.

3.3.2.1 Lewensveranderende gebeurtenisse

Yeaworth, York, Hassey, Ingle en Goodwin (in Gouws *et al.*, 2000: 149-150) identifiseer sekere lewensveranderende gebeurtenisse wat stresvol is vir adolessente. Die negatiewe uitwerking van stres kan lei tot verhoogde emosionele weerloosheid by adolessente. Lewensveranderende gebeurtenisse wat volgens bogenoemde outeurs die meeste stres by adolessente veroorsaak, word in **TABEL 3.1** aangedui.

TABEL 3.1: LEWENSVERANDERENDE GEBEURTENISSE

POSISIE	LEWENSVERANDERENDE GEBEURTENIS
1	Dood van 'n ouer
2	Dood van 'n boetie of sussie
3	Dood van 'n intieme vriend of vriendin
4	Ouers se egskeiding of vervreemding
5	Druip een of meer vakke op skool
6	Arrestasie deur die polisie
7	Druip 'n jaar op skool
8	Gesinslid sukkel met 'n alkoholprobleem
9	Eksperimenteer met alkohol of dwelmmiddels
10	Verlies van gunsteling troeteldier

3.3.2.2 Disfunksionele gesinsverhoudings en gesinskonflik

Gesinskonflikte kom meer voor as enige ander probleme en vind in die meeste gesinne plaas. Waar daar 'n vervreemding of egskeiding is, is daar oorheersende gesinstres. Die grootste stresfaktor vir adolessente is argumente of struwelinge in die gesin (Stern & Zevon in Frydenberg, 1997: 118; Gouws, *et al.*, 2000: 149). Die teenwoordigheid van 'n adolessent in die huis kan ouers se huweliksverhouding aansienlik beïnvloed. Die adolessente-lewensfase val baie keer saam met ouers se middeljare, wat volgens Coleman en Hendry (in Maree, 2001: 40) opsigself 'n uitdagende en moeisame aanpassing is. Ouers wat ekonomiese druk, beroepstres en toekomsonsekerheid ervaar, is soms nie in staat om veranderinge by adolessente so buigsaam en konstruktief te hanteer as wat mag nodig wees nie.

Dit blyk dat adolessente en hulle middeljarige ouers op dieselfde tydstip spanning beleef betreffende verskillende aspekte rondom identiteit en dat hierdie spanning die kwaliteit van die gesin se verhoudings negatief kan beïnvloed.

Gesinsverbondenheid blyk een van die kragtigste beskermingsfaktore teen emosionele weerloosheid te wees (Resnick, Harris & Blum in Rolf & Johnson, 1999: 244). Sonder gesinsverbondenheid kan identiteitsverwerwing en 'n interne lokus van kontrole nie ontwikkel nie (Venter, 1991: 45).

3.3.2.3 Groepsdruk en groepsonsekerheid

Groepsdruk word beskou as 'n kenmerkende fenomeen van adolessensie. Groepsdruk verwys na die druk op adolessente om te konformeer met die bepaalde portuurgroep se voorgeskrewe riglyne. Die portuurgroep steun die adolessent in sy verwerwing van 'n selfbeeld, identiteit en populariteit. Portuurverhoudings word deur Erikson beskou as 'n noodsaaklike aspek van die identiteitsverwerwingsproses gedurende adolessensie. Erikson sowel as Marcia (Kroger, 1996: 36, 41) beveel 'n moratoriumperiode gedurende adolessensie aan waartydens eksplorasie kan plaasvind. Volgens Erikson bied die portuurgroep die sosiale ondersteuning en arena vir eksperimentering wat gewoonlik nie in die volwasse kultuur toelaatbaar is nie (Maree, 2001: 53).

Die portuurgroep fasiliteer identiteitsverwerwing en bevorder terselfdertyd die selfbeeld en reputasie van die adolessent. Newman en Newman (1999: 335) wys daarop dat die portuurgroep 'n deurslaggewende ondersteunende funksie vertolk ten opsigte van adolessente wat verwerping deur hul ouers beleef en dien sodoende as 'n emosionele anker vir adolessente. Groepsonsekerheid (onsekerheid ten opsigte van die mate waarin hy aanvaar word deur sy portuurgroep en die rol wat hy daarin speel) kan volgens Gouws *et al.* (2000: 76-78), Maree (2001: 51-53) en Newman en Newman (1999: 336-337) aanleiding gee tot onder meer 'n belewing van verwerping en eensaamheid, oorkompensasie en die prysgee van morele norme en waardes, ontoereikende fasilitering van sosiaal-aanvaarbare gedrag, gebrekkige seksuele houdings en geslagsrolgedrag en die benadeling van selfbeeld, skoolaanpassing en psigososiale ontwikkeling.

Bogenoemde faktore wat presenteer tydens die adolessent se belewing van groepsonsekerheid, die afwesigheid van sosiale portuurgroepondersteuning en groepsverbondenheid kan aanleiding gee tot adolessente se belewing van emosionele weerloosheid.

Die kwaliteit van die portuurverhoudings gedurende adolessensie is 'n belangrike aanduider van die mate waarin suksesvolle aanpassing ten opsigte van volwassenheid plaasgevind het. Onbevredigende portuurverhoudings voorspel gewoonlik gedrags-, beroeps-, huweliks- en seksuele probleme tydens volwassenheid (Newman & Newman, 1999: 336-337).

3.3.2.4 Disfunksionele opvoeding

Die gesin is die sentrale en grondliggende opvoedingsmilieu van die kind. Die ouerhuis waaruit die adolessent kom is die belangrikste enkele faktor wat die adolessent die meeste beïnvloed en dit is hier waar sy houding, ingesteldheid en persoonlikheid gevorm word (Kruger in Faul, 1994: 22). Ouers se optrede het 'n direkte uitwerking op die ontwikkeling van die adolessent se selfbeeld (Gouws *et al.*, 2000: 22). Disfunksionele opvoedingstyle is onder meer outoritêre, inkonsekwente of permissiewe ouerskapstyle. Disfunksionele gedragswyses van ouers teenoor adolessente is onder meer dubbele standaarde, belediging, ignorering, sarkasme, inperking van lewensruimte en gebrekkige gesinskommunikasie (Faul, 1994: 22; Gouws *et al.*, 2000: 70; Monteith, 1988: 191-192; Schoeman, 1993: 16).

Bogenoemde disfunksionele opvoedingstyle en gedragswyses kan aanleiding gee tot 'n negatiewe of swak selfbeeld by adolessente wat emosionele weerloosheid in die hand werk. Disfunksionele opvoeding en beperkte ouerskap loop dikwels hand aan hand en gee aanleiding tot stres by adolessente vanweë die lewensonsekerheid wat daarmee gepaardgaan. Beperkte ouerskap word omskryf as die onvermoë om genoeg tyd saam met adolessente deur te bring, ondoeltreffende toesighouding, koestering en dissiplinering van adolessente.

Beperkte ouerskap dui ook op ontoereikende voorlewing ten opsigte van geestelike waardes soos vertroue, lojaliteit, beminlikheid en hulpvaardigheid teenoor kinders en ontwikkelende adolessente wat emosionele weerloosheid tot gevolg het (Arnold & Little, 2002: 10).

3.3.2.5 Afwesigheid van 'n effektiewe ondersteuningsnetwerk

'n Ondersteuningsnetwerk kan bestaan uit ouers, vriende, familielede, die skool, selgroeplede van die kerk, ens. (Donald *et al.*, 1999: 149-150). Die gebruik van sosiale ondersteuning word duidelik geasossieer met ervarings uit die verlede en die hede van die individu en van die manier waarop die gesin, vriende en hulpverlenende ander persone beleef word. Die gebruik van 'n sosiale ondersteuningsnetwerk is ten nouste gekoppel aan die ontwikkeling en onderhouding van vertroue. Hoe vertroue opgebou word en hoe dit verlore gaan, kan bydra tot 'n verklaring van die maniere waarop verskillende copingvaardighede deur adolessente verkry word (Frydenberg, 1997: 132). Volgens Lin (in Malan, 2000: 101) het 'n effektiewe ondersteuningsnetwerk drie funksies, naamlik:

- dit bevorder die gevoel van emosionele vaardigheid;
- dit gee leiding aan die adolessent hoe om later self probleemsituasies aan te pak en op te los; en
- dit gee terugvoer aan die adolessent oor sy eie identiteit en optrede.

Die beskikbaarheid van 'n effektiewe ondersteuningsnetwerk verminder die negatiewe uitwerking van psigososiale stressors op die adolessent. Volgens Sarason, Sarason, Brock en Pierce (1996: 6-14) beskerm 'n goeie ondersteuningsnetwerk die adolessent teen emosionele weerloosheid. Indien 'n effektiewe ondersteuningsnetwerk afwesig is, is die adolessent op homself aangewese om lewenstressors te hanteer. As die stressors sy innerlike hulpbronne oorskry, staan hy emosioneel weerloos teen die aanslag van hierdie stressors.

3.3.2.6 Blootstelling aan trauma

Volgens Kolk (in Müller, 2000: 31) is emosionele trauma dié lewensgebeurtenisse wat beide die psigologiese en biologiese copingmeganismes van die adolessent oorskry. Trauma kan dus gesien word as enige gebeurtenis of ondervinding wat 'n adolessent se vermoë om te cope, oorskry. Die meeste sielkundiges en psigiaters maak gebruik van die DSM-IV-TR se diagnoses ten opsigte van beleefde trauma. Die DSM-IV-TR maak voorsiening vir die diagnose van post-traumatiese stresversteuring, waar 'n verdere onderskeiding getref word tussen akute, chroniese en vertraagde aanvang van simptome.

Post-traumatiese stresversteuring (APA, 2000: 463-468) kom voor as respons op 'n traumatiese gebeurtenis wat onverwags en buite die grense van die tipies menslike ervaring lê. Insidente wat aanleiding gee tot 'n post-traumatiese stresversteuring word gekenmerk deur doodsbelewenisse, direk of indirek, 'n bedreiging van die dood, dood op sigself, ernstige beserings of bedreiging van die adolessent se fisieke toestand asook die waarneming van sterfte, beserings of die bedreiging van 'n ander persoon se fisieke toestand. Dit werk verswarend in op die adolessent en kan neurobiologiese gevolge hê, omdat die adolessent in 'n sensitiewe ontwikkelingsperiode verkeer (Müller, 2000: 40). Die biologiese nasleep van die stresrespons laat adolessente emosioneel weerloos ten opsigte van persoonlikheidsversteurings, slaapversteurings, psigosomatiese siektes, depressie, kognitiewe en spraakversteurings, leerprobleme en dwelm- en alkoholmisbruik (Donnelly & Amaya-Jackson, 2002: 161; Müller, 2000: 40).

Blos (in Kroger, 1996: 58) is van mening dat almal se kinderjare ontelbare geleenthede bied vir emosionele beserings. Adolessente-trauma is egter 'n relatiewe term onderhewig aan die omvang van die spesifieke gevaar asook die persoon se unieke weerloosheid ten opsigte van die aanslag. Die bemeestering van trauma is 'n lewenslange taak. Soms word verdedigingsmeganismes gebruik om die angs verbonde aan die trauma te verminder (Kroger, 1996: 58).

Sekere lewensituasies roep die oorspronklike emosionele trauma op en bied daardeur geleenthede vir katarsis. Deur emosionele katarsis kan uiting gegee word aan opgehoopte emosies.

Terapeutiese ingryping, spesifiek Mediese hipno-analise, bied die geleentheid om deur middel van ouderdomsregressies die verdronge trauma te herleef en te herbeteken (vgl. 2.5.6.1 (d)). Die voltooiing van adolessensie dra by tot die integrasie van traumatiese gebeure met die ego (Kroger, 1996: 58). Die deurwerk en bemeestering van traumas verhoog die individu se emosionele weerbaarheid aansienlik, terwyl ignorering, repressie en ontkenning, emosionele weerloosheid verhoog.

Die gevallestudies wat voorgehou word in hierdie studie (vgl. Hoofstuk 5) is grotendeels onderwerp aan kindermishandeling en egskeiding, skeiding of vervreemding. Hierdie verskynsels het daartoe aanleiding gegee dat die adolessente emosioneel-weerloos gelaat is en daarom het die navorser dit goedgedunk om hierdie twee verskynsels verder toe te lig.

(a) Kindermishandeling

Die meeste kindermishandeling vind binne die gesin plaas, en sluit in geweld tussen ouers, tussen broers en susters en tussen ouers en kinders. Binne die gesin kom baie van die frustrasie en pyn van die buitewêreld tot uiting as aggressie-ontlading (Castle, Fuhr, Siqosa, Thomas & Wright, 1994: 1-29; Kaplan & Sadock, 1991: 115).

Chroniese kindermishandeling lei tot ontwikkelingsaanpassingsversteurings wat emosionele weerloosheid tot gevolg het. Mishandeling het 'n impak op en reguleer die ontwikkelingsiklus in so 'n mate dat die trauma verbonde aan die mishandeling die adolessent se morele, emosionele, intellektuele en algemene persoonlikheidsontwikkeling negatief beïnvloed (Murray, Fox & Zentner, 2000: 315). Dit veroorsaak dat die adolessent se poging om 'n raamwerk te ontwikkel om sin te maak uit die voordurende gevaar, 'n verandering in die adolessent se

interpretasie van sy wêreld tot gevolg het. Chroniese trauma en hoë stresvlakke waaraan adolessente blootgestel word, veroorsaak 'n gevoel van oorlewings-uitputting. Oorlewingsuitputting verwys na 'n toestand van passiwiteit, hooploosheid en huidige en toekomstige weerloosheid (Müller, 2000: 30-32). So 'n adolessent kom voor as emosioneel dood *("Zombie-like")* en toon min emosie, spontaneïteit en entoesiasme (Castle *et al.*, 1994: 29).

(b) Egskeiding, skeiding en vervreemding

Baie adolessente beleef 'n egskeiding of die vervreemding van hul ouers. Ouers se skeiding of vervreemding is maar net 'n merkteken van die proses van huweliksverval (Feeman, McGee, Williams & Nada-raja, 1995: 677) wat in die meeste gevalle deur erge spanning en konflik voorafgegaan word. Egskeiding is vir adolessente gewoonlik traumaties ten spyte daarvan dat een of beide ouers dit as 'n verligting kan beskou (Cronje, 1997: 1). Daar is ook 'n groot toename in die hoeveelheid adolessente wat 'n tweede egskeiding beleef. Adolessente toon opvallende individuele verskille in die verwerking van hul ouers se vervreemding.

Die hoeveelheid stressors waaraan die adolessent blootgestel word tydens die ouers se vervreemding het ook 'n invloed op sy hantering daarvan. In dié verband merk Amato, Buchanan en Tschann (in Buchanan, 2000: 184) op: *"Adolescent adjustment to divorce is worse the more life stresses they experience".* Volgens Buchanan (2000: 192-193), Frydenberg (1997: 120) en Viale-Val (1997) verhoog egskeiding die risiko vir emosionele probleme, en gevolglik word die risiko vir emosionele weerloosheid ook verhoog.

Daar is egter ook outeurs soos Kurdek en Siesky (in Cronje, 1997: 17) wat tot die gevolgtrekking gekom het dat egskeiding nie noodwendig 'n traumatiese ervaring vir alle adolessente is nie. Ter ondersteuning hiervan het Rosen (in Cronje, 1997: 17) en Sonn en Louw (1995: 112) bevind dat adolessente beter daaraan toe is met 'n egskeiding as binne 'n huwelik vol bitterheid en konflik. Egskeiding kan ook sekere positiewe gevolge oplewer, waaronder groter emosionele volwasssenheid, insig en begrip vir menslike emosies,

onafhanklikheid en aanpasbaarheid en 'n verhoogde verantwoordelikheidsin kan voorkom (Cronje, 1997: 17). Daar is bewys dat adolessente 'n reeks innerlike hulpbronne het om hulle te help aanpas in lewensomstandighede wat voortgebring word deur die vervreemding en egskeiding van ouers (Frydenberg, 1997: 120). In aansluiting hierby kan gekonkludeer word dat egskeiding nié 'n bepalende faktor is vir die uitkoms van die adolessent se toetrede tot volwassenheid nie. Zill, Morrison en Coiro (in Buchanan, 2000: 181) bevestig hierdie stelling: *"The fact that a young person comes from a divorced family does not in itself, tell us a great deal about how he or she is faring on embarking into adulthood."*

Uit voorafgaande bespreking is dit duidelik dat verskynsels wat emosionele weerloosheid in die hand werk, die waarskynlikheid van 'n spesifieke negatiewe uitkoms ten opsigte van 'n spesifieke risiko kan verhoog (Kaplan, 1999: 21). Uit voorafgaande geïdentifiseerde oorsake onderliggend aan emosionele weerloosheid, het sekere risikofaktore vir emosionele weerloosheid na vore gekom.

3.3.3 RISIKOFAKTORE VIR EMOSIONELE WEERLOOSHEID TYDENS ADOLESSENSIE

Adolessente kan proaktief en betrokke wees of passief en geïsoleerd, grotendeels as 'n uitvloeisel van die sosiale omstandighede waarin hulle ontwikkel en optree. Sommige adolessente openbaar risikogedrag juis omdat hulle so hulpeloos voel - hulle neem swak besluite wat hulle emosioneel en fisies weerloos laat ten aansien van die negatiewe impak wat dit op langtermyn kan hê (Nightingale & Fischhoff, 2001: 1). In werklikheid het swak besluite, by-voorbeeld oor die skool, seks en dwelms, meer negatiewe gevolge tydens adolessensie as in die kinderjare, en die adolessent is meer verantwoordelik vir daardie besluite en hul gevolge as in sy kinderjare (vgl. Lerner *et al.*, 2001). Tydens adolessensie is dit belangrik om te fokus op die risiko's en die voorkoming van probleme sowel as op die bevordering van resilience en welstand (Sherrod *et al.*, 1993: 221).

Volgens Kaplan (1999: 19) word emosionele weerloosheid soms gesien as die teenoorgestelde pool van resilience, maar nie as die teenoorgestelde van resilience nie. Emosioneel-weerlose adolessente is sensitief vir omgewingsomstandighede (Murray, Zentner & Pinnell, 2000: 511) en ontvanklik vir negatiewe ontwikkelingsuitkomste ná blootstelling aan ernstige risikofaktore (Kaplan, 1999: 17). Die volgende **risikofaktore vir emosionele weerloosheid** is geïdentifiseer uit die literatuur (Anon, 2002: 2; Aseltine Jr., & Gore, 1993: 248; Donald *et al.*, 1999: 150; vgl. Evans, Van Velsor & Schumacher, 2002; Fischhoff & Willis, 2001: 109-144; Gouws *et al.*, 2000: 161; Kaplan, 1999: 47-48; Kumpfer, 1999: 196; MacFarlane, 2000: 45; Murray *et al.*, 2000: 314-315; Nightingale & Fischhoff, 2001: 1-14):

- Pre-natale stres
- Afwesige ouer(s) vanweë dood, egskeiding, vervreemding en/of verwerping
- Afwesige ouer(s) vanweë kriminele oortreding(s)
- Ontwikkelingsagterstand(e)
- Leergestremdheid of skolastiese problematiek
- Ernstige gesinsonenigheid of huweliksonmin tussen ouers
- Seksuele misdrywe (molestering, verkragting, ens.)
- Dood van 'n betekenisvolle ander
- Fisiese en/of emosionele mishandeling
- Egoswakheid (swak selfbeeld, selfafbrekende gedrag, ens.)
- Lae eiewaarde
- Onsekerheid van en verwerping deur portuurgroep
- Identiteitsdiffusie
- Huisverlating en vroeë skoolverlating
- Emosionele onvolwassenheid (onbeheerste emosionele uitbarstings, impulsiewe optrede, afhanklikheid, ens.)
- Swak sosio-ekonomiese omstandighede (armoede, ens.)
- Middelmisbruikgeneigdheid of -afhanklikheid (alkohol, dwelms, ens.)
- Eetversteurings (anorexia, bulimia, obesiteit, ens.)
- Depressiewe gemoedstoestand (neerslagtigheid, selfmoordneigings en/of -gedrag, selfbesering, lae motivering, treurigheid, ens.)
- Ander patologiese gedrag (angs, neurotiese skuldgevoelens, post-traumatiese stres, ens.)

Emosionele weerloosheid ten opsigte van 'n spesifieke veranderlike impliseer die teenwoordigheid van een of meer van bogenoemde risikofaktore (Kaplan, 1999: 47). Daarom, wanneer die veelvuldige biologiese, sielkundige, kognitiewe en sosiale veranderinge van adolessensie *gelyktydig plaasvind* (byvoorbeeld wanneer menstruasie saamval met 'n skooltransisie), is daar 'n groter risiko dat probleme in 'n adolessent se emosionele ontwikkeling kan voorkom (vgl. Lerner *et al.*, 2001).

3.4 ADOLESSENSIE AS TYDPERK VAN VERHOOGDE EMOSIONELE WEERLOOSHEID

Adolessensie as lewensfase is volgens Jaffe (1998: 498) *". . . a time of heightened vulnerability."* Adolessensie is 'n oorgangstydperk van kind-wees na volwasse-wees wat aanpassing en verandering inhou. Bydraende faktore tot verhoogde emosionele weerloosheid tydens adolessensie is onder meer die belewing van veranderinge en transisies, die uitwerking van stres, die oorskryding van innerlike hulpbronne en onproduktiewe coping (Frydenberg, 1997: 17; Kumpfer, 1999: 196; MacFarlane, 2000: 21; Sherrod *et al.*, 1993: 218).

3.4.1 VERHOOGDE EMOSIONELE WEERLOOSHEID AS GEVOLG VAN VERANDERINGE EN TRANSISIES

Die adolessent moet gelyktydig verskeie veranderinge en transisies hanteer en akkommodeer (Wilson, 1992: 15). Veranderinge en aanpassings is inherent aan adolessensie as lewensfase. Transisies hou verhoogde emosionele weerloosheid in, maar ook die potensiaal tot groei. Transisies tydens adolessensie sluit die volgende in:

- Transisie van kind-wees na puberteit
- Transisie van laerskool na hoërskool
- Transisie van hoërskool na 'n werksomgewing of studie-omgewing

Die transisie na puberteit hou ook verband met ander transisies en veranderinge ten opsigte van die adolessent se verhoudingslewe, voorkoms, kognitiewe vermoëns en so meer (Gouws *et al.*, 2000: 120; Murray *et al.*, 2000: 553-554). In hierdie periode verwissel die adolessent van laerskool na hoërskool en moet hy aanpas in 'n hoërskoolmilieu wat op sigself heelwat uitdagings inhou. Hoërskooltoetrede veroorsaak stres by die meeste adolessente wat aanleiding gee tot verhoogde emosionele weerloosheid (Gouws *et al.*, 2000: 121; Mac Farlane, 2000: 21).

3.4.2 VERHOOGDE EMOSIONELE WEERLOOSHEID AS GEVOLG VAN STRES

Studies deur Collins en Harper, Nicholson en Antill en Offer en Offer het getoon dat adolessente hulle bekommer oor 'n verskeidenheid sake soos voorkoms, skoolprestasie, werk, opleiding en verhoudings (Rutter in Frydenberg, 1997: 102). Hulle worstel dus met 'n reeks stresfaktore binne en buite die gesinsopset. Dit blyk dat die *belewing* van die adolessent die grootste bepaler is of 'n aangeleentheid of lewensondervinding in stres ontwikkel (Frydenberg, 1997: 14). Sommige adolessente is meer ontvanklik vir die negatiewe uitwerking van stres as ander. Adolessente-emosionele weerloosheid word verhoog deur onder meer 'n swak selfbeeld en 'n negatiewe ingesteldheid. Die negatiewe uitwerking van stres word verdubbel indien 2 stressors gelyktydig voorkom. Adolessente kan in staat wees om 1 stressor op 'n gegewe tydstip te hanteer, maar 2 of meer stressors tergelykertyd kan aanleiding gee tot sielkundige probleme (Brook *et al.*, 2002: 8; Gouws *et al.*, 2000: 151; vgl. Lerner *et al.*, 2001).

Volgens Frydenberg (1997: 17) het die voorkoms van probleme as gevolg van stres in adolessente die afgelope 15 jaar merkbaar verhoog. Potensiële stres word eers werklike stres as dit as bedreigend waargeneem word. Die adolessent se beoordeling van sy eie vermoë om die eise van die omgewing te hanteer en om gevaar te bowe te kom, bepaal of hy bedreig voel deur 'n lewensgebeurtenis of dit as 'n uitdaging sien (Frydenberg, 1997: 17). Die manier waarop adolessente cope met stresvolle gebeurtenisse en hul emosionele reaksies

daarop, het 'n uitwerking op hul voortgaande ontwikkeling. Adolessente word dikwels blootgestel aan stres wat deur ouers en onderwysers verkeerdelik vertolk word as buierigheid vanweë normale veranderinge (Gouws *et al.*, 2002: 152). In **TABEL 3.2** word aanduiders van adolessente-stres in die huissituasie, skoolomgewing en in die gemeenskap onderskei (Frydenberg, 1997: 22; Gouws *et al.*, 2002: 148).

TABEL 3.2: AANDUIDERS VAN STRES IN ADOLESSENTE

HUISSITUASIE	SKOOLOMGEWING	GEMEENSKAP
Stryerigheid en ongeduldigheid	Anti-sosiale gedrag	Apatiese houding
Verwaarlosing van die self	Woede	Alkoholmisbruik
Psigosomatiese simptome	Akademiese agterstande	Alkoholverslawing
Verveeldheid	Stryerigheid	Dwelmverslawing
Aggressie	Bakleierigheid	Verslawing aan nikotien
Chroniese uitputting	Aandagsoekery	Bende-betrokkenheid
Konflik met broers/susters	Grootpratery	Vandalisme
Treurigheid	Swak konsentrasie	Gewelddadige gedrag
Geïrriteerdheid	Uitputting	Onverskilligheid
Gebrek aan belangstelling	Gewelddadigheid	Inbrake
Passiwiteit en uitstel	Stokkiesdraaiery	Wreedheid
Kindermishandeling	Verskeie siektes	Intimidasie deur ander
Moegheid en slaapprobleme	Sosiale onttrekking	Promiskuïteit
Opstandigheid	Onthouding van deelname	Doellose rondhangery
Ernstige gewigstoename of gewigsverlies	Verwarring by probleem-oplossing	Rondlopery sonder 'n vaste tuiste
Onvermoë om daaglikse roetine vol te hou	Swak verhoudings met onderwysers	Groot finansiële lenings by vriende

Van die bogenoemde aanduiders kan ook die gevolg wees van fisiese siekte en/of ander probleme. Wanneer bogenoemde aanduiders verskyn as gevolg van stres, kan dit vir die ouers en onderwysers 'n aanduiding wees dat die adolessent gekonfronteer word met situasies en gebeurtenisse wat waarskynlik sy innerlike hulpbronne oorskry en dat hy hulp nodig het om te cope. *"Sharing sorrow with someone protects people from the stress of life."* (vgl. Witmer & Sweeney, 1992.)

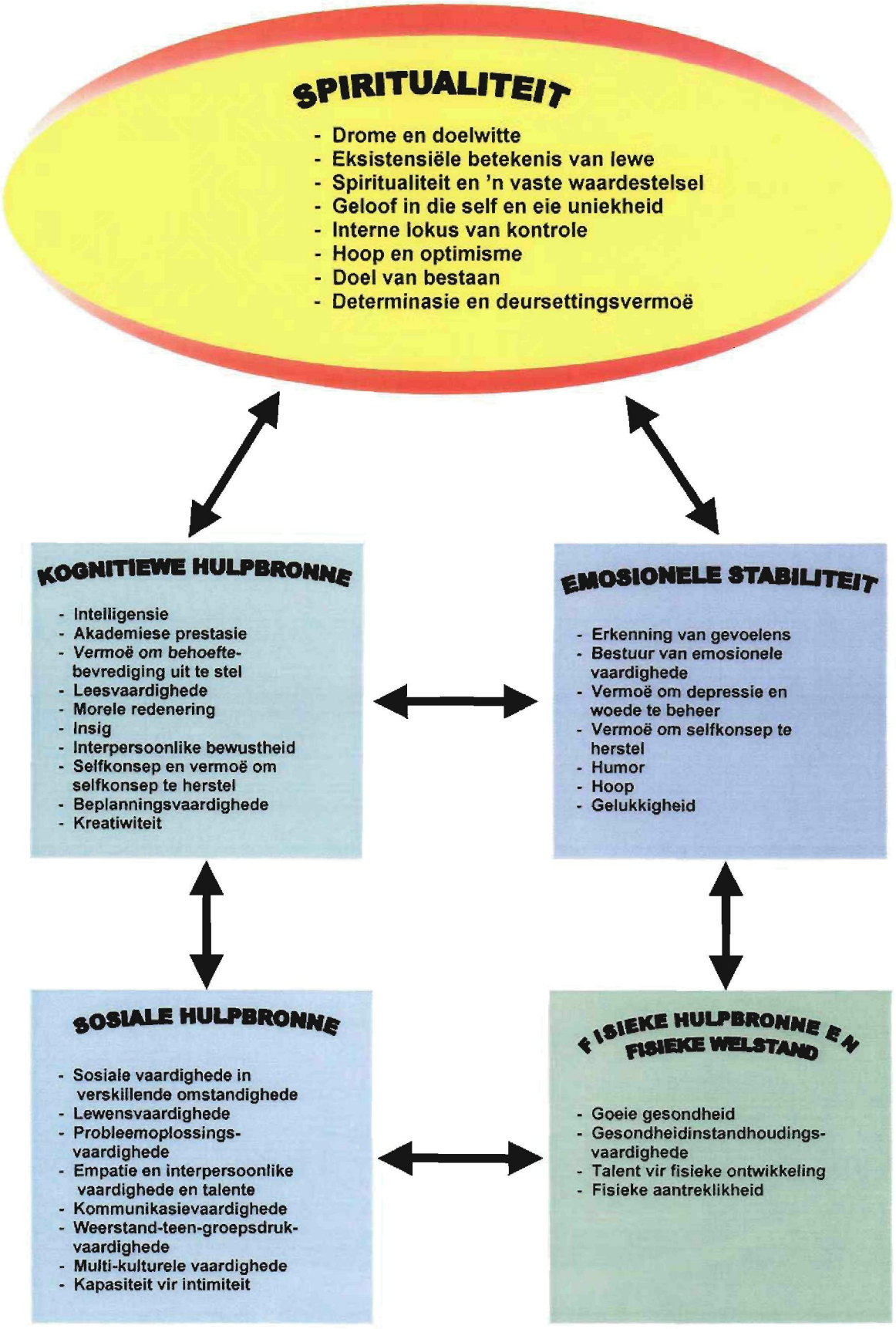
3.4.3 VERHOOGDE EMOSIONELE WEERLOOSHEID AS GEVOLG VAN DIE OORSKRYDING VAN INNERLIKE HULPBRONNE

Die adolessent kan gebruik maak van interpersoonlike sowel as innerlike hulpbronne in die hantering van stresvolle lewensgebeurtenisse. Interpersoonlike hulpbronne dui op beskikbare bronne van familie en vriende wat aktief deelneem om die adolessent te ondersteun terwyl hy met stresvolle omstandighede probeer cope (Kleinke, 1998: 36).

Die beskikbaarheid van interpersoonlike hulpbronne word deur baie navorsers beskou as 'n copingbron (Malan, 2000: 98). Innerlike hulpbronne sluit in: vermoëns, kenmerke, kennis, vaardighede, fisiese gesondheid, selfrespek, ens. In **FIGUUR 3.2** word verskeie innerlike hulpbronne geïdentifiseer (Kumpfer, 1999: 196).

Adolessensie is reeds 'n tydperk van veeleisende coping. As gevolg hiervan is dit makliker om innerlike hulpbronne te oorskry (Jaffe, 1998: 498). Die beskikbaarheid en benutting van innerlike hulpbronne gee aanleiding tot resilience en die afwesigheid of oorskryding daarvan kan gevolglik aanleiding gee tot emosionele weerloosheid.

FIGUUR 3.2: INNERLIKE HULPBRONNE

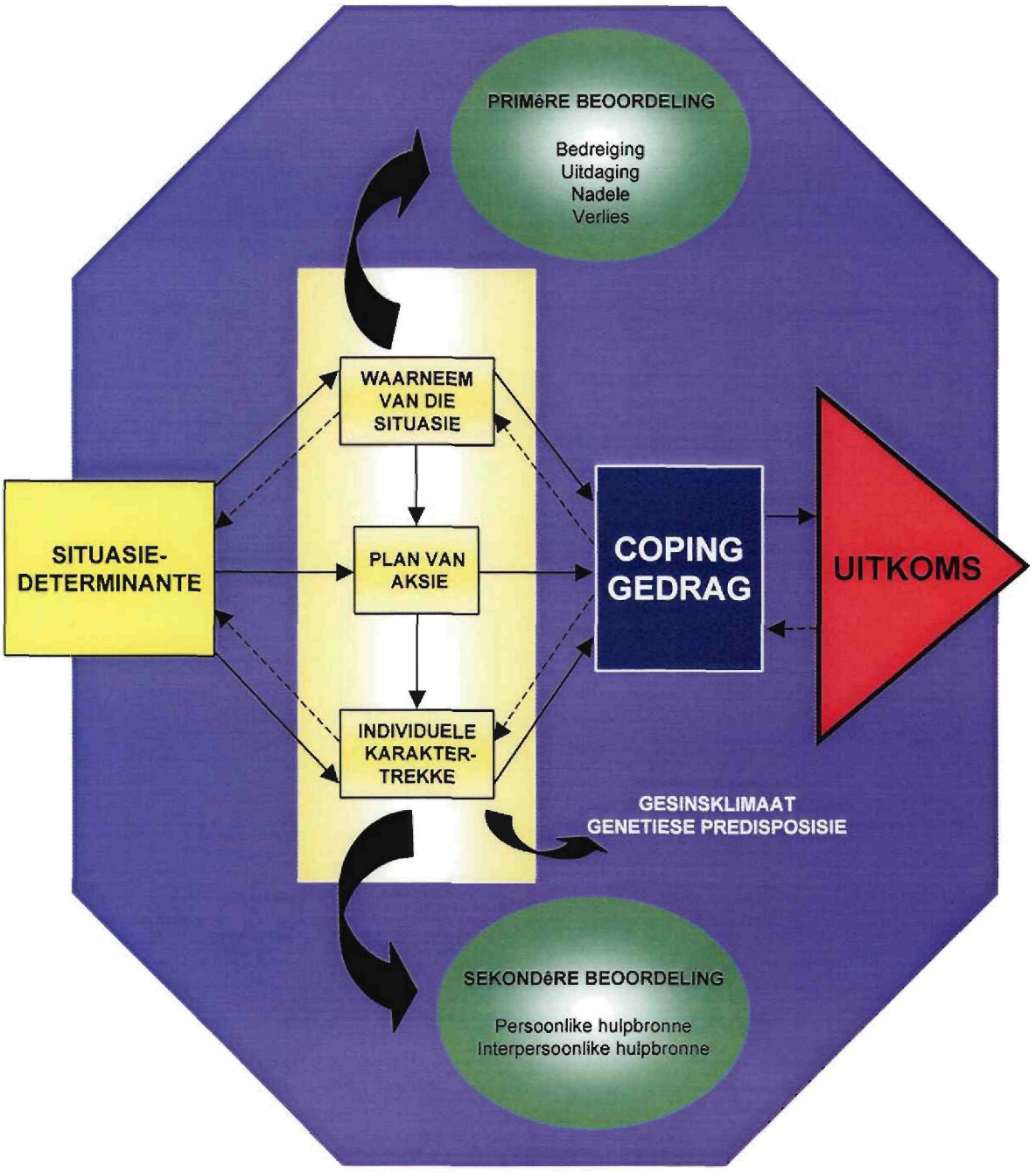


3.4.4 VERHOOGDE EMOSIONELE WEERLOOSHEID AS GEVOLG VAN ONPRODUKTIEWE COPING

Daar word verwys na die hantering van en aanpassing by gebeure as coping. Coping word deur 'n adolessent soos volg omskryf: *"Coping is handling life, not breaking down, just living, just getting through things, being able to deal with things, being in control, being strong, trying to turn the negative into the positive, to make the best out of the situation."* (Frydenberg, 1997: i.) Omdat coping 'n komplekse fenomeen is, is dit moeilik om empiries te bepaal hoe coping-vaardighede verkry kan word (Frydenberg, 1997: 175). Die adolessent leer 'n groot mate van copinggedrag aan deur tuis met sy vader en moeder te identifiseer. 'n Adolessent wie se vader nie tuis teenwoordig is nie, sal meer waarskynlik onproduktiewe coping toepas as 'n adolessent wie se vader teenwoordig is (Brook *et al.*, 2002: 14). Frydenberg (1997: 36-37) se teorie vir coping word deur die navorser as bruikbaar binne hierdie studie beskou. In **FIGUUR 3.3** word Frydenberg (1997: 37) se model en definisie van adolessente-coping diagrammaties uiteengesit. Volgens Frydenberg se model is coping die interaksie tussen situasie-determinante en die adolessent se karaktertrekke, sy persepsie van die situasie en sy plan van aksie om met die situasie te cope.

Die adolessent se genetiese predisposisie, persoonlike en gesinsgeskiedenis en -klimaat affekteer noodwendig sy waarneming van die situasie. Die adolessent beoordeel die situasie uit sy eie verwysingsraamwerk en evalueer die gevolge daarvan in terme van 'n uitdaging, bedreiging of moontlike skade of verlies. Eie beskikbare hulpbronne (persoonlik en interpersoonlik) word ook geïdentifiseer. Die plan van aksie om met die situasie sowel as die reaksie self te cope, bepaal die uitkoms. Produktiewe coping dra by tot resilient gedrag terwyl onproduktiewe coping emosionele weerloosheid, ten opsigte van die risikofaktor op hande, tot gevolg het. Om te cope is om te lewe, en coping is nie inherent *goed* of *sleg* nie. Coping kan eerder gekarakteriseer word as produktief en onproduktief op grond van die spesifieke copingstrategieë wat aangewend word (Frydenberg, 1997: 52).

FIGUUR 3.3: ADOLESSENTE-COPING



$$C = F (P + S + Ps)$$

BYSKRIF

C = COPING
F = SITUASIE-DETERMINANTE EN INDIVIDUELE KARAKTERTREKKE
P = PERSOONLIKE KARAKTERTREKKE
S = SITUASIE
Ps = WAARNEMING VAN SITUASIE

Onproduktiewe coping vind plaas wanneer die adolessent van verdedigingsmeganismes gebruik maak en die erns en intensiteit van die probleem ontken word, die probleem geïgnoreer word of wanneer die adolessent homself onttrek aan die probleem (Compas in Frydenberg, 1997: 52; Krenke in Frydenberg, 1997: 52). Hipnose kan gebruik word as 'n nie-bedreigende instrument om verby die adolessent se verdedigingsmeganismes te beweeg en met behulp van Mediese hipno-analise die werklike oorsaak te identifiseer en te hanteer wat verantwoordelik is vir die konflikte en probleme (Matez, 1992: 4-16; Modlin, 1999a: 28). Met behulp van Mediese hipno-analise kan die adolessent dus in staat gestel word om meer effektief te cope met konflike sonder dat hy nodig het om van verdedigingsmeganismes gebruik te maak. Brook *et al.* (2002: 18) identifiseer die volgende dimensies van die adolessent se persoonlikheid wat betrek word by onproduktiewe coping:

- 'n Depressiewe gemoedstemming. Die sterk negatiewe emosies van depressie meng in met coping en dit belemmer 'n adolessent se vermoë om spanningsvolle gebeure te hanteer.

- Gedragskomponente kan die vermoë om te cope belemmer. Byvoorbeeld: onkonvensionele gedrag soos opstandigheid en misdadigheid word met onproduktiewe coping geassosieer.

- Hindernisse in interpersoonlike funksionering word met 'n swakker copingvermoë geassosieer. Adolessente met interpersoonlike moeilikhede ontvang waarskynlik nie die sosiale ondersteuning wat hulle nodig het vir effektiewe coping nie. Dit is ook moontlik dat hulle nie op sosiaal-aanvaarbare maniere vrá vir ondersteuning nie.

- Farmakologiese komponente van dwelms en/of alkohol meng in met die intellektuele vermoëns wat die adolessent nodig het om met stresvolle situasies te cope.

- Genetiese faktore (byvoorbeeld 'n lae intelligensievermoë en chromosoom-abnormaliteite) kan ook 'n belangrike rol speel in 'n adolessent se vermoë om te cope.

Soos die risikofaktore in die adolessent se omgewing vermeerder, verdubbel die risiko ten opsigte van onproduktiewe coping (vgl. Lerner *et al.*, 2001). Gevolglik: selfs as 'n mens nie al die risiko's kan verwyder nie, sal die verwydering van sommige daarvan waarskynlik geassosieer word met 'n afname in onproduktiewe coping (Brook *et al.*, 2002: 19). Onproduktiewe coping veroorsaak dat die adolessent nie in staat is om die toepaslike ontwikkelingstake van adolessensie suksesvol te bemeester nie en gee derhalwe aanleiding tot emosionele weerloosheid (Brook *et al.*, 2002: 6).

3.4.5 GEVOLGTREKKING

Hoe die adolessent bogenoemde en ander probleme hanteer en daarby aanpas, met ander woorde daarmee cope, kan verreikende gevolge hê (Steiner, Erickson, Hernandez & Pavelski, 2002). Indien die adolessent nie in staat is om die stresssors in sy lewe te hanteer nie, gee dit aanleiding tot wanhoop, mismoedigheid en depressie en in uiterste gevalle lei dit tot selfmoord (Frydenberg, 1997: 139). Baie volwassenes probeer hul lewe lank om, ter wille van hul kinders, faktore wat tot emosionele weerloosheid aanleiding gee, te verminder. Hul pogings sluit opbouende skoolaktiwiteite, kerkaktiwiteite, opvoedkundige aktiwiteite, mediese ingryping en sielkundige terapie in (Fischhoff & Willis, 2001: 109).

Die kombinasie van aanpasbaarheidsreaksies wat met resilience en emosionele welstand geassosieer kan word, dra daartoe by dat 'n verbasend groot hoeveelheid adolessente ontwikkel in normale, suksesvolle volwassenes ten spyte van stresvolle, belemmerende of selfs verwoeste kinderjare. Die teendeel is egter ook waar. Indien emosionele weerloosheid presenteer, bestaan die waarskynlikheid dat die adolessent nie sy emosionele potensiaal kan verwesenlik nie en en dus in gebreke bly om emosionele volwassewording as

uitkoms van adolessensie te realiseer. Emosionele volwassewording as uitkoms van adolessensie word vervolgens bespreek.

3.5 EMOSIONELE VOLWASSEWORDING AS UITKOMS VAN ADOLESSENSIE

Emosionele volwassewording is altyd afgestem op emosionele volwassenheid. Adolessensie is 'n interessante tydperk van groei en verandering, asook 'n uitdagende tydperk vir die individu wat daarin is, maar uiteindelik moet dit ook eindig en plek maak vir die ontwikkeling van volwassenheid. Emosionele volwassenheid kan gesien word by die adolessent wat 'n duidelike begrip het van sy lewensdoelwit, 'n sin vir rigtingvastheid en intensionaliteit (Ryff & Singer, 1996: 15). Selfs die hoogste intelligensie kan nie volledig gerealiseer word as emosionele volwassenheid ontbreek nie. Emosionele volwassenheid is 'n balans tussen die brein en die emosies, tussen die binne- en buitewêreld van die individu (vgl. Landau, 1998). Die ontwikkeling van 'n volledige, volwasse persoonlikheid is die belangrikste aspek van emosionele volwassewording (vgl. Landau, 1998).

Die globale faktor van emosionele volwassewording kom neer op die krag om individuele vermoëns te aktualiseer binne die raamwerk van sosiale eise (vgl. Landau, 1998). Emosionele volwassewording ontwikkel op 'n deurlopende basis in 'n individu se lewe. Verskillende karaktertrekke is al bestudeer om **kwaliteite vir emosionele volwassewording** vas te lê. Die bestudering van die literatuur (Du Toit, 1988: 205-206; Frydenberg, 1997: 198-199; Gouws *et al.*, 2000: 97-98; Inkeles & Leiderman, 1998: 52; vgl. Landau, 1998; Murray, 2000: 241; Ryff & Singer, 1996: 15; Wilson, 1992: 38-39; Wissing & Van Eeden, 2002: 32) het verskeie kwaliteite opgelewer waaraan die adolessent se emosionele volwassewordingspeil gemeet kan word. Hierdie kwaliteite sluit onder meer die volgende in:

- Emosionele volwassewording veronderstel **selfaanvaarding**. Self-aanvaarding is 'n sentrale eienskap van emosionele geestesgesondheid en 'n kenmerk van volwassenheid. Selfaanvaarding hou verband met positiewe verdraagsaamheid teenoor ander mense. Die vermoë om lief te hê word gesien as 'n sentrale komponent van geestesgesondheid.

- Emosionele volwassewording veronderstel dat die adolessent 'n **eie identiteit verwerf** van wie hy is, hoe hy voel en waarheen hy oppad is en oor watter vermoëns en bekwaamhede hy beskik met inbegrip van sy eie sterk- en swakpunte. Die verkryging van 'n eie identiteit veronderstel **individualisasie** waar die adolessent 'n unieke wyse vind om psigiese balans te handhaaf terwyl hy wegbreek van sosiale konformiteit ten opsigte van doelwitte en waardes.

- Emosionele volwassewording veronderstel die **vestiging van eiewaarde** waar die adolessent toereikende waarde aan homself, sy bevoegdhede en bekwaamhede heg.

- Emosionele volwassewording veronderstel dat die adolessent 'n **eie waardesisteem** opbou waarbinne hy op grond van sy eie normes en waardes morele besluite kan neem. Sy waardesisteem lê die grondslag vir die lewens- en wêreldbeskouing wat hy voorstaan.

- Emosionele volwassewording veronderstel die **bevrediging van affiliasiebehoeftes** waar die adolessent se behoefte om te behoort, aanvaar te word, opgeneem te word in 'n groep, en om liefde te gee en te ontvang, bevredig word.

- Emosionele volwassewording veronderstel dat die adolessent met **deurdagte optrede** sal handel, met ander woorde 'n situasie krities sal evalueer voordat hy optree.

- Emosionele volwassewording veronderstel psigologies-**gesonde persoonsfunksionering** wat die adolessent in staat stel om lewenseise en lewensprobleme te hanteer en lewenstevredenheid te put. Dit impliseer onder meer dat die adolessent dus realtief vry is van patologiese gedrag soos depressie, eetversteurings, angs- en skuldgevoelens, middelmisbruik of -afhanklikheid, post-traumatiese stres, ens. wat sy persoonsfunksionering kan inkort en gevolglik sy emosionele volwassewording kan rem.

- Emosionele volwassewording veronderstel die **integrasie** van verskeie aspekte van die persoonlikheid met die self sowel as die integrasie van innerlike hulpbronne. Hy is oop en sensitief vir sy eie belewinge en ondervindinge en beskik oor goeie inpas- en aanpasvaardighede. Emosionele volwassewording verg deelname in 'n aansienlike aktiwiteitsfeer buite die mens self en 'n groter beweeglikheid op verskillende terreine.

- Emosionele volwassewording veronderstel dat die adolessent **'n besef het van die sinvolheid van sy bestaan**. Dat hy gelukkig is in dit wat hy doen en dit met redelike bekwaamheid en genot doen. Hy voltooi sy werk, al is daar hier en daar vervelige oomblikke en werk goed onder toesig of daarsonder.

- Emosionele volwassewording veronderstel die adolessent **verantwoordelikheid aanvaar vir sy eie bestaan**, met die wete dat hy soms verliese gaan ly as gevolg van sy besluite, in plaas van voordeel daaruit te trek. Hy kan **selfgeldend optree** en is bereid om verantwoordelikheid te aanvaar vir dít wat mag voortspruit uit sy gedrag.

- Emosionele volwassewording veronderstel **selfstandigheid**, asook **onafhanklike funksionering** sonder oormatige hulp van ander binne die raamwerk van die kultuur waarin hy lewe. Dit is natuurlik nie nodig dat die

raamwerk van die kultuur goedsmoeds sonder kommentaar aanvaar moet word nie, maar eerder dat 'n volwassene die waarde daarvan insien en dit nie wil vernietig nie, maar verkies dat dit stadig van binne af werk om die nodige veranderinge na vore te bring.

- Emosionele volwassewording veronderstel **selfbeheersing en self-dissipline**, met ander woorde dat die adolessent sy emosies kan kontroleer en beheer. Hy kan deur klein irritasies leef sonder periodieke woede-uitbarstings. Hy ly nie aan chroniese vyandigheid of angs nie, en kan onregverdigheid verdra sonder om gedryf te word tot vergelding. Hy soek nie gedurig die opgewondenheid van verlief wees nie, en kan skrikwekkende situasies hanteer sonder om paniekbevange te raak. Aan die positiewe kant kan hy sy eie emosionele hulpbronne geniet, hy kan liefhê en lag en tevrede wees met aangename dinge. Hy kan woede en angs op 'n normale manier beleef, maar in sy uitdrukking daarvan beheer uitoefen.

- Emosionele volwassewording veronderstel dat die adolessent **emosioneel stabiel en weerbaar** is, **emosioneel-volwasse gedrag** openbaar, toereikende **emosionele behoeftebevrediging** ervaar en **emosionele welstand** beleef. Emosionele stabiliteit, emosionele weerbaarheid, emosioneel-volwasse gedrag, toereikende emosionele behoeftebevrediging en emosionele welstand kan as versterkend gesien word ten opsigte van emosionele volwassewording in die geheel.

- Emosionele volwassewording veronderstel ook dat die adolessent **algemene welstand** beleef. Fisieke, kognitiewe en spirituele welstand kan as versterkend gesien word ten opsigte van algemene welstand waar die adolessent in 'n psigologiese maar ook fisiologiese homeostatiese toestand verkeer deur toereikende behoeftebevrediging. Toereikende **behoeftebevrediging** is 'n belangrike aspek van persoonlikheidsgroei tot

volwassewording, terwyl behoefteverwringing emosionele weerloosheid in die hand kan werk.

- Emosionele volwassewording veronderstel **bevredigende sosiale interaksie** met effektiewe kommunikasievaardighede. Die adolessent behou nie net sommige vriende van sy jonger dae nie, maar maak nuwe vriende soos hy deur die lewe gaan. Hy verkeer minstens op goeie voet met sy ouers of as daar 'n argument met sy ouers was, soek hy 'n oplossing om weer 'n normale verhouding met hulle te kan hê.

- Emosionele volwassewording veronderstel **sosiale en seksuele rolaanvaarding** waar die adolessent kennis neem van en beïnvloed word deur sy ouers en die samelewing se verwagtinge van hom ten aansien van sy optrede en reaksies teenoor die ander geslag.

- Emosionele volwassewording veronderstel **empatiese begrip** vir ander mense se gevoelens. Hy moet homself kan voorstel in die skoene van sy medemens.

- Emosionele volwassewording veronderstel dat die adolessent die vermoë het om ander **objektief** te behandel.

- Emosionele volwassewording veronderstel dat die adolessent oor 'n redelike akkurate persepsie van die **realiteit** beskik en dat hy sy eie bevoegdhede ken en iets weet van die wêreld waarin hy leef.

3.6 SAMEVATTENDE GEVOLGTREKKING

Met dié hoofstuk is gefokus op die laat kindertydperk en vroeë volwassenheid. Erikson se psigososiale perspektief is as uitgangspunt gebruik om die adolessente-lewensfase toe te lig. Die positiewe sowel as negatiewe ontwikkelingsuitkomste is bespreek. Daar is tot die gevolgtrekking gekom dat emosionele

weerloosheid as volwassewordingsbeperkende probleem kan manifesteer indien daar nie toereikend in die adolessent se ontwikkelingsbehoeftes voorsien word nie.

Adolessensie as tydperk van verhoogde emosionele weerloosheid is bespreek deur te wys op aanpassings, veranderinge en stres waaraan adolessente blootgestel word. Aandag is ook gegee aan die adolessent se oorskryding van sy innerlike hulpbronne en onproduktiewe coping met stresvolle lewensgebeure as aanleidende faktore tot emosionele weerloosheid. Uit die literatuur is verskeie risikofaktore vir emosionele weerloosheid geïdentifiseer.

Daar is tot die gevolgtrekking gekom dat emosionele weerloosheid beperkend kan inwerk op die emosionele volwassewordingsvoltrekking van die adolessent vanweë lewensveranderende gebeurtenisse, disfunksionele gesinsverhoudings en gesinskonflik, groepsdruk en -onsekerheid, disfunksionele opvoeding, die afwesigheid van 'n effektiewe ondersteuningsnetwerk en blootstelling aan trauma.

3.7 HOOFSTUKAFSLUITING

Die samelewing verwag van adolessente om verantwoordelik en volwasse op te tree en verantwoordelike en volwasse keuses te maak. Die samelewing is egter aandadig en is deels daarvoor verantwoordelik dat die jeug soms ontwikkel tot emosioneel-weerlose adolessente, deurdat egskeidings, gesinskonflik, gesinsgeweld en misdaad aan die orde van die dag is. Hierdie samelewings-tendense werk verswarend in op die ontwikkeling van die adolessent se emosionele weerbaarheid en volwassenheid.

Namate die 21ste eeu ontvou, word dit toenemend duidelik dat die toekoms van enige gemeenskap afhang van die vermoë van sy burgers om sy kinders en sy jeug te help om hul volle potensiaal te ontwikkel en geleenthede te kry om produktiewe en betekenisvolle lewens te voer.

In Hoofstuk 4 val die fokus op die empiriese studie waaronder die kwalitatiewe navorsingsmetode, -doelstelling, -ontwerp, -strategie, metodes van data-insameling, prosedures en tegnieke, data-analise en die interpretasie van die data in oënskou geneem word.

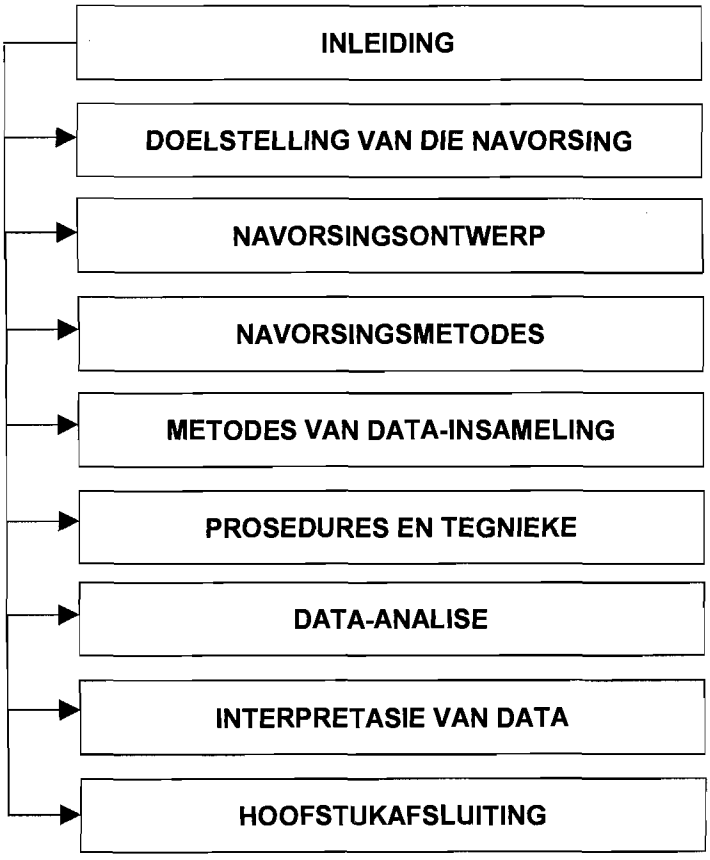
HOOFSTUK 4

EMPIRIESE STUDIE

4. HOOFSTUKORIëNTERING

Die doel van hierdie hoofstuk is om die empiriese ondersoekmetode te beskryf deur die navorsingsprogram as 'n kwalitatiewe ontwerp voor te lê. Aan die hand van **SKEMA 4** word 'n kort oorsig oor Hoofstuk 4 gegee:

SKEMA 4: OORSIG OOR HOOFSTUK 4



4.1 INLEIDING

Verskeie studies het reeds getoon dat hipnoterapie met groot sukses aangewend kan word as terapeutiese tegniek by die behandeling van adolessente- en volwasse-problematiek (Geer, 2000; Meyer, 2001; Punt, 1994; Roets, 2001; Van Niekerk, 2000). Die vraag wat ontstaan, is of die Mediese hipno-analise-model terapeuties effektief en bruikbaar is vir adolessente wat emosioneel weerloos is en begelei moet word tot emosionele volwassewording.

In hierdie hoofstuk word die empiriese ondersoekmetode onderliggend aan die navorsing blootgelê.

4.2 DOELSTELLINGS VAN DIE NAVORSING

Die doelstellings van die navorsing is om met behulp van voor-eksperimentele en beskrywende navorsing nuwe data in te samel en bestaande data te ontleed ten einde die navorsingdoelstellings te bereik.

Die navorser stel haarself ten doel om emosionele weerloosheid as verskynsel by adolessente te ondersoek en te beskryf, met inbegrip van die wyse waarop emosionele weerloosheid die emosionele volwassewording van adolessente beïnvloed. Om te verseker dat bogenoemde verskynsel ondersoek word soos dit werklik voorkom of ervaar word, benader die navorser die verskynsel sonder vooropgestelde verwagtinge of kategorieë (Roets, 2001: 103).

4.2.1 HOOFDOELSTELLING VAN DIE NAVORSING

Die oorkoepelende doel van hierdie studie is om te bepaal of Mediese hipno-analise 'n effektiewe terapeutiese tegniek is vir die begeleiding van emosioneel-weerlose adolessente tot groei in emosionele volwassewording.

4.2.1.1 Sub-doelstellings van die navorsing

Die sub-doelstellings wat vir hierdie navorsing geformuleer is, is onder meer om:

- deur middel van 'n literatuurstudie die teoretiese beginsels onderliggend aan Mediese hipno-analise as 'n terapeutiese tegniek te beskryf;

- vanuit die literatuur bydraende faktore tot verhoogde emosionele weerloosheid tydens adolessensie te identifiseer;

- vanuit die literatuur risikofaktore vir emosionele weerloosheid by adolessente te identifiseer;

- vanuit die literatuur emosionele volwassewordingskwaliteite te identifiseer, wat kan dien as maatstaf vir die evaluering van groei in emosionele volwassewording by adolessente;

- aan te dui hoe die toepassing van Mediese hipno-analise as terapeutiese tegniek die emosioneel-weerlose adolessent kan help om gebeure wat hom emosioneel weerloos laat, te hanteer en te verwerk; en

- riglyne vir opvoedkundige sielkundiges aan die hand te doen ten opsigte van die gebruik van Mediese hipno-analise as hulpverleningtegniek.

Ten einde die effek van Mediese hipno-analise op die groei in emosionele volwassewording by emosioneel-weerlose adolessente te evalueer, word die volgende hoof- en sub-hipoteses gestel om getoets te word:

4.2.2 HOOFHIPOTESE

Mediese hipno-analise is 'n effektiewe terapeutiese tegniek vir die begeleiding van emosioneel-weerlose adolessente tot groei in emosionele volwassewording.

4.2.2.1 Sub-hipoteses

Die volgende drie sub-hipoteses is geformuleer:

- **Sub-hipotese 1:**

Die voorkoms van emosionele weerloosheid by adolessente kan in verband gebring word met traumatiese belewinge vanaf konsepsie tot vroeë kinderjare.

- **Sub-hipotese 2:**

Ouderdomsregressies kan inligting verskaf ten opsigte van die inisiële gebeurtenisse wat aanleiding gee tot emosionele weerloosheid by adolessente.

- **Sub-hipotese 3:**

Wysiging van gedagte- en gedragspatrone wat afkomstig is uit adolessente se vroegste herinneringe, kan in verband gebring word met groei in emosionele volwassewording by emosioneel-weerlose adolessente.

4.3 NAVORSINGSONTWERP

'n Navorsingsontwerp verwys na 'n bloudruk of plan van aksie vir data-insameling en -interpretasie - riglyne wat die navorser in staat stel om die navorsingsprobleem te konseptualiseer en te observeer. *"A research design is the arrangement of conditions for collection and analysis of data in a manner that aims to combine relevance to the research purpose with economy in procedure."* (Selltiz in Norval, 1993: 16.)

Daar kan onderskei word tussen kwantitatiewe en kwalitatiewe navorsings-ontwerpe. Die navorser het hoofsaaklik kwalitatief te werk gegaan. In kwantitatiewe navorsing bepaal die ontwerp die navorser se keuses en optrede,

terwyl in kwalitatiewe navorsing die navorser se keuses en optrede die ontwerp bepaal (Schurink, 1998: 242-243, 252). Die kwalitatiewe navorsingsontwerp sal vervolgens gedefinieer en verder toegelig word.

4.3.1 KWALITATIEWE NAVORSINGSONTWERP

"To behold is to look beyond the fact; to observe, to go beyond the observation. Look at the world of people, and you will be overwhelmed by what you see. But select from that mass of humanity a well-chosen few, and observe them with insight, and they will tell you more than all the multitudes together." (Leedy & Ormrod, 2001: 191.) Die menslike faktor en die intieme eerstehandse kennis wat ingewin word, staan sentraal binne die kwalitatiewe navorsingsontwerp (Neuman, 2000: 126).

Die navorser maak binne die kwalitatiewe navorsingsontwerp gebruik van die gevallestudie-metode. Om meer inligting te bekom, gebruik die navorser 'n eengroep voortoets-natoets ontwerp wat sowel kwalitatief as kwantitatief ontleed word. 'n Definisie van kwalitatiewe navorsing en die beperkinge van 'n kwalitatiewe navorsingsontwerp geniet vervolgens aandag.

4.3.1.1 'n Definisie van kwalitatiewe navorsing

Die navorser gebruik Berg se definisie van kwalitatiewe navorsing, omdat dit veral beskrywend is van die wyse waarop die gevallestudies gehanteer en nagevors is. Berg (1995: 7) definieer kwalitatiewe navorsing soos volg:

"As a result, qualitative techniques allow the researchers to share in the understanding and perceptions of others and to explore how people structure and give meaning to their daily lives. Researchers using qualitative techniques examine how people learn about and make sense of themselves and others."

Mediese hipno-analise is geskik vir gebruik binne 'n kwalitatiewe navorsingsontwerp, aangesien dit homself leen tot 'n ryk, gedetaileerde beskrywing en begrip van die onbewuste funksionering van die proefpersone.

4.3.1.2 Beperkinge van 'n kwalitatiewe navorsingsontwerp

Beperkinge van 'n kwalitatiewe navorsingsontwerp is onder meer dat die bevindinge nie statisties geprojekteer kan word na die populasie van die studie nie, omdat die werwing nie heeltemal verteenwoordigend is nie en vanweë die aard van kwalitatiewe navorsing wat klein steekproefgroepe noodsaak (vgl. Lucasey, 2000).

Hoewel bevindinge nie in 'n statistiese sin projekteerbaar is nie, het kwalitatiewe navorsing die unieke vermoë om insig in die onderliggende strydvrae wat vir die populasie van die studie tersaaklik is, te voorsien (vgl. Lucasey, 2000).

4.4 NAVORSINGSMETODES

Die navorsingsmetodes wat die navorser volg en die navorsingsdoelstellings van 'n studie loop hand aan hand (Norval, 1993: 19). Die navorsingsmetodes wat gevolg word, moet die navorsingsdoelstellings dien (vgl. Poggenpoel, Myburg & Van der Linde, 2001). Die gebruik van literatuur, gevallestudies en kwantitatiewe metodes is ingeskakel as navorsingsmetodes.

4.4.1 DIE GEBRUIK VAN DIE LITERATUURSTUDIE AS NAVORSINGS-METODE

Die oorsprong van emosionele weerloosheid is verken by wyse van 'n literatuurstudie as navorsingsmetode. Risikofaktore onderliggend aan emosionele weerloosheid by adolessente is uit die literatuur geïdentifiseer. Die aard en omvang van Mediese hipno-analise is ondersoek deur middel van 'n literatuurstudie met die doel om dit te beoordeel as geskikte diagnostiese tegniek

en terapeutiese intervensie vir die begeleiding van emosioneel-weerlose adolessente na emosionele volwassewording. Adolessensie as lewensfase met emosionele volwassewording as uitkoms daarvan is ook by wyse van 'n literatuurstudie onder die soeklig geplaas.

4.4.2 DIE GEBRUIK VAN DIE GEVALLESTUDIEMETODE AS NAVORSINGS-METODE

Ten einde die navorsingsdoelstellings te bereik, word die meervoudige gevallestudiemetode as navorsingsmetode gebruik. Bowling (1999: 359) bied die volgende uitleg van die gevallestudiemetode aan: *"A case study is a research method which focuses on the circumstances, dynamics and complexity of a single case, or a small number of cases. The numbers are necessarily small as the cases are intensively explored in-depth, retrospectively, currently and sometimes over time . . . "*

Die meervoudige gevallestudiemetode stel die navorser in staat om doelbewus dié adolessente te selekteer wat oor die bepaalde eienskappe beskik waaroor die navorsing handel en wat as verteenwoordigend van 'n bepaalde tema, verskynsel of probleem beskou word. Die navorser teken ook detail aan oor die konteks waarin die gevalle voorkom, met insluiting van inligting oor die fisiese omgewing en historiese, ekonomiese en sosiale faktore wat op die situasie betrekking het. Deur die sosiale kontekste waarin die gevalle funksioneer, te identifiseer, help die navorser ander navorsers wat die gevallestudies lees om gevolgtrekkings te maak oor die mate waarin hul bevindings veralgemeen kan word ten opsigte van ander situasies (Leedy & Ormrod, 2001: 149-150).

Die navorser het gebruik gemaak van Bowling (1999: 362) se riglyne vir die beskrywing van gevallestudies deur (a) 'n chronologiese uiteensetting te gee van die 5 adolessente se lewensverloop, asook die verloop van terapie in Hoofstuk 5; (b) die rangorde van lewensprioriteite te gebruik om te bepaal op watter orde die oorsaak van die adolessente se probleme lê; (c) sekere metodes van data-insameling te gebruik wat in paragraaf 4.5 bespreek word; en (d) die onbewuste

diagnoses van die proefpersone te bespreek aan die hand van die tripleerde allergeenteorie van die Mediese hipno-analise-model.

4.4.3 DIE GEBRUIK VAN KWANTITATIEWE NAVORSINGSMETODES

Kwantitatiewe navorsing word in hierdie studie gebruik om die kwalitatiewe navorsing te komplementeer en te ondersteun (vgl. Poggenpoel, Myburgh & Van der Linde, 2001). In hierdie ontwerp dien die proefpersone as hul eie kontrole en vergelykings word getref voor en na die terapie.

'n Een-groep voor-eksperimentele navorsingsmetode word gebruik met 'n voortoetsing en 'n natoetsing (Leedy & Ormrod, 2001: 235) om die invloed van die onafhanklike veranderlike (Mediese hipno-analise) op die afhanklike veranderlike (emosionele volwassewording van die emosioneel-weerlose adolessent) te ondersoek. Hierdie groep word geëvalueer vir voortoets-doeleindes, dan blootgestel aan terapie (die Mediese hipno-analise-model) waarna hulle weer geëvalueer word vir natoetsdoeleindes. In dié verband meld Leedy en Ormrod (2001: 229): *"Progress is relative. We measure progress by noting the amount of change between what was and what is. And we attempt to account for the change by identifying the dynamics that have caused it. When we do these things, we are using an approach known as the experimental method."*

4.4.4 KEUSE VAN DIE ONDERSOEKGROEP

Die navorser het besluit om Graad 11-adolessente te gebruik vir haar ondersoekgroep omdat hulle verteenwoordigend is van die middeladolessensiefase (vgl. 3.2). Vanweë oorwegings soos ligging, verskillende sosio-ekonomiese agtergronde, verskillende bevolkingsverteenwoordiging, koste-effektiwiteit en gerieflikheid, het die navorser Hoërskool Vereeniging se hoof genader met die navorsingsprojek.

4.4.4.1 Die algemene populasie en die steekproef

Seaberg (in Strydom & De Vos, 1998: 190) beskyf 'n populasie as die somtotaal van persone waaruit die individue van die studie gekies word (Leedy & Ormrod, 2001: 210). Die algemene populasie waaruit die steekproef saamgestel is, bestaan uit 9 Graad 11-adolessente wat ingeskryf is as leerders by Hoërskool Vereeniging.

Die steekproef is noodwendig klein vanweë die kompleksiteit van die data, wat duur en tydrowend is om te analiseer. Die doel van die data is om deurtastende insigte te voorsien en om sodoende die sosiale verskynsel van emosionele weerloosheid onder adolessente te verstaan as 'n faset van die populasie, eerder as 'n kwantitatiewe interpretasie van die statistiese gegewens (Strydom & De Vos, 1998: 191). Die praktiese uitgangspunt wat die algemeenste geld, is dat 'n bevredigende steekproef saamgestel is wanneer dieselfde stories, temas en strydpunte vanaf die proefpersone wat vir die spesifieke studie gebruik word, na vore kom (Bowling, 1999: 338).

4.4.4.2 Beskrywing van die steekproefneming

Die keuse van die steekproefkandidate is met behulp van doelgerigte steek-proefneming ('n nie-waarskynlikheidstipe steekproefneming) gedoen. Hierdie metode van steekproefneming word gebruik in situasies waar klein steekproewe uit heterogene populasies geneem moet word vir 'n spesifieke doel (Neuman, 2000: 198; Steyn *et al.*, 2000: 39). Met doelgerigte steekproefneming weet die navorser nooit of die gekeurde proefpersone die populasie verteenwoordig nie (Neuman, 2000: 198). Die doel met die steekproefneming in hierdie navorsing is nie soseer om na 'n groter populasie te veralgemeen nie, as om 'n dieper begrip van die proefpersone te verkry (Neuman, 2000: 198).

Om die geldigheid en betroubaarheid in die keuse van die ondersoekgroep te verseker, is die selektering van adolessente deur 'n paneel van onderwysers van Hoërskool Vereeniging gedoen. Die paneel van onderwysers bestaan uit die

Adjunk-hoof, Departementshoof: Opvoedkundige Leiding en die adolessente se registeronderwysers van die vorige jaar (hierna die paneel van onderwysers genoem). Die Adjunk-hoof is betrek op grond daarvan dat hy al baie jare verbonde is aan die betrokke skool en dus bekend is met baie van die adolessente se gesins- en lewensomstandighede. Die Departementshoof: Opvoedkundige Leiding bied Lewensweerbaarheid as vak aan en die adolessente bespreek dikwels hul probleme met hom. Die registeronderwysers van die vorige jaar is betrek aangesien hulle die adolessente waarskynlik beter ken as die registeronderwysers van die huidige jaar (die voortoetsing is in Februarie 2002 gedoen).

Die navorser het seleksiekriteria ten opsigte van emosionele weerloosheid opgestel ná 'n deeglike literatuurstudie oor adolessensie en emosionele weerloosheid. Die paneel van onderwysers het hierdie seleksiekriteria tydens die eerste seleksiefase aangewend met die doel om 'n ondersoekgroep te identifiseer. Die seleksiekriteria is aan die paneel van onderwysers voorgelê en breedvoerig verduidelik. Hulle is geleentheid gegun om vrae te stel.

4.4.4.3 Kriteria vir die eerste seleksiefase

Die adolessente moes Graad 11-adolessente wees wat verbonde is aan Hoërskool Vereeniging. Geen uitsluitings is gestel ten opsigte van geslag, bevolkingsgroep, geloofoortuiging en getal adolessente nie.

Onderstaande omskrywing van emosionele weerloosheid (vgl. 3.3.1), soos dit in hierdie studie voorgehou word, is aan die paneel van onderwysers verduidelik:

Die begrip *weerloosheid* impliseer dat die adolessent nie in staat is tot verdediging nie en dus weerloos staan voor die eise wat aan hom gestel word (HAT: 1357). Emosioneel-weerlose adolessente is nie in staat om nadelige keuses en besluite teen te staan en die uitdagings wat na hulle kant toe kom, die hoof te bied nie. Hul bly in gebreke om hul ongunstige omstandighede positief aan te wend as geleenthede en sodoende as suksesvolle en bevoegde individue tot die samelewing toe te tree (Carson *et al.*, 2002: 70). Emosionele weerloosheid impliseer verder dat die adolessent nie oor die nodige of genoegsame innerlike en interpersoonlike hulpbronne en vaardighede beskik om 'n spesifieke situasie of gebeurtenis te hanteer nie. 'n Gebrek aan innerlike en interpersoonlike hulpbronne veroorsaak dat die adolessent nie by die nuwe situasie kan aanpas nie en derhalwe nie oor produktiewe copingvaardighede beskik om die nodige aanpassings te maak nie (Frydenberg, 1997: 1). Emosioneel-weerlose adolessente is ontvanklik vir negatiewe ontwikkelingsuitkomste na blootstelling aan ernstige risikofaktore (Kaplan, 1999: 17).

Emosionele weerloosheid is verder toegelig deur die risikofaktore vir emosionele weerloosheid vir die paneel van onderwysers uiteen te sit. Die risikofaktore vir emosionele weerloosheid is geïdentifiseer na aanleiding van die literatuurstudie wat onderneem is in Hoofstuk 3 (vgl. 3.3.3).

Die kriteria vir die eerste seleksiefase omvat dus die risikofaktore vir emosionele weerloosheid (Anon, 2002: 2; Aseltine Jr., & Gore, 1993: 248; Donald *et al.*, 1999: 150; vgl. Evans, Van Velsor & Schumacher, 2002; Fischhoff & Willis, 2001: 109-144; Gouws *et al.*, 2000: 161; Kaplan, 1999: 47-48; Kumpfer, 1999: 196; MacFarlane, 2000: 45; Murray *et al.*, 2000: 314-315; Nightingale & Fischhoff, 2001: 1-14) en word uiteengesit in **TABEL 4.1**.

TABEL 4.1: KRITERIA VIR DIE EERSTE SELEKSIEFASE: RISIKOFAKTORE VIR EMOSIONELE WEERLOOSHEID

- Pre-natale stres
- Afwesige ouer(s) vanweë dood, egskeiding, vervreemding en/of verwerping
- Afwesige ouer(s) vanweë kriminele oortreding(s)
- Ontwikkelingsagterstand(e)
- Leergestremdheid en skolastiese problematiek
- Ernstige gesinsonenigheid of huweliksonmin tussen ouers
- Seksuele misdrywe (molestering, verkragting, ens.)
- Dood van 'n betekenisvolle ander
- Ernstige of chroniese siekte (ook dié van ouers)
- Huisverlating en die oorweging van vroeë skoolverlating
- Swak sosio-ekonomiese omstandighede (armoede, ens.)
- Fisiese en/of emosionele mishandeling
- Egoswakheid (swak selfbeeld, selfafbrekende gedrag, ens.)
- Verwerping deur portuurgroep
- Identiteitsdiffusie
- Lae eiewaarde
- Emosionele onvolwassenheid (onbeheerste emosionele uitbarstings, impulsiewe optrede, afhanklikheid, ens.)
- Eetversteurings (anorexia, bulimia, obesiteit, ens.)
- Middelmisbruikgeneigdheid of -afhanklikheid (alkohol, dwelms, ens.)
- Depressiewe gedrag (neerslagtigheid, selfmoordneigings en/of gedrag, treurigheid, selfbesering, lae motivering, ens.)
- Ander patologiese gedrag (angs, neurotiese skuldgevoelens, post-traumatiese stres, ens.)

4.4.5 SELEKTERING VAN DIE ADOLESSENTE

Die paneel van onderwysers het 10 adolessente geïdentifiseer op grond van bogenoemde kriteria. Een adolessent het hom onttrek. Twee psigometriese toetse, naamlik die *"Millon Adolescent Clinical Inventory"* (MACI) en die Hoërskoolpersoonlikheidsvraelys (HSPV) is ingeskakel op die 9 adolessente om die aanwesigheid van risikofaktore vir emosionele weerloosheid te bevestig en om aan die hand daarvan sekere uitsluitingskriteria te stel om sodoende 'n ondersoekgroep van proefpersone daar te stel.

4.4.5.1 Kriteria vir die tweede seleksiefase

Drie seleksiekategorieë (wat van toepassing is op die MACI en die HSPV) is saamgestel om te dien as uitsluitingskriteria om sodoende op 'n objektiewe wyse 'n ondersoekgroep van adolessente daar te stel met wie terapie (volgens die Mediese hipno-analise-model) onderneem kon word. Die seleksiekriteria in die vorm van seleksiekategorieë word uiteengesit in **TABEL 4.2**.

In **BYLAAG 2** word die resultate van die adolessente wat uitgesluit is ná die inskakeling van die uitsluitingskriteria tydens die tweede seleksiefase, uiteengesit.

4.4.5.2 Keuse van adolessente

Vyf adolessente het oorgebly wat nie aan die uitsluitingskriteria voldoen het nie. Hierna word na hulle verwys as die proefpersone. Die proefpersone se ouderdomme het gewissel tussen 15 jaar en 18 jaar en het bestaan uit 4 dogters en 1 seun. Hulle het gedien as gevallestudies en is blootgestel aan terapie. Hierdie gevallestudies is verteenwoordigend van die bepaalde navorsingsprobleem wat ondersoek word. Hulle is dus nie verteenwoordigend van die spesifieke populasie soos by kwantitatiewe navorsing nie (Patton, 1990: 169).

4.4.6 ETIESE HANDELSWYSE

Die navorser het die etiese riglyne gevolg wat voorgestel word deur die Beroepsraad vir Sielkunde (2002: 1-44). Etiese kodes en professionele riglyne kan nie vir navorsers morele besluite neem nie, hoeseer hulle ook al daarna verlang dat hulle sodanige noukeurigheid sou bied. Die uiteindelike verantwoordelikheid vir 'n etiese benadering berus by die navorser self (Strydom, 1998: 23). Oorwoë toestemming, vertroulikheid en die inskakeling van ontlontingsonderhoude word vervolgens bespreek.

TABEL 4.2: KRITERIA VIR DIE TWEEDE SELEKSIEFASE: UITSLUITING OP GROND VAN ITEMS UIT DIE MACI EN DIE HSPV

KATEGORIE A

Uitsluiting van die ondersoekgroep sou eerstens plaasvind indien die adolessente 'n **hoë telling (basistelling ≥ 85)** behaal het op **Skaal 9** (Grenslyngeneigdheid) van die **MACI** - dit is aanduidend van die prominente teenwoordigheid van 'n Grenslyngeneigdheid in hul persoonlikheidsamestelling, wat korreleer met die Grenspersoonlikheidsversteuring van die DSM-IV-TR. Grenslynpersoonlikhede staan op die grens tussen neurose en psigose en word gekarakteriseer deur 'n buitengewone onstabiele gemoedstoestand en gedragspatroon. Hulle blyk altyd in een of ander krisis te wees (APA, 2000: 708; Kaplan & Sadock, 1991: 533-534). 'n Hoë telling impliseer dat hul grenslyngeneigdheid die geldigheid van die navorsingsresultate kan benadeel vanweë hul uitermatig wisselvallige gemoeds- en gedragspatrone. Om te verhoed dat die navorser met die patologie van die versteuring werk en nie met die verskynsel van *emosionele weerloosheid* nie, word hulle derhalwe uitgesluit.

KATEGORIE B

Uitsluiting van die ondersoekgroep sou tweedens plaasvind indien die adolessente 'n **lae telling (basistelling ≤ 60)** behaal het op **Skaal B** (Selfgeringskatting) van die **MACI** - dit is aanduidend van die afwesigheid van Selfgeringskatting as probleemarea, wat impliseer dat die subjek homself positief evalueer, oor selfwaarde beskik, goed voel oor homself en oor 'n gesonde selfbeeld beskik (Millon, 1993: 52). 'n Risikofaktor vir emosionele weerloosheid, is onder meer 'n swak selfbeeld. Hierdie adolessente het dus te laag getoets op Skaal B van die MACI ('n lae telling dui per implikasie op 'n goeie selfbeeld) en word daarom uitgesluit.

KATEGORIE C

Uitsluiting van die ondersoekgroep sou derdens plaasvind indien die adolessente 'n **hoë telling van 8, 9 of 10** sou behaal op **Faktor +C** (Emosionele volwassenheid) van die **HSPV**, wat impliseer dat die adolessente emosioneel stabiel en volwasse is. Die adolessente kom kalm voor en tree volwasse en berekend in situasies op (Visser *et al.*, 1992: 25). 'n Risikofaktor vir emosionele weerloosheid, is onder meer emosionele onvolwassenheid (MacFarlane, 2000: 45). Die adolessente het dus te hoog getoets op Faktor +C van die HSPV, en blyk emosioneel volwasse te wees vir hul ouderdom en word daarom uitgesluit.

4.4.6.1 Oorwoë toestemming

Die navorser het die oorwoë toestemming van die al die proefpersone sowel as hul ouers verkry. Oorwoë toestemming impliseer dat alle moontlike of genoegsame inligting oor die navorsing en prosedures verstrek moet word (Leedy & Ormrod, 2001: 107, 158; Strydom, 1998: 25). Die navorser het die proefpersone en hul ouers volledig ingelig ten opsigte van die navorsings-prosedures. Dit is onder die aandag van die proefpersone gebring dat hulle vrywillige deelnemers is (Leedy & Ormrod, 2001: 107).

4.4.6.2 Vertroulikheid

Vertroulikheid dui daarop dat die hantering van inligting op 'n vertroulike wyse geskied. Sieber (in Strydom, 1998: 28) sien vertroulikheid as 'n voortsetting van privaatheid, wat verwys na ooreenkomste tussen mense wat ander se toegang tot private inligting beperk. Volgens Strydom (1998: 28) verseker inligting wat naamloos verstrek word, uiteraard die privaatheid van die proefpersoon. Die navorser verwys na die proefpersone as Kind A, B, C, D en E en beskerm so hul ware identiteit.

4.4.6.3 Ontlontingsonderhoude

'n Navorsingsprojek moet altyd 'n leerervaring vir die deelnemers en die navorsers wees. Een manier waarop die proefpersone seker kan wees van die leer-ervaring en waardeur die projek eties afgerond kan word, is deur ontlontingsonderhoude (Strydom, 1998: 33). Die navorser het die laaste sessie gebruik vir die ontlontingsonderhoude.

4.5 METODES VAN DATA-INSAMELING

Metodologiese triangulasie (die vermenging van kwalitatiewe en kwantitatiewe navorsingstyle en data) kombineer uiteenlopende navorsingsmetodes vir gebruik

in een navorsingsontwerp, byvoorbeeld: onderhoude, waarneming, fisiese bewyse en statistieke (Neuman, 2000: 124-125). Die rasionaal vir hierdie metode is dat die swak punte van een metode dikwels die sterk punte van 'n ander metode is, en deur metodes te kombineer, kan waarnemers die beste van albei verkry en terselfdertyd hul besondere gebreke te bowe kom. Aangesien daar slegs gedeeltelike oorvleueling is, sal 'n studie wat albei gebruik, meer volledig en omvattend wees (Denzin in Merriam, 1991: 69; Neuman, 2000: 125).

'n Kombinering van kwalitatiewe en kwantitatiewe evalueringstegnieke is ingeskakel. Terapeutiese intervensie is in die eerste plek 'n interpersoonlike aangeleentheid en die inskakeling van media staan ondergeskik daaraan. Die kwantitatiewe bevindinge word ook kwalitatief geïnterpreteer en gebruik ter aanvulling, kontrolering en verifiëring van die bevindinge wat reeds met behulp van onderhoudvoering, waarneming, intuïsie, ensovoorts, verkry is ten aansien van die proefpersone se ervaringswêreld (Van Niekerk, 1990: 42; Bowling, 1999: 316). Data is deur middel van kwantitatiewe en kwalitatiewe metodes ingesamel deur waarnemings van die navorser, onderhoudvoering, psigometriese toetse, vraelyste, grafiese ekspressiemedia en Mediese hipno-analisetegnieke.

4.5.1 DIE NAVORSER AS *INSTRUMENT*

Volgens Gall *et al.* (1996: 557) en Leedy en Ormrod (2001: 147, 162, 169) is die navorser self een van die belangrikste navorsingsinstrumente in die navorsingsproses. Strydom (2000: 187) wys daarop dat die navorser verantwoordelik is vir beide die insameling van data en die verwerking daarvan, wat in die meeste gevalle in die vorm van woorde en gedrag voorkom. Die navorser is deel van die navorsing as waarnemende deelnemer. Dit hou voordele en nadele in. Die grootste voordeel is beweeglikheid. Die navorser kan maklik van fokus verskuif na mate nuwe data na vore kom. Die belangrikste nadeel is dat die navorser, bloot deur teenwoordig te wees, dit wat mense sê en doen, kan beïnvloed en sodoende die verloop van gebeure kan verander (Leedy & Ormrod, 2001: 158).

4.5.2 KLINIESE OBSERVASIE

Die navorser se waarnemings dien as 'n metode van dataverwerking. Die terapeutiese tegnieke van observasie, luister, vrae stel en inligting versamel, word alles gekombineer in die versameling van data (LeCompte, 1993: 196). Navorsers wat kwalitatiewe navorsing beplan, behoort sodanige waarnemingsrol te vervul dat hulle die navorsingsveld uitbrei en erkenning en aanvaarding van mense bevorder (Leedy & Ormrod, 2001: 147). Die navorser is ook die terapeut wat die kennis en vernuf van Mediese hipno-analise sal gebruik om waarnemings te vertolk en hul konteks en psigologiese proses te verstaan.

4.5.3 ONDERHOUDVOERING

Die navorser het van onderhoudvoering gebruik gemaak vir die insameling van inligting en die verkryging van insig (Bowling, 1999: 338). Daar is onderhoude gevoer met die Adjunk-hoof, die Departementshoof: Opvoedkundige Leiding, met die proefpersone se ouers en met die proefpersone self. Verslae oor die proefpersone is aangevra van die registeronderwysers van die vorige jaar. Die biologiese ouers, stiefouers en/of versorgers by wie die proefpersone bly, is genooi vir 'n onderhoud wat tussen 90 tot 120 minute geduur het. Die doel met die onderhoud was om soveel inligting moontlik aangaande die proefpersone in te win. Onderhoudvoering met die proefpersone lei tot 'n groter begrip van hul uniekheid en tot wat hulle as probleme in hulle eie lewe beskou.

4.5.4 PSIGOMETRIESE TOETSE

Die volgende psigometriese toetse is ingeskakel.

- *"Millon Adolescent Clinical Inventory"* (MACI)
- Hoërskoolpersoonlikheidsvraelys (HSPV)

Bogenoemde psigometriese meetinstrumente word vervolgens aan die hand van die volgende punte bespreek:

(a) Motivering vir die insluiting van die toets
(b) Samestelling van die toets
(c) Standaardisering van die toets
(d) Interpretasie van die toetsresultate vir die doel van die studie
(e) Betroubaarheid van die toets
(f) Geldigheid van die toets

4.5.4.1 *"Millon Adolescent Clinical Inventory"* (MACI)

Die MACI word bespreek aan die hand van Theodore Millon, Carrie Millon en Roger Davies se interpretasie daarvan soos uiteengesit in die MACI-handleiding (Millon, 1993: 1-129). Die MACI is van Amerikaanse oorsprong en is in Afrikaans vertaal. Om korrekte vertaling te verseker, is die toets deur 'n ander vertaler en taalversorger aan die hand van die oorspronklike én vertaalde teks taalkundig versorg (Norval, 1993: 85-86).

(a) Motivering vir die insluiting van die MACI

Die navorser is bekend met die MACI en skakel dit gereeld vir diagnostiese doeleindes in. Die MACI het ook waardevol getoets in die praktyk om terapeuties intervensie te rig. In Suid-Afrika is daar 'n tekort aan gestandaardiseerde psigometriese toetse vir adolessente wat enersyds soveel persoonlikheidskale evalueer en andersyds versoenbaar is met die *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Benewens die HSPV en die twee nie-gestandaardiseerde vraelyste, was die navorser op soek na 'n gestandaardiseerde meetinstrument wat persoonlikheidskenmerke van emosionele weerloosheid demonstreer.

Emosionele weerloosheid is 'n universele probleem met 'n groot omvang wat moeilik afgebaken kan word. Emosionele weerloosheid presenteer as 'n

psigologiese fenomeen by 'n verskeidenheid van die MACI se diagnostiese skale. Trauma wat aanleiding gee tot emosionele weerloosheid, lei in baie gevalle tot psigopatologie wat deur die kliniese sindrome op die MACI aangetoon word. Die navorser het na deeglike bestudering van die MACI, 13 skale geïdentifiseer waar die risikofaktore vir emosionele weerloosheid 'n rol speel. Aan die hand van die 13 skale is die adolessente geïdentifiseer vir die studie en word hulle voor- en natoetstellings vergelyk om die effek van die terapie te beoordeel. Die MACI beskik egter nie oor 'n spesifieke skaal wat emosionele volwassenheid evalueer nie en dit het die navorser gemotiveer om ook die Hoërskoolpersoonlikheidsvraelys (HSPV) in te skakel.

(b) Samestelling van die MACI

Die MACI bestaan uit 160 stellings wat adolessente se gevoelens en gesindhede beskryf. Die stellings word in terme van 31 skale (27 kliniese skale, 3 aanpassingskale en 1 betroubaarheidskaal) geïnterpreteer (Millon, 1993: 3). Die 27 skale word in 3 hoofkategorieë verdeel, naamlik Persoonlikheidstyle, Probleemareas en Kliniese sindrome. Die MACI-skale beskik oor 'n goed gefundeerde teoretiese sisteem wat as riglyn tot die vertolking van die persoonlikheidskale dien. Drie aanpassingskale ten opsigte van die gesindheid van die toetsling het betrekking, naamlik die Selfonthullingskaal (Skaal X), Positiewe voorstellingskaal (Skaal Y) en Negatiewe voorstellingskaal (Skaal Z). Die betroubaarheidskaal (Skaal VV) bepaal in welke mate die response as betroubaar geïnterpreteer kan word.

In **BYLAAG 3** word die persoonlikheidskale (27 kliniese en 3 aanpassingskale) van die MACI uiteengesit (Millon, 1993: 2).

(c) Standaardisering van die MACI

Die MACI is nie gestandaardiseer vir gebruik in Suid-Afrika nie. Die navorser gebruik die MACI in privaatpraktyk en beskou dit by afwesigheid van 'n ander gepaste meetinstrument, as bevredigend vir gebruik onder Suid-Afrikaanse

adolessente. Indien 'n adolessent deel is van 'n ouderdoms-, geslags- of subkulturele groep met houdings en gedrag wat dalk afwyk van dié van die bevolking van wie normatiewe tellings verkry is, moet die MACI met omsigtigheid geïnterpreteer word.

(d) Interpretasie van die MACI-skale vir die doel van die studie

Die MACI kan geïnterpreteer word aan die hand van 'n handnagesiende antwoordblad of rekenaarverslae. Ten opsigte van die rekenaarverslae kan 'n keuse uitgeoefen word tussen 'n profielverslag vir 'n opgesomde beeld of 'n omvattende verslag vir 'n in-diepte beeld. Die omvattende verslag gee diagnostiese hipoteses in ooreenstemming met die DSM-IV asook aanduidings van prognose en behandeling.

Millon (1993: 52) stel 2 ankerpunte voor, naamlik 75 en 85 wat as afsnypunte dien tydens die interpretering van die individuele skale:

- 'n ankerpunt van 75 (basistellings $\geq$ 75) word voorgestel vir die besliste teenwoordigheid van 'n persoonlikheidstyl, probleemarea of kliniese sindroom; en

- 'n ankerpunt van 85 (basistellings $\geq$ 85) dui op die mees prominente persoonlikheidstyl, probleemarea of kliniese sindroom by die adolessent.

Uit die literatuurstudie oor adolessensie en emosionele volwassewording (Hoofstuk 3) is sekere risikofaktore vir emosionele weerloosheid geïdentifiseer (vgl. 3.3.3). Hierdie risikofaktore kan in verband gebring word met 13 van die 27 persoonlikheidskale van die MACI. Vanweë die fokus van die studie op adolessente se emosionele weerloosheid, word dus slegs die 13 geïdentifiseerde persoonlikheidskale van die MACI **(BYLAAG 4)** bespreek (Millon, 1993: 7-20). Die risikofaktore vir emosionele weerloosheid wat in verband gebring kan word met die 13 geïdentifiseerde MACI-persoonlikheidskale, sluit onder meer die

volgende in: 'n depressiewe gemoedstoestand, identiteitsdiffusie, misbruik of afhanklikheid van alkohol en/of dwelmmiddels, eetversteurings, onsekerheid van en verwerping deur die portuurgroep en emosionele onvolwassenheid.

(e) Betroubaarheid van die MACI

Die resultate van die betroubaarheidsondersoeke ten aansien van die MACI (vir die skale wat gebruik word in hierdie studie) word weergegee in **BYLAAG 5** (Millon, 1993: 34). Uit die betroubaarheidsondersoeke (Millon, 1993: 33-35) wat gerapporteer is ten aansien van die MACI blyk dit dat die toets-hertoetsbetroubaarheidskoëffisiënte wissel van 0.57 vir Skaal E (Groeps-onsekerheid) tot 0.92 vir Skaal 9 (Grenslyngeneigdheid) met 'n mediaanwaarde van 0.82. In die lig van bostaande en met inagneming van die aantal items per skaal, word die interne betroubaarheid van die MACI-skale as bevredigend beskou.

(f) Geldigheid van die MACI

Die geldigheid van die MACI-skale word as bevredigend beskou. Die geldigheid van die MACI-skaaltellings is geëvalueer deur gebruik te maak van 'n verskeidenheid statistieke wat korrelasies ingesluit het tussen skaaltellings en klinici se beoordelings, en tussen skaaltellings en tellings van bykomende toetsinstrumente **(BYLAAG 6).**

4.5.4.2 Hoërskoolpersoonlikheidsvraelys (HSPV)

Die bespreking van hierdie meetinstrument geskied aan die hand van die HSPV-handleiding van die Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing (Visser *et al.*, 1992: 1-68).

(a) Motivering vir die insluiting van die HSPV

Die HSPV is ingeskakel omdat dit 'n spesifieke skaal bied waarvolgens emosionele volwassenheid (Faktor C) geëvalueer kan word. Die HSPV maak dit moontlik om die individuele persoonlikheid objektief te ontleed ter aanvulling van die sielkundige se persoonlike, subjektiewe evaluering van die individu. Aangesien die terapeutiese intervensie ten doel het om emosioneel-weerlose adolessente te begelei na emosionele volwassewording, is dit belangrik om die persoonlikheidsfunksionering van die proefpersone, veral ten opsigte van dié skale wat verbind word met emosionele volwassewordingskwaliteite, voor en na die blootstelling aan terapie te evalueer om sodoende vas te stel watter impak Mediese hipno-analise op die proefpersone se persoonsfunksionering en belangriker nog, emosionele volwassewording gehad het.

(b) Samestelling van die HSPV

Die HSPV meet 14 faktoriaal-onafhanklike persoonlikheidsdimensies of primêre faktore, wat elk ook 'n tegniese benaming het. Elkeen van hierdie dimensies is bipolêr van aard en word voorgestel as 'n bipolêre kontinuum waarvan die 2 uiterste pole beskryf word. 'n Lae telling op die linkerkantse pool word verteenwoordig deur 'n **stienwaarde van 1, 2 of 3 (-)**, terwyl 'n hoë telling op die regterkantse pool deur 'n **stienwaarde van 8, 9 of 10 (+)**, verteenwoordig word.

'n Hoë telling moet egter nie noodwendig as goed en 'n lae telling as sleg beskou word nie. Afhangend van die besondere doel of situasie waarin 'n persoon homself bevind, kan òf die linkerkantste òf die regterkantste pool soms voordelig wees. Ten einde sake te vergemaklik, word elke faktor bloot met 'n letter van die alfabet voorgestel.

Die 14 persoonlikheidskenmerke wat deur die HSPV gemeet word, word in **BYLAAG 7** aangedui (Visser *et al.*, 1992: 21).

(c) Standaardisering van die HSPV

Die HSPV is aangepas vir gebruik in die Republiek van Suid-Afrika deur die Instituut vir Psigometriese Navorsing van die RGN. Die vraelys is daarna op 'n steekproef Suid-Afrikaanse hoërskoolleerders bestaande uit Afrikaanssprekende en Engelssprekende seuns en dogters gestandaardiseer. Norme (stienwaardes) is vir seuns en dogters afsonderlik en as 'n gesamentlike groep bereken.

(d) Interpretasie van die HSPV-faktore

Die gemiddelde telling volgens die stienskaal sal 5,5 wees (nie 5 nie), aangesien daar geen 0 op die tienpuntskaal is nie. Gemiddelde tellings stem ooreen met stienwaardes van 4, 5, 6 en 7. Uiterste stienwaardes is verteenwoordigend van 'n persoon in die onderste (1, 2, 3) of boonste (8, 9, 10) tien tot vyftien persent van die bevolking (van hierdie ouderdomsgroep) ten opsigte van 'n betrokke eienskap. 'n Formule is ook beskikbaar in terme waarvan tweedeordefaktore statisties bereken kan word.

Uit die literatuurstudie oor adolessente-emosionele weerloosheid wat in Hoofstuk 3 onderneem is, is sekere risikofaktore vir emosionele weerloosheid geïdentifiseer (vgl. 3.3.3). Hierdie risikofaktore kan in verband gebring word met 5 van die 14 persoonlikheidsfaktore van die HSPV. Die risikofaktore vir emosionele weerloosheid wat in verband gebring kan word met die 5 onderstaande geïdentifiseerde persoonlikheidsfaktore van die HSPV, sluit onder meer die volgende in: egoswakheid, emosionele onvolwassenheid en identiteits-diffusie.

Die geïdentifiseerde persoonlikheidsfaktore van die HSPV wat gebruik word in hierdie navorsing word in **BYLAAG 8** uiteengesit (Visser *et al.*, 1992: 23-36).

(e) Betroubaarheid van die HSPV

Interne betroubaarheidskoëffisiënte en hertoetsbetroubaarheidskoëffisiënte (Vorm A) van die HSPV-skale wat in hierdie ondersoek gebruik word, word in **BYLAAG 9** gerapporteer (Visser *et al.*, 1992: 48, 52).

Volgens Guilford (in Visser *et al.*, 1992: 51) het 'n toets of vraelys wat 'n komplekse kriterium moet voorspel, 'n groter kans op geldigheid wanneer dit 'n lae konsekwentheid toon. In dié verband merk hy op: *"In the language of information theory, items with lower intercorrelations have less redundancy; they duplicate one another in prediction less than items with higher intercorrelations."* (Guilford in Visser *et al.*, 1992: 51.)

In die lig van bostaande word die interne betroubaarheid van die HSPV-skale as bevredigend beskou.

(f) Geldigheid van die HSPV

Dit blyk dat die HSPV se geldigheid vir Suid-Afrikaanse groepe bevredigend is (Sapire, 1981: 52). Redelike ooreenkomste word gerapporteer met die Amerikaanse gegewens van die HSPQ (Madge in Labuschagne, 1977: 146). Volgens Horne (in Labuschagne, 1977: 146) is die geldigheidskoëffisiënt van die HSPV besonder hoog as die aantal items in ag geneem word.

Die faktorpatroon onderliggend aan die vraelys is ondersoek en met behulp van 'n verskeidenheid statistiese prosedures is 'n konsekwente faktorpatroon gevind. Op grond van die lae interkorrelasies tussen die verskillende faktore en die relatief hoë ekwivalentskoëffisiënte, wat wissel tussen 0.60 en 0.84, word die gevolgtrekking gemaak dat die HSPV oor konstrukgeldigheid beskik. Volgens Visser *et al.* (1992: 54) dra die wyse waarop Cattell die HSPV ontwikkel het, tot die inhoudsgeldigheid van die HSPV by. Geselekteerde skaaltellings uit verskillende meetinstrumente, waarvan sommige konstrukte op konseptuele

grond ooreen behoort te stem, korreleer goed met mekaar en gee dus 'n bepaalde mate van bevestiging van die saamvallende geldigheid van die HSPV (Visser *et al.*, 1992: 55).

4.5.5 VRAELYSTE

Die volgende nie-gestandaardiseerde vraelyste is ingeskakel:

- Algemene welstand-vraelys
- Weerlose adolessent-vraelys

Bogenoemde nie-gestandaardiseerde vraelyste word vervolgens aan die hand van die volgende punte bespreek:

(a) Motivering vir die insluiting van die vraelys
(b) Samestelling van die vraelys
(c) Interpretasie van die vraelys vir die doel van die studie
(d) Standaardisering, geldigheid en betroubaarheid van die vraelys

4.5.5.1 Algemene welstand-vraelys

Die navorser het die Algemene welstand-vraelys **(BYLAAG 10)** opgestel ten einde 'n redelike holistiese beeld te kry oor hoe dit in werklikheid met die adolessent gesteld is.

Die Algemene welstand-vraelys verskaf inligting en agtergrond aan die navorser nié net ten opsigte van die persoonsfunksionering van die adolessente nie, maar ook ten aansien van simptome wat hulle beleef wat herlei kan word na onbewuste oorsake. Hierdie simptome presenteer as gedragsuitinge, psigosomatiese siektes, dwelmmiddelmisbruik of -afhanklikheid en nog vele meer. Die navorser kan met behulp van hipnose toegang verkry tot die adolessente se onbewuste en die werklike onderliggende probleme volgens die

Mediese hipno-analise-model hanteer. Dié vraelys is spesifiek vir hierdie studie ontwerp en bevat relevante vrae binne die kulturele konteks van die adolessente wat in hierdie navorsing betrek is.

(a) Motivering vir die insluiting van die Algemene welstand-vraelys

Vanweë beperkende tydskedules van nié net die navorser nie, maar ook die adolessente, beskik hierdie vraelys oor die potensiaal om 'n groot hoeveelheid inligting, in 'n relatief kort tydsduur, beskikbaar te stel aan die navorser wat die terapeutiese intervensie kan rig en struktureer. Die Algemene welstand-vraelys gee 'n multidimensionele holistiese beeld van die adolessent se persoons-funksionering, met ander woorde 'n duidelike beeld van die adolessent as fisieke, emosionele, intellektuele en spirituele wese, van waar hy op die oomblik homself in tyd en plek bevind.

Fisieke, emosionele, kognitiewe en spirituele welstand as beskermingsfaktore ten opsigte van resilience, kan die afwesigheid van emosionele weerloosheid reflekteer (Kaplan, 1999: 47). Daarteenoor kan onbevredigende tellings op die dimensies aanduidings gee van moontlike emosionele weerloosheid. Die Algemene welstand-vraelys word ingeskakel as deel van die voor- en natoetsing van die navorsing om die effek van Mediese hipno-analise op die proefpersone te evalueer.

(b) Samestelling van die Algemene welstand-vraelys

Die navorser het die opvoedkundige sielkunde as vertrekpunt gebruik om te besin oor die samestelling van die welstandverwante konstrukte. Opvoedkundig-sielkundige ontwerpe konsentreer op persoonsvoltrekking en integreer terselfdertyd 'n beskrywing van die kind én die volwassene se ontwikkeling as sodanig waar die adolessent tussen kind-wees en volwasse-wees beweeg.

Volgens die opvoedkundige sielkunde se teoretiese raamwerk word persoons-voltrekking gekenmerk deur fisiese ontwikkeling, emosionele ontwikkeling,

sosiale ontwikkeling, intellektuele ontwikkeling, morele ontwikkeling en spirituele ontwikkeling (Gouws *et al.*, 2000: 4; Jacobs in Van Niekerk, 1986: 43; Monteith, 1988: 28). Volgens Gouws *et al.* (2000: 4) omvat persoonsvoltrekking al bogenoemde komponente en dien dit as ondersteuning tot die navorser se konstruk van die verskillende dimensies.

In **BYLAAG 11** word die verskillende dimensies meer breedvoering omskryf. Die dimensies wat die navorser geïdentifiseer het, sluit van die adolessente-ontwikkelingstake in en kan die terapeut help om ontwikkelingsleemtes te identifiseer. Die welstandverwante konstrukte kan 'n omvattende beeld bied van die spesifieke simptome wat liggaamlik en emosioneel kan bydra tot die adolessent se emosionele weerloosheid.

(c) Interpretasie van die Algemene welstand-vraelys vir die doel van die studie

Die gereedheid van die adolessent om die verhoogde psigiese en sosiale spanning van die adolessente-periode te hanteer word beïnvloed deur kognitiewe, fisiese en sosiale vaardighede sowel as gevoelens van persoonlike sekuriteit, selfvertroue en selfwaarde. Die adolessent se ontwikkelingsfasette verloop geïntegreerd met mekaar en die een faset kan nie van die ander fasette geskei word nie.

Die verskillende dimensies kan in isolasie (afhangend van die doel) of as geheel geïnterpreteer word saam met ander persoonsverkenningsmedia om 'n meer akkurate persoonsbeeld te kry, veral ten opsigte van die adolessent se huidige funksionering, welstand en emosionele weerbaarheid (waar die afwesigheid van weerbaarheid dui op emosionele weerloosheid). Afleidings kan ook gemaak word ten aansien van die adolessent se peil van emosionele volwassenheid, gemoedstoestand en selfstandigheid.

Die terapeut kan met behulp van 'n kwalitatiewe itemontleding vasstel waar die adolessent nie aktief deelneem aan sy ontwikkeling en waar hy nie

verantwoordelikheid vir sekere take ten opsigte van sy ontwikkeling neem nie. 'n Kwalitatiewe itemanalise kan ook inligting weergee ten opsigte van die adolessent se toegerustheid tot roepingsvervulling vir sy toetrede tot die arbeidsmark. 'n Afsnypunt (tellings ≥ 13) word aangedui vir welstandsbelewing op 'n spesifieke dimensie. Die emosionele sub-dimensies word nie voorsien van afsnypunte nie.

(d) Standaardisering, geldigheid en betroubaarheid van die Algemene welstand-vraelys

Die Algemene welstand-vraelys is nie 'n gestandaardiseerde vraelys nie. Die Cronbach alpha-betroubaarheidstoets is ingeskakel ten opsigte van die geldigheid en betroubaarheid van die vraelys. Die Cronbach alpha-betroubaarheidskoëffisiënt is bereken op 0.809 wat dui op hoë betroubaarheid.

4.5.5.2 Weerlose adolessent-vraelys

John Bradshaw se *"Wounded child"*-vraelys (Bradshaw, 1992: 25-29) word gebruik om weerloosheid by die 5 proefpersone te evalueer ten opsigte van hul emosionele behoeftes, basiese behoeftes en sosiale behoeftes. Bradshaw se *"Wounded child"*-vraelys is deur die navorser aangepas en in Afrikaans vertaal na die Weerlose adolessent-vraelys **(BYLAAG 12)** spesifiek vir gebruik by adolessente. Om korrekte vertaling te verseker is die *"Wounded child"*-vraelys van Bradshaw deur 'n ander vertaler en taalversorger aan die hand van die oorspronklike én vertaalde teks taalkundig versorg (Norval, 1993: 85-86). Die Weerlose adolessent-vraelys word ingeskakel voor die aanvang van terapie en na die blootstelling aan terapie.

(a) Motivering vir die insluiting van die Weerlose adolessent-vraelys

Vanweë die fokus van die studie op emosionele weerloosheid is hierdie vraelys uiters geskik om emosionele weerloosheid te identifiseer. Die vraelys fokus op spesifieke behoeftes, wat indien onvervuld bly, aanleiding kan gee tot

emosionele weerloosheid. Die vraelys is ook geskik om 'n aanduiding te gee op watter lewenstadium die proefpersoon se emosionele ontwikkeling gerem is. Die vraelys kan ook gebruik word as deel van die historisiteitsonderhoud. Nadat die proefpersone aan terapie blootgestel is, dien dit ook as evaluasiemaatstaf om die effek van terapie waar te neem.

(b) Samestelling van die Weerlose adolessent-vraelys

Die Weerlose adolessent-vraelys bestaan uit 3 afdelings met 20 vrae elk wat fokus op behoeftes wat adolessente ervaar. Die 3 afdelings bestaan uit:

- Afdeling A: Emosionele behoeftes
- Afdeling B: Basies behoeftes
- Afdeling C: Sosiale behoeftes

(c) Interpretasie van die Weerlose adolessent-vraelys vir die doel van die studie

Elkeen van die drie afdelings bestaan uit 20 vrae. Indien "Ja" op 10 van elke afdeling se 20 vrae geantwoord word, word die proefpersoon as emosioneel-weerloos beskou, met die implikasie dat sy ontwikkeling gerem is op een of ander lewenstadium. 'n Afsnypunt (tellings $\geq$ 10) word dus gebruik vir interpretasiedoeleindes. Carl Jung het na die natuurlike kind verwys as die *wonderkind* - ons aangebore potensiaal vir ontdekking, onverskrokkenheid en skeppingsdrang (Bradshaw, 1992: xii). Enige deel van ons wonderkind se vroeë emosionele ontwikkeling kan gerem word. Die adolessent kan kinderagtig optree, regresseer tot die gedrag van 'n peuter, aanhou glo aan towerkrag soos 'n kleuter, en pruil en hom onttrek soos 'n graad eentjie wat in 'n speletjie verloor het. Al hierdie gedragswyses is kinderagtig en verteenwoordig verskillende vlakke van geremde emosionele volwassewording (Bradshaw, 1992: xiii).

Die vraelys word gebruik om vas te stel waar die wonderkind (natuurlike kind) se emosionele ontwikkeling gerem is en om die emosioneel-weerlose kind-egostaat terug te win in daardie ontwikkelingstadium. Die gedrag van die emosioneel-weerlose adolessent sluit in: woedebuie, oordrewe beleef en gehoorsaam wees, praat in 'n kinderlike stem, manipulasie en pruilery (Bradshaw, 1992: xiii). As die adolessent eers sy emosioneel-weerlose kind-egostaat toegeëien en vertroetel het, begin die skeppende energie van sy wonderlike natuurlike kind te voorskyn tree. As dit eers geïntegreer is, word die kind-egostaat 'n bron van vernuwing en vitaliteit (Bradshaw, 1992: xii).

Wanneer 'n kind se emosionele ontwikkeling gerem word, wanneer emosies onderduk word, veral emosies van woede en seerkry, ontwikkel die persoon in 'n adolessent en later 'n volwassene met 'n driftige, gekrenkte kind binne-in. Hierdie kind sal die persoon se volwasse gedrag spontaan belemmer (Bradshaw, 1992: 7).

Die kind-egostaat kan die mens se volwasse lewe op ernstige maniere benadeel en saboteer. Bradshaw (1992: 7-25) beskryf sommige daarvan deur middel van die woord ***"CONTAMINATE"*** – elke letter staan vir 'n belangrike manier waarop die kind-egostaat die volwasse lewe saboteer. Hierdie kontaminasie-kategorieë beslaan die meeste areas van menslike welsyn en behoort in aanmerking geneem te word by die vertolking van die vraelys:

C	*"**C**o-dependence"*
O	*"**O**ffender behaviors"*
N	*"**N**arcissistic disorders"*
T	*"**T**rust issues"*
A	*"**A**cting out/Acting in behaviors"*
M	*"**M**agical beliefs"*
I	*"**I**ntimacy dysfunctions"*
N	*"**N**ondisciplined behaviors"*
A	*"**A**ddictive/Compulsive behaviors"*
T	*"**T**hought distortions"*
E	***"E**mptiness (apathy, depression, etc.)"*

In **BYLAAG 13** word bogenoemde gedragswyses, soos gesien deur Bradshaw (1992: 7-25), as simptome van die weerlose kind-egostaat kortliks beskryf.

(d) Standaardisering, geldigheid en betroubaarheid van die Weerlose adolessent-vraelys

Dit is nie 'n gestandaardiseerde vraelys nie en daarom kan daar geen uitspraak gegee word oor die geldigheid of betroubaarheid van die vraelys nie.

4.5.6 GRAFIESE EKSPRESSIEMEDIA

Deur middel van grafiese ekspressiemedia projekteer die kind homself en sy opvoedingsgesitueerdheid deur dit wat hy *doen* eerder as dit wat hy *sê* (Van Niekerk, 1990: 142). Die ontleding van die proefpersone se tekeninge geskied aan die hand van die evalueringsriglyne van Ziffer en Shapiro (1992: 17-23) se *"Adolescent Self-Report and Projective Inventory"* en Oaklander (1988: 21-52) se *"Drawing and Fantasy"*. Van Niekerk (1990: 126-157) se riglyne by die interpretasie van die volwassewordingsgeremde kind se tekeninge word ook geraadpleeg. Die interpretasie van die grafiese ekspressiemedia in hierdie proefskrif berus nie op die kliniese ontleding van die eienskappe (plasing, grootte, weglating, byvoegings, skaduwees, ens.) nie, maar op 'n kwalitatiewe ontleding van die geheel-beeld wat dit skep ten opsigte van die adolessent se emosionele weerbaarheid en volwassenheidspeil. Die adolessent word uitgenooi om te teken waarna gesprekvoering oor die tekening plaasvind. Die tekeninge word deur die navorser kwalitatief geïnterpreteer op grond van die gesprekvoering oor die tekeninge asook die belangrikste kenmerke van die tekeninge wat betrekking het op die studieveld.

Om meer te wete te kom oor die emosionele weerloosheid en persoonsfuksionering van die proefpersone is die emosionele volwassewordingsdiagram as grafiese ekspressiemedia ingeskakel. Die proefpersone word uitgenooi om 'n grafiese uitbeelding van hul emosionele ontwikkelingsfases (psigodinamiese lewensverloop) te gee voor blootstelling aan die terapie. Hulle word die vryheid

gebied om self die opdrag te interpreteer. Die emosionele volwassewordings-diagram sluit aan by die Ponce de Leon-sindroom van die Mediese Hipno-analise-model vir sover dit 'n grafiese uitbeelding is van die adolessent se ontwikkeling met aanduidings van moontlike remming in groei tot emosionele volwassewording. Na afloop van die terapie word die uitnodiging herhaal (Van Niekerk, 1990: 142). Die effek van terapie word met behulp van die emosionele volwassewordingsdiagramme voor en na afloop van die terapie uitgebeeld.

4.5.7 MEDIESE HIPNO-ANALISE-TEGNIEKE

Mediese hipno-analise-tegnieke wat vir diagnostiese doeleindes aangewend is ten opsigte van die 5 proefpersone, is die historisiteitsonderhoud (waartydens die Mediese hipno-analise-historisiteitsvraelys ingeskakel word) en Bryan se woordassosiasietoets (WAT). Ouderdomsregressie word as terapeutiese tegniek ingeskakel om herlewing en herbetekenisgewing te weeg te bring. Vir 'n meer volledige bespreking van die Mediese hipno-analise-tegnieke word na Hoofstuk 2 terugverwys.

4.5.8 DIE GEBRUIK VAN MEDIESE HIPNO-ANALISE AS TEORETIESE RAAMWERK

Volgens Poggenpoel (1998: 338) word 'n *"grounded theory approach"* benodig om as teoretiese raamwerk te dien. Die Mediese hipno-analise bied so 'n goed gefundeerde teoretiese raamwerk.

In Hoofstuk 2 is die teorie- en praktykontwerp van Mediese hipno-analise uitgelê. Mediese hipno-analise is 'n dinamiese korttermyn-gerigte hipnoterapeutiese tegniek waar die onbewuste deursoek word vir die onderliggende oorsaak, met die effektiewe hantering van simptome as einddoel. 'n Holistiese psigologiese en psigo-fisiologiese behandelingsplan van die verstand, die liggaam en die gees, lê onderliggend aan die teoretiese raamwerk van die Mediese hipno-analise-model.

4.6 PROSEDURES EN TEGNIEKE

Terwyl die proefpersone waargeneem word deur die navorser, kan sodanige waarnemings gememoriseer word. Dit is onverstandig, indien nie gevaarlik nie, om op 'n mens se geheue alleen te vertrou om data vir analise te bewaar. Daarom moet bykomende tegnieke vir die boekstawing van gebeure gebruik word terwyl die gebeure plaasvind of so gou moontlik daarna (Schurink, 1998: 285). Die navorser het gebruik gemaak van 'n videokamera om die proefpersone op video vas te lê tydens die ouderdomsregressies en ook observasie-notas, teoretiese notas en persoonlike notas afgeneem.

Kwantitatiewe prosedures, tegnieke en metodes wat tydens die navorsingstudie aangewend is, is reeds vroeër in die hoofstuk bespreek (vgl. 4.4.3). Die kwalitatiewe prosedures en tegnieke wat in hierdie studie gebruik is, word vervolgens bespreek.

4.6.1 TERAPEUTIESE PROSEDURES EN TEGNIEKE

Beskrywende navorsing as kwalitatiewe tegniek fokus op die beskrywing van huidige gebeure of gebeure wat reeds plaasgevind het. Die navorser observeer, interpreteer, konstateer, klassifiseer, integreer en beskryf die navorsingsobjek en -eienskappe (Norval, 1993: 19; Poggenpoel *et al.*, 2001: 2) ten einde die terapeutiese doelwitte te bereik.

4.6.1.1 Terapeutiese doelwitte

Die doelwit van terapie is om die oorsaak van die huidige simptome op te spoor en op te los. Die terapie behoort dan mee te help in die rehabilitering van die adolessent tot hy vry is van die spesifieke simptoom of simptome. As die analitiese fase van Mediese hipno-analise (verhoudingstigting, ontspanning, herkenning van die probleem, eliminering en vervanging van foutiewe persepsies) deurgewerk word, behoort die gewoontepatroon van die simptoom

verbreek te word. Die adolessent se sekondêre gewin ten opsigte van die simptoom moet begryp en gehanteer word as deel van die terapeutiese doelwitte. Laastens word die adolessent gehelp in sy eie proses van genesing, versterking van die ego en persoonlike ontwikkeling, volgens die rehabiliteringsfase van die Mediese hipno-analise-model (vgl. 2.5.6.2).

4.6.1.2 Sukses van terapie

Die terapie ten opsigte van die begeleiding van emosioneel-weerlose adolessente na emosionele volwassewording word as suksesvol beskou indien die Ponce de Leon-sindroom gehanteer word met groei in emosionele volwassewording as uitkoms.

4.6.1.3 Terapeutiese tydsverloop

Die adolessente is blootgestel aan ongeveer twaalf 90-minuut terapiesessies. Die duur van die terapiesessies het afgehang van onder meer elke adolessent se spesifieke probleem, simptome, ingesteldheid en motivering ten opsigte van die terapie, kognitiewe vermoë, ondersteuningsnetwerk en talent vir hipnose met inagneming van praktiese probleme en koste-effektiwiteit. Drie maande het verloop tussen die voor- en natoetsing. Die natoetsing is gedoen direk na afloop van die afsluiting van die terapie. Die navorser is genoodsaak om rekening te hou met eksamens, vakansies, die verhuising van 'n proefpersoon en die tyd wat dit sou neem om die statistiese dataverwerking te doen. Dié beperkte kontrole oor gebeurtenisse in die lewens van die adolessente kon sekere implikasies inhou ten opsigte van die uitkoms van die terapie.

4.6.1.4 Terapeutiese verloop

Die *"Seven R's"* (vgl. 2.5.6) van die Mediese hipno-analise-model is gebruik as riglyn tydens die verloop van die terapie. Tydens die analiseringsfase gebruik die navorser die historisiteitsonderhoud om moontlike probleemareas te identifiseer en om belangrike inligting rondom die moontlike inisiële

sensitiserende, simptoom-produserende en die simptoom-intensiverende gebeurtenisse te verkry. Bryan se woordassosiasietoets word gebruik om die onbewuste diagnoses volgens die tripleerde allergeenteorie te formuleer. Wanneer die onbewuste diagnose(s) gemaak is, verskil die benadering verder van terapeut tot terapeut en van kliënt tot kliënt. Meestal word daar na die voorgeboortelike fase teruggegaan om pre-natale trauma deur te werk, waarna daar deurgegaan word met die geboorte tot in die fase direk na geboorte. Ter ondersteuning van hierdie werkswyse word Verny in Meyer (2001: 10) aangehaal:

"An adult, and in lesser degree a child, has had time to develop defenses and responses. Because the unborn child has had no time to do that, he or she is affected directly by external factors, and we find that maternal emotions etch themselves deeply in the psyche of the unborn child."

Daarna is die algemene benadering om, deur middel van ouderdomsregressies, die adolessent se onbewuste te deursoek na onderliggende probleme en dan positiewe betekeniswysiging te doen. Die terapeutiese verloop word opgesom en grafies voorgestel in **FIGUUR 4.1**.

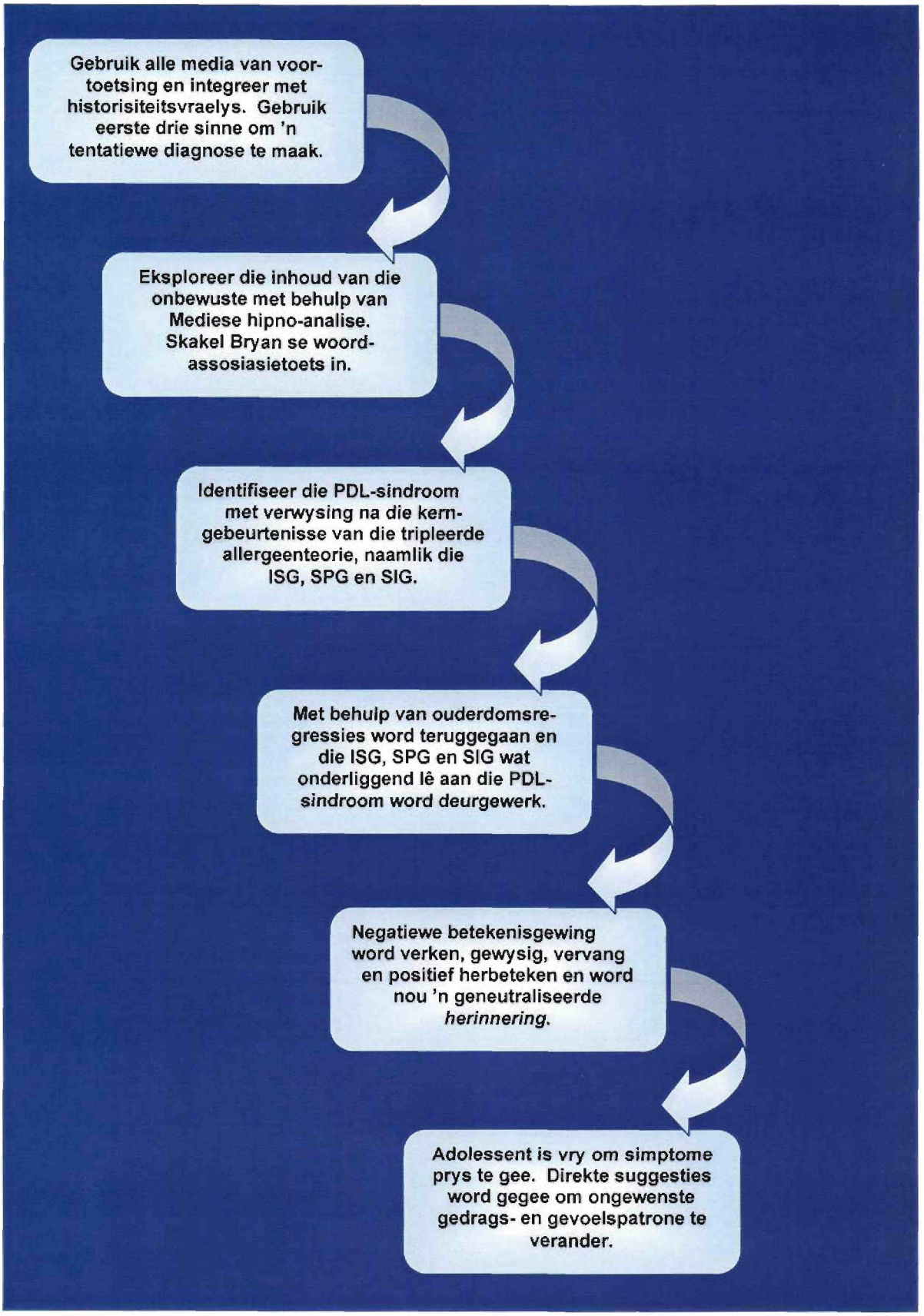
4.6.1.5 Bespreking van die gevallestudies

By die bespreking van die gevallestudies in Hoofstuk 5 sal daar verwys word na die proefpersone se historisiteit, projeksies en aanduidings van die Ponce de Leon-sindroom uit Bryan se woordassosiasietoets.

Ander faktore wat aan die begin van die navorsing aan die lig gekom het en op die terapie betrekking het, word uitgewys. Die doel van hierdie faktore is om in samehang met die psigodinamiese lewensverloop, die leser te oriënteer ten opsigte van elke proefpersoon se:

- ingesteldheid waarmee hy terapie betree;
  (verkry uit MACI-skaal X: Selfonthulling)

FIGUUR 4.1: TERAPEUTIESE VERLOOP



- gerealiseerde intelligensievermoë;
  (verkry uit HSPV-faktor B: Abstrakte denke-Konkrete denke)
- blootstelling aan kindermishandeling;
  (verkry uit MACI-skaal H: Kindermishandeling)
- blootstelling aan gesinsonenigheid; en
  (verkry uit MACI-skaal G: Gesinsonenigheid)
- beskikbaarheid van 'n ondersteuningsnetwerk.
  (verkry uit die historisiteitsvraelys, gesprekvoering, ens.)

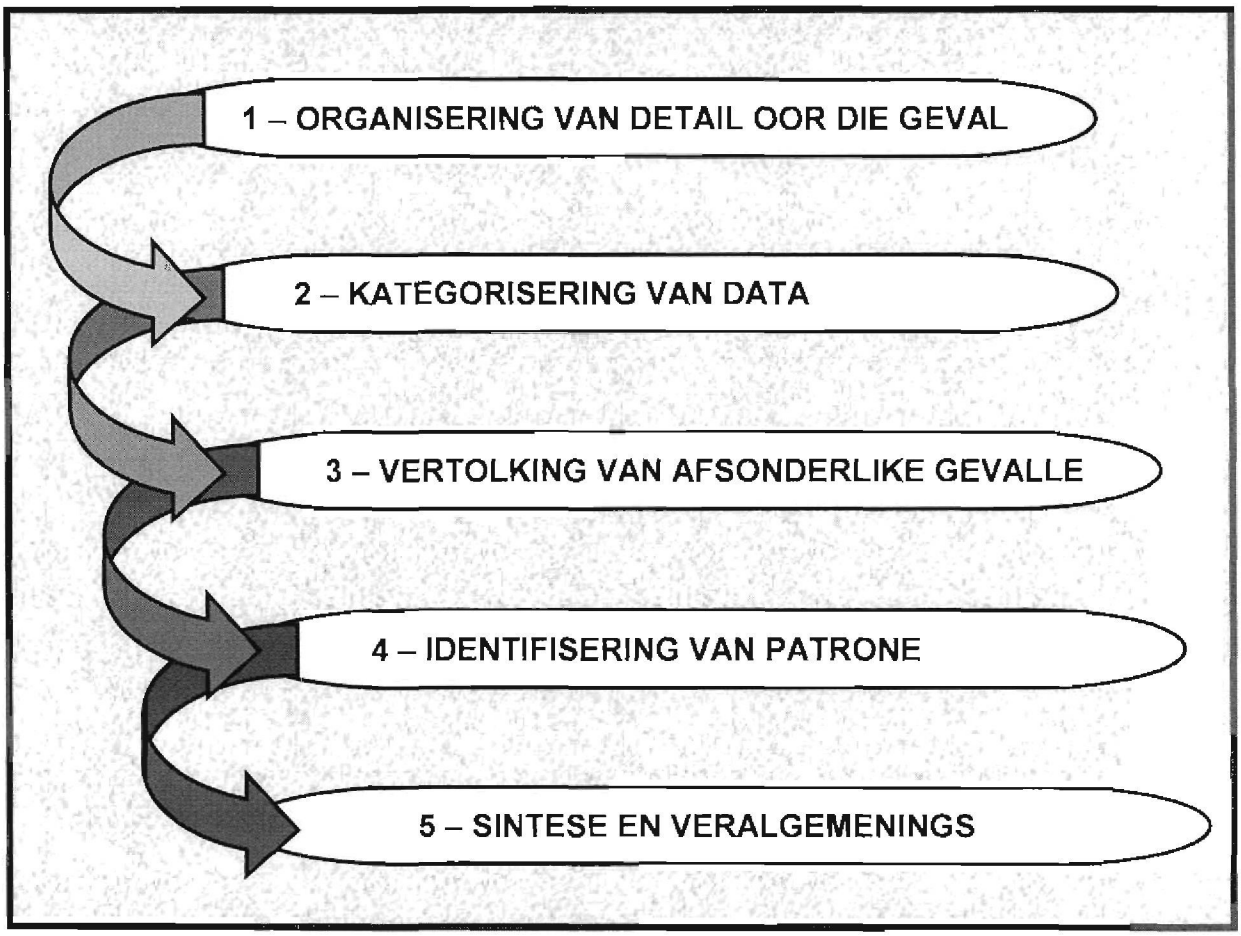
Die 3 kerngebeurtenisse wat onderliggend is aan die onbewuste diagnose van die Ponce de Leon-sindroom sal benoem word en bespreek word deur te verwys na die ouderdomsregressies wat ingeskakel is. Die verdere verloop van die terapie sal beskryf word soos dit verloop aan die hand van die Mediese hipno-analise-model. Elke gevallestudie sal afgesluit word deur te verwys na die verskillende Mediese hipno-analise *"scripts"* **(BYLAAG 14)** wat die terapeut gebruik het. Die hoofstuk sal afgesluit word met 'n samevatting en gevolgtrekking oor die verloop van die terapie met die 5 proefpersone.

4.7 DATA-ANALISE

By kwalitatiewe navorsing moet daar volgens Berg (1995: 7), Denzin en Lincoln (1994: 2) en Patton (1990: 169) verseker word dat die data wat versamel word, ryk aan inligting en beskrywings van mense en bepaalde situasies is. Nadat die proefpersone geselekteer is, moet die navorser 'n protokol (skema) vir die versameling en optekening van die data ontwerp.

Reeds met die insameling van data, moet die navorser begin om die data te analiseer en daarom moet daar vooraf 'n skema ontwerp word waarvolgens die data geklassifiseer en aangeteken kan word. Die navorser volg Creswell en Stake (in Leedy & Ormrod, 2001: 150) se vyf stappe **(FIGUUR 4.2)** vir die analisering van die data by gevallestudies.

FIGUUR 4.2: ANALISERING VAN DATA BY GEVALLESTUDIES



Tydens **STAP 1** word die agtergronddata georganiseer in 'n verkorte historisiteit deur 'n skematiese voorstelling van elke proefpersoon se unieke psigodinamiese lewensverloop te gee. **STAP 2** behels die kategorisering van die data wat verkry is uit die historisiteit, onderhoude, psigometriese toetse, vraelyste en grafiese ekspressiemedia. Die inligting word gebruik om die voorlopige onbewuste diagnoses te kategoriseer volgens die tripleerde allergeenteorie van Mediese hipno-analise. In **STAP 3** word spesifieke dokumente, gebeurtenisse en ander stukkies data ondersoek ter wille van die spesifieke betekenisse wat hulle kan hê met betrekking tot die gevalle. **STAP 4** behels die inskakeling van ouderdoms-regressies ten einde die onbewuste diagnoses wat geïdentifiseer is, te bevestig. Sekere gedagte- en gedragspatrone word geïdentifiseer, gewysig en verander, indien nodig. In **STAP 5** word al die inligting rondom elke gevallestudie saamgevoeg en geïntegreer. Gevolgtrekkings word gemaak oor kenmerke en/of

verskynsels wat as verteenwoordigend beskou kan word van die emosioneel-weerlose adolessent.

4.8 INTERPRETASIE VAN DATA

Die data sal kwalitatief en kwantitatief verwerk en geïnterpreteer word. Daar sal in 'n geringe mate van beskrywende statistiek (statistiek wat gebruik word om navorsingsresultate op te som en tot enkele syfers te vereenvoudig) gebruik gemaak word ten einde die data statisties te verwerk. Statistiek is 'n wetenskaplike uitbreiding van ons daaglikse logiese denke en sal in hierdie studie aangewend word om by te dra tot die sistematiese samehang van kennis. Die navorser se bevindinge sal in samehang met die geheel-raamwerk van bestaande kennis rondom emosionele weerloosheid by adolessente geïnterpreteer word. Deur die data kwalitatief te interpreteer, kan insig verkry word in die gedrag wat geopenbaar word en die betekenisse en vertolking wat die proefpersone aan hul leefwêrelde gee. Uit die samevoeging van inligting uit die literatuurstudie en begrip verkry uit die gevallestudies en die empiriese ondersoek, sal riglyne vir opvoedkundige sielkundiges aan die hand gedoen word ten opsigte van die gebruik van Mediese hipno-analise as hulpverleningstegniek by emosioneel-weerlose adolessente.

4.9 HOOFSTUKAFSLUITING

Hierdie hoofstuk is gewy aan 'n beskrywing van die empiriese ondersoek. Ten aanvang is na die doel van die ondersoek verwys, waarna die kwalitatiewe navorsingsontwerp bespreek is. Die gevallestudiemetode as navorsingsmetode is bespreek met verwysing na die selektering van die proefpersone. Die metodes wat vir data-insameling aangewend is, is beskryf, waarna die terapeutiese prosedures en tegnieke wat ingeskakel is, toegelig is en die data-analise en -interpretasie bespreek is.

In die volgende hoofstuk word die 5 gevallestudies bespreek.

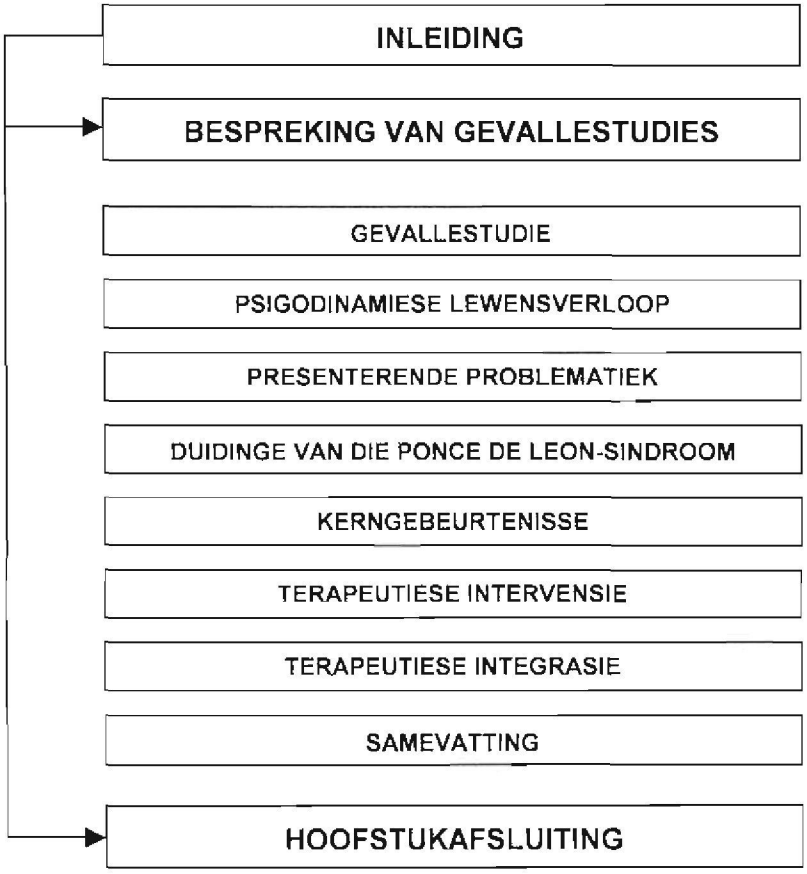
HOOFSTUK 5

BESPREKING VAN DIE GEVALLESTUDIES

5. HOOFSTUKORIëNTERING

Die doel van hierdie hoofstuk is om deur middel van 5 gevallestudies te demonstreer dat emosioneel-weerlose adolessente met behulp van Mediese hipno-analise begelei kan word tot groei in emosionele volwassewording. Aan die hand van **SKEMA 5** word 'n kort oorsig oor Hoofstuk 5 gegee:

SKEMA 5: OORSIG OOR HOOFSTUK 5



5.1 INLEIDING

Mediese hipno-analise is in die literatuurstudie en deur verskeie skrywers aangehaal as 'n belowende behandelingstrategie vir adolessente wat presenteer met onder meer angs, depressie, identiteitsprobleme, enurese en persoonlikheidsversteurings (Geer, 2000; Lowies, 1994; Meyer, 2001; Roets, 2001; Van Niekerk, 2000). Uit onderstaande aanhaling is dit duidelik dat Ritzman (1987: 113) van mening is dat die Ponce de Leon-sindroom as onbewuste diagnose van Mediese hipno-analise, 'n belangrike rol in die manifestering van persoonlikheidsversteurings speel.

" . . . rather than treating a Ponce de Leon we are rebuilding an entire personality. Since, when there is a crippling personality disorder, a Ponce de Leon syndrome is by definition a part of the problem, and the Ponce de Leon syndrome is treated as part of the larger complex."

Gesien in die lig van bostaande aanhaling kan die afleiding gemaak word dat die adolessent as persoon-in-totaliteit by die hantering van die Ponce de Leon-sindroom (as onbewuste diagnose van Mediese hipno-analise) kan baat vind.

In hierdie hoofstuk word daar gepoog om deur middel van 5 gevallestudies te demonstreer dat Mediese hipno-analise met groot effektiwiteit aangewend kan word ten opsigte van die verligting van simptome wat met emosionele weerloosheid en onvolwassenheid geassosieer kan word.

5.2 BESPREKING VAN GEVALLESTUDIES

Die prosedure wat gevolg is in die bespreking van elk van die 5 gevallestudies, sluit die volgende in:

- 'n Verkorte historisiteit deur middel van 'n skematiese voorstelling van die adolessent se unieke psigodinamiese lewensverloop.

- 'n Grafiese voorstelling deur die adolessent van sy unieke psigodinamiese lewensverloop (emosionele volwassewordingsdiagram) en kerngedagtes van die navorser ten opsigte daarvan, word voor die aanvang sowel as na afloop van die terapie aangebied.

- Omskrywing van die adolessent se probleme deur sy ouers/voogde/ versorgers en die registeronderwyser van die vorige jaar.

- Selfonthulling (volgens skaal X van die MACI), intelligensie (volgens faktor B van die HSPV) en sosiale omgewingsuitkomste (volgens skale G en H van die MACI, sowel as inligting verkry uit die historisiteitsvraelys, gesprekvoering, ens.) van die adolessent voor die aanvang van die terapie word kortliks aangedui om in samehang met die psigodinamiese lewensverloop, die leser te oriënteer ten opsigte van elke adolessent se lewensomstandighede (vgl. 4.6.1.5).

- Aanduidings van die Ponce de Leon-sindroom verkry uit Bryan se woord-assosiasietoets (WAT).

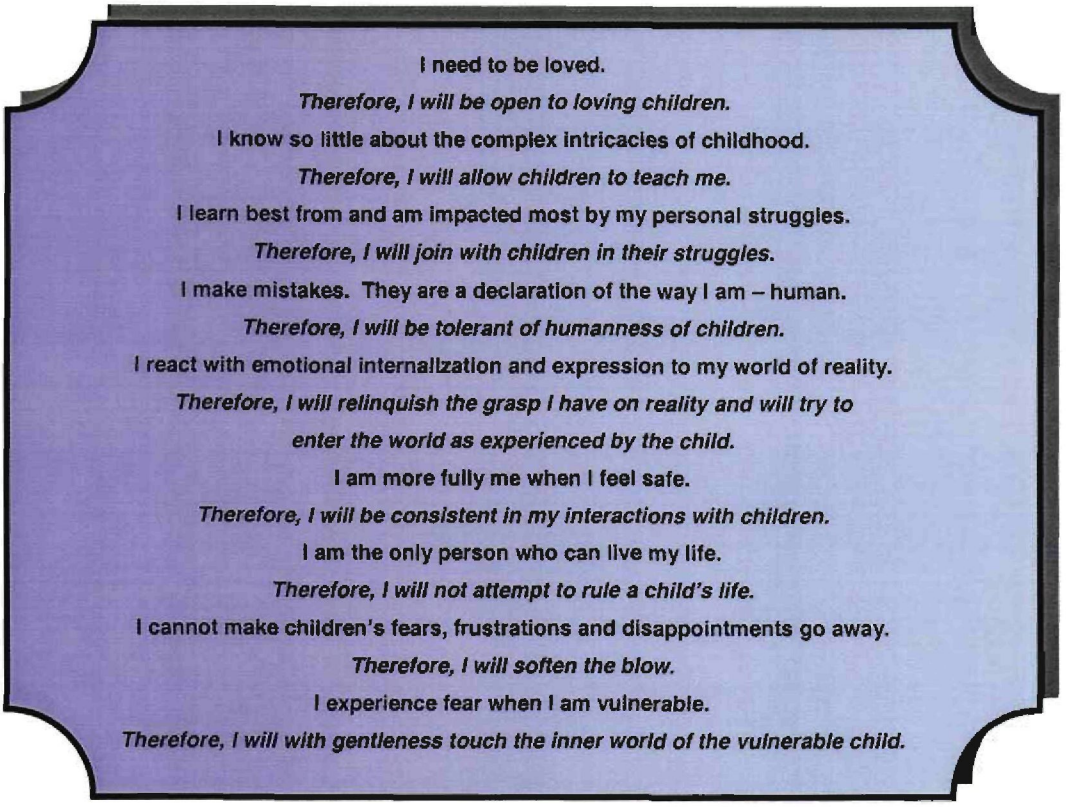
- Identifisering van die 3 kerngebeurtenisse volgens die tripleerde allergeenteorie van die Mediese hipno-analise-model. In baie gevalle was dit nodig om meer as een keer 'n ouderdomsregressie te doen na dieselfde gebeurtenis toe, totdat die terapeut seker was dat al die negatiewe persepsies, idees en gedagtes wel gewysig is. Daar kan ook meer as een simptoom-intensiverende gebeurtenis wees (vgl. 2.5.4.1). In hierdie studie word egter slegs enkele ouderdomsregressies aangehaal. Die ISG, SPG en SIG wat geïdentifiseer word as onderliggend aan die Ponce de Leon-sindroom, kan ook terselfdertyd onderliggend wees aan ander onbewuste diagnoses soos byvoorbeeld die lewende-lyk-sindroom, identiteitsversteuringsindroom, skeidingsangssindroom, skuldsindroom, geboorte-versmoringsindroom en die doodsverwagtingsindroom.

- Die verwysing na ouderdomsregressies en terapeutiese integrasie van verworwe insigte. Vanweë die fokus van hierdie navorsing word die ISG, die SPG en die SIG wat onderliggend is aan die Ponce de Leon-sindroom bespreek terwyl daar slegs verwys word na ander moontlike diagnoses.

- Mediese Hipno-analise *"scripts"* word deurgaans gebruik vir die wysiging van gedagte- en gedragspatrone en die inoefening van verandering (vgl. Bylaag 14).

- Laastens word 'n samevatting ten aansien van die terapeutiese intervensie met elke adolessent aangebied.

Die ingesteldheid van die navorser as terapeut teenoor die emosioneel-weerlose adolessente word deur die volgende uittreksel (Landreth, 1991: 5) weerspieël.



Vervolgens word die adolessente as Kind A, B, C, D en E bespreek om sodoende hul ware identiteit te beskerm.

5.2.1 KIND A

Kind A is 'n 16-jarige dogter wat by haar vader en stiefmoeder woon. Sy is een van ses kinders in die huis.

5.2.1.1 Psigodinamiese lewensverloop

Kind A se psigodinamiese lewensverloop word opgesom en voorgestel deur **FIGUUR 5.1.1**.

5.2.1.2 Emosionele volwassewordingsdiagram voor aanvang van die terapie

Voor die aanvang van die terapie, stel Kind A haar unieke psigodinamiese lewensverloop (emosionele volwassewordingsdiagram) grafies voor in **FIGUUR 5.1.2**.

5.2.1.3 Bespreking van die emosionele volwassewordingsdiagram voor aanvang van die terapie

Die bespreking van Kind A se emosionele volwassewordingsdiagram (voor die aanvang van terapie sowel as na afloop van die terapie) geskied aan die hand van Oaklander (1988: 21-45), Van Niekerk (1990: 142-157) en Ziffer en Shapiro (1992: 17-23) se riglyne by die interpretasie van kinder- en adolessente-tekeninge. Die bespreking word beïnvloed deur inligting wat die terapeut deur gesprekvoering met Kind A bekom het (vgl. 4.5.6).

FIGUUR 5.1.1: KIND A SE PSIGODINAMIESE LEWENSVERLOOP

SWANGERSKAP

Beplande swangerskap

⬇

GEBOORTE

Derde kind van drie kinders
Moeder ondervind ernstige probleme tydens geboorte
Met geboorte ontwikkel die moeder bloedklonte, hartskade en longprobleme
Word gebore deur middel van 'n keisersnee
Moeder kan nie borsvoed nie

⬇

VOORSKOOLS

Moeder is chronies siek en is in en uit die hospitaal
Moeder is geïrriteerd, altyd moeg en ongeduldig
Sy bly baie by haar ouma
Huilerige kind wat nie hou van aanraking nie
Pas glad nie aan in die kleuterskool nie

⬇

LAERSKOOLDAE

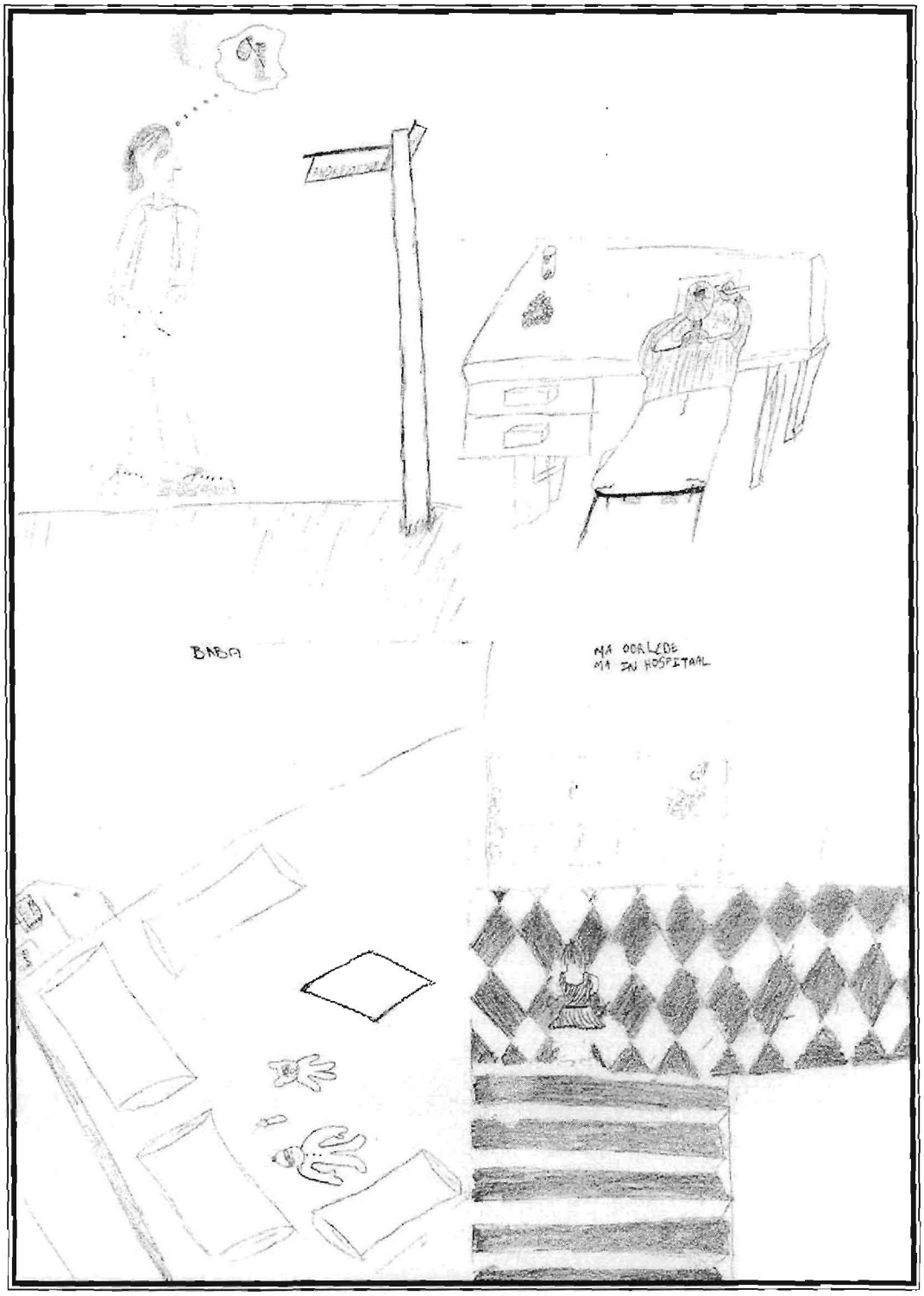
Skooltoetrede op 5-jarige ouderdom
Die moeder sien nie meer vir haar kans nie
Van Gr. i af skolastiese probleme – sy blyk stadig te wees
Kinders terg en spot haar
Gr. ii – Moeder is oorlede
Vader trou 3-maande later met die moeder se suster
Sy is nou die jongste van 6 kinders
Ouers het baie gevegte oor die 6 kinders

⬇

HOëRSKOOLDAE

Vader is afwesig – *meestal voor sy rekenaar*
Stiefmoeder bied soms ondersteuning
Stiefmoeder kry woedebuie waartydens sy haar emosioneel en fisies mishandel
Sy en stiefsusters het met tye 'n swak verhouding
Voel sy hoort nie in die gesin nie en kry nie genoeg aandag nie
Gr. 10: Stiefmoeder slaan en skop haar – bloukolle
Gr. 10: Loop van die huis af weg – polisie kry haar 3 dae later
Word gespot en name genoem, dink baie keer aan selfmoord
Swak verhouding met die rekenaartik onderwyseres
Ouers het finansiële en ernstige huweliksprobleme
Pa het 'n probleem met die kerkraad en hulle gaan nie meer kerk toe nie
Sy's hartseer want sy kan nie tot lidmaat bevestig word nie
Sy toon 'n sterk geloofsoortuiging
Stiefmoeder verlaat die vader en dagvaar hom vir 'n egskeiding

FIGUUR 5.1.2: KIND A SE EMOSIONELE VOLWASSEWORDINGS-DIAGRAM VOOR AANVANG VAN DIE TERAPIE



⇨ Kerngedagtes van die terapeut rondom die geheel-beeld

Die tekeninge is in kompartemente verdeel wat die verloop van die 3 kern-gebeurtenisse volgens die tripleerde allergeenteorie uitbeeld.

Die eerste tekening (ISG) links onder stel haar as baba voor. Die baba is klein in vergelyking met die res van die kamer en die moeder is afwesig. Die baba is alleen in die kamer. Dit stel die tydperk voor net na geboorte toe die moeder nog in die hospitaal was. Daar word waarskynlik nie toereikend in haar liefdesbehoeftes voldoen nie.

Die tweede tekening (SPG) links onder stel haar moeder voor waar sy in die hospitaal lê. Die patroon van die hospitaalvloer is opvallend en beklemtoon die intensiteit waarmee sy die trauma assosieer. Sy staan alleen, met haar rug na vore, op 'n afstand na haar moeder en kyk. Sy voel eensaam en verwyderd van haar moeder. Haar moeder word in haar gedagtes met die hospitaal geassosieer. Sy vrees die toekoms en weet nie wat van haar gaan word nie.

Die derde tekening (SIG) is van haarself waar sy wegloop van die huis af. Sy lyk ongelukkig en hartseer, onseker en alleen. Duidinge van lewensonsekerheid en hulpeloosheid kom voor. Sy voel verwerp, asof sy nêrens hoort nie en alleen in die wêreld staan. Die *"callout"* stel 'n boemelaar voor wat nêrens heen het om te gaan nie.

Die vierde tekening stel haar huidige omstandighede voor. Sy sit met haar rug na vore wat daarop dui dat sy die aktiwiteit op hande afkeur. Dit kan ook daarop dui dat sy wegskram van die lewenseise en onwillig is om haar emosionele volwassewordingsmoontlikhede toereikend te aktualiseer. Dit kan verder dui op 'n eksplorasie-onwil en onttrekking - ook ten aansien van interpersoonlike verhoudinge. Sy openbaar 'n swak toekomsgerigtheid en emosionele labiliteit.

5.2.1.4 Presenterende problematiek

Die probleme wat Kind A beleef, word weergegee uit die Algemene welstand-vraelys en die Weerlose adolessent-vraelys en word verder toegelig deur haar ouers en die vorige jaar se registeronderwyseres.

(a) Die Algemene welstand-vraelys

Die volgende stellings uit die Algemene welstand-vraelys dui op emosionele weerloosheid:

Nr. 3: Ek voel vasgevang in my huidige situasie.
Nr. 6: Ek voel dat dit beter sal wees as ek dood is.
Nr. 8: Ek kan nie die meeste probleme hanteer wat na my kant toe kom nie.
Nr. 10: As ek terugkyk oor my lewe kan ek net 'n klomp mislukkings sien.
Nr. 16: Ek dink baie oor die dood en doodgaan.
Nr. 21: Ek dink baie aan selfmoord.
Nr. 39: Ek het baie vrese.

Die volgende stellings uit die Algemene welstand-vraelys dui op emosionele onvolwassenheid:

Nr. 37: Ek kan nie oor my gevoelens praat nie.
Nr. 45: Ek voel dat ek altyd moet kompeteer met my klasmaats.
Nr. 50: Ek is 'n slegte verloorder.

(b) Die Weerlose adolessent-vraelys

Die volgende stellings uit die Weerlose adolessent-vraelys dui op emosionele weerloosheid en onvolwassenheid ten opsigte van Kind A se emosionele behoeftes, basiese behoeftes en sosiale behoeftes:

- **Emosionele behoeftes**

Nr. 1: Ek ervaar angs en vrees wanneer ek besluit om iets nuuts te doen.
Nr. 10: Ek sukkel om iets te voltooi.
Nr. 15: Dit voel vir my asof ek nooit goed genoeg is nie, nooit enigiets regkry nie.
Nr. 16: Dit voel vir my asof ek regtig nie weet wat ek wil hê nie.
Nr. 19: My lewe is leeg; ek voel dikwels depressief.
Nr. 20: Ek weet nie werklik wie ek is nie. Ek is nie seker wat my waardes is of wat ek van goed dink nie.

- **Basiese behoeftes**

Nr. 1: Ek is uit voeling met my liggaamlike behoeftes. Ek weet nie wanneer ek moeg, honger of seksueel opgewek is nie.

- **Sosiale behoeftes**

Nr. 1: Basies wantrou ek almal, selfs myself.
Nr. 5: Ek is geïsoleerd en bang vir mense, veral vir persone in 'n gesagsposisie.
Nr. 8: Ek vermy konflik tot elke prys.
Nr. 9: Ek sê selde nee vir ander se voorstelle en voel dat iemand anders se voorstel byna 'n opdrag is wat uitgevoer moet word.
Nr. 13: Dit gebeur selde dat ek om verduideliking vra van stellings wat ek nie verstaan nie.
Nr. 15: Ek het nooit naby aan een van of albei my ouers gevoel nie.
Nr. 19: Ek is geweldig mededingend en 'n slegte verloorder.
Nr. 20: My diepste vrees is die vrees vir verwerping en ek sal enigiets doen om vas te hou aan 'n verhouding.

(c) Probleme soos deur haar ouers en registeronderwyseres gestel

Probleme soos geïdentifiseer deur Kind A se vader, stiefmoeder en register-onderwyseres van die vorige jaar word in **TABEL 5.1** weergegee.

TABEL 5.1: INSETTE DEUR KIND A SE OUERS EN REGISTERONDERWYSERES

OUERS SE INSETTE	REGISTERONDERWYSERES SE INSETTE
- Voel sy is vet en lelik - Geen motivering vir skoolwerk nie - Neem nie verantwoordelikheid nie - Nie gewild by die skool nie en het nie eintlik vriende nie - Assosieer liewer met anderkleurige kinders - Kan nie konflik hanteer nie - Sukkel om opdragte uit te voer, is stadig en doen dit half - Geen selfvertroue nie, bang sy sê iets verkeerds of ander mense spot haar - Pa in konflik met die kerkraad. Dit maak haar hartseer want sy kan as gevolg daarvan nie as lidmaat bevestig word nie - Hou nie van aanraking nie - Het baie vrese en is bang vir die lewe vandat haar biologiese moeder oorlede is - Is hartseer, het skuldgevoelens, is selfafbrekend en onttrek haar	- Sy is onseker van haarself en soek dikwels aandag. Sy aanvaar haarself nie - Sy is soms buierig en opstandig. Sy word gou kwaad en dit stel haar daaraan bloot om geterg te word - Sy doen nie elke dag haar huiswerk nie, soms is dit gedoen met weinig belangstelling en inspanning - Sy huiwer om verantwoordelikheid te neem - Sy is 'n redelike alleenloper wat sleg ingeskakel is by die groep en soek aanvaarding by jonger leerders - Sy steur haar nie aan gesag nie en oortree gedurig die skoolreëls - Sy is emosioneel onvolwasse. Dit word weerspieël deur die dinge waarmee sy haar besig hou en deur haar optrede. 'n Gebrek aan konsentrasie kom voor - Sy onderpresteer en het baie motivering nodig

5.2.1.5 Bespreking van selfonthulling, intelligensie en sosiale omgewingsuitkomste

Dit blyk dat Kind A bereid is om sekere aspekte van haarself te onthul. Sy tree toe tot terapie met 'n redelike oop gemoed. Sy beskik oor 'n gemiddelde gerealiseerde verstandsvermoë. Sy is blootgestel aan kindermishandeling en ervaar gesinsonenigheid. Haar stiefmoeder bied ondersteuning op 'n ongereelde basis. Sy beleef haar vader as onbetrokke en dat hy nooit aandag gee nie (vgl. 5.1.1).

5.2.1.6 Duidinge van die Ponce de Leon-sindroom

Duidinge van die Ponce de Leon-sindroom **(FIGUUR 5.1.3)** kan verkry word uit die voorkoms en gedrag van die proefpersoon, sowel as die eerste 3 sinne waarmee sy haar probleem formuleer.

Die volgende duidinge van die Ponce de Leon-sindroom is uit Bryan se woordassosiasietoets (WAT) geïdentifiseer:

Nr. 13	Vrees: *bang*
Nr. 21	Liefde: *'n hart*
Nr. 23	Wens: *"genie"*
Nr. 53	Ek het vasgesteek op die ouderdom: *7*
Nr. 71	Dit het alles begin toe: *my ma siek geword het*
Nr. 92	Ek is bang wanneer: *ek alleen is*
Nr. xii	Spot: *name*
Nr. xiv	Deur my name te noem: *word ek seergemaak*
Nr. xvii	Wegloop: *wegkom*
Nr. xviii	Toe my ma siek geword het: *het ek bang geword*

5.2.1.7 Kerngebeurtenisse volgens die tripleerde allergeenteorie

Die volgende 3 kerngebeurtenisse het onder meer aanleiding gegee tot die begin en later die intensivering van die Ponce de Leon-sindroom by Kind A.

(a) Inisiële sensitiserende gebeurtenis (ISG)

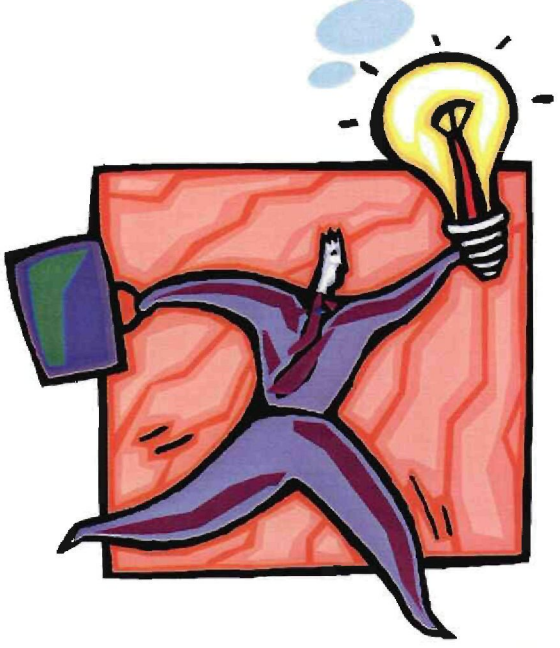
- Geboorte-trauma ► 9-maande ouderdom ► Vrees

Sy raak bewus van bloeding en beleef vrees dat sy gaan versmoor in die bloed. Haar benoudheid veroorsaak gevoelens van angs.

FIGUUR 5.1.3: DUIDINGE VAN DIE PONCE DE LEON-SINDROOM BY KIND A

'n Ponce de Leon-diagnose blyk uit haar hele houding en voorkoms. Sy reageer soos 'n klein dogtertjie, te bang om iets verkeerd te sê. Haar hare is in kort poniesterte vasgemaak. Sy het geen grimering aan nie en dit lyk nie of sy bewus is van modeneigings (soos by haar portuurgroep) nie. Haar manier van praat is soos dié van 'n klein dogtertjie.

Ek is 'n baie vreesbevange persoon, ek het nie selfvertroue nie. Ek is bang ek word weer geslaan of iets. Ek is nie iemand wat kan sosialiseer nie.



SLEUTELWOORDE VIR PDL-DIAGNOSE:

- "Ek is 'n baie **vreesbevange** persoon . . ."
- "Ek is **bang** . . ."

BEWUSTE DIAGNOSE VOLGENS DIE DSM-IV-TR:

- 309.21 Skeidingsangsversteuring (vroeë aanvang)

(b) Simptoom produserende gebeurtenis (SPG)

- Kinderjare-trauma ▸ 7-jarige ouderdom ▸ Skeidingsangs

Sy beleef skeidingsangs en vrees voor haar moeder se dood en daarna.

(c) Simptoom intensiverende gebeurtenis (SIG)

- Adolessente-trauma ▸ 14-jarige ouderdom ▸ Skeidingsangs

Sy beleef gevoelens van verwerping (wat in terme van Mediese hipno-analise as skeidingsangs gekonseptualiseer kan word) en skuldgevoelens ná 'n hewige bakleiery met haar stiefmoeder, waarna sy besluit om weg te loop.

5.2.1.8 Terapeutiese intervensie

Die verloop van die terapie word verder beskryf deur kortliks na die navorser se hantering van die ISG, SPG en SIG te verwys. Enkele voorbeelde van hoe die terapeut die ouderdomsregressies gehanteer het, word aangehaal. Meer as een ouderdomsregressie is soms onderneem om die fisiese en/of psigiese trauma rondom 'n spesifieke gebeurtenis te hanteer.

(a) Inisiële sensitiserende gebeurtenis (ISG)

Die eerste trauma (ISG) wat 'n remming veroorsaak het in Kind A se emosionele groeiproses was 'n fisiese doodsbelewenis tydens haar geboorte. Duidinge uit die WAT is gebruik om die geboorteregressie te inisieer.

DUIDINGE UIT DIE WAT	
Nr. 13	Vrees: *bang*
Nr. 16	Angs: *benoud*

Nr. 28	Rooi: *bloed*
Nr. 71	Dit het alles begin toe: *my ma siek geword het*
Nr. 87	My grootste vrees is: *dat ek kan doodgaan*
Nr. xviii	Toe my ma siek geword het: *het ek bang geword*

GEBOORTE-REGRESSIE

Terapeut: Wat sien die baba?
Kind A: *Ietsie **roois**. Laat my **bang** voel.*
Terapeut: Waarvoor?
Kind A: *Versmoor van die **bloed**.*
Terapeut: Kan jy enigiets doen?
Kind A: *Nee niks nie.*
Terapeut: Wat gebeur?
Kind A: *Ek gaan **doodgaan**.*
Terapeut: Wat gebeur met mamma as jy doodgaan?
Kind A: *Ma kan ook doodgaan.*
Terapeut: Hoe voel mamma?
Kind A: *Sy's bekommerd oor die babatjie.*
Terapeut: Wat is mamma se grootste vrees?
Kind A: *Dat sy die babatjie kan **verloor**.*

(i) Bespreking

Die geboorte-versmoringsindroom presenteer as onbewuste diagnose op die derde rangorde van lewensprioriteite van die Mediese hipno-analise-model.

Kind A se ondervinding in die baarmoeder was in orde, sy het welkom en geliefd gevoel. Soos die geboorte begin het, het sy al hoe meer ongemaklik begin voel. Die primêre funksie van die onbewuste is om te oorleef (Matez in Modlin, 1999c: 5). Die moeder verkeer in lewensnood (bloedklonte, longprobleme en hartskade) (WAT-duiding - Toe my ma siek geword het: *het ek **bang** geword*). Kind A ervaar angs en vrees toe sy bewus raak van **bloed**. Sy voel **benoud** en **vrees**

dat sy in die bloed kan **versmoor**. Sy voel vas**gevang** (vgl. vrees**bevange** in eerste 3 sinne van probleemstelling) en sy kan self niks doen nie, sy is nie meer in beheer nie. Sy besef ook haar moeder se lewe is in gevaar. Haar angs en vrees word geïntensiveer deur haar moeder se angs en vrees. Sy staar die dood in die oë. Onbewustelik moet sy kies hoe sy gaan reageer teenoor die doodsbedreiging, of sy gaan "veg" of "vlug" (*"fight or flight"*), (Modlin, 1999c: 5; Zelling, 1995: Ongepubliseerd).

Sy besluit op die vlugreaksie deur met vrees te reageer op die doodsdreigement. Vrees word haar *"proof of life"* (Modlin, 1999c: 5). Haar oorlewingsrespons werp egter nie vrugte af nie, Kind A gee moed op (Engle & Shmale in Modlin, 1999c: 5) en aanvaar sodoende die doodsuggestie. Tydens die geboorte word die onbewuste reaksie om nie te veg nie maar om op te gee en te vlug, gevestig. Kind A word uiteindelik deur middel van 'n keisersnee gebore. Net na die geboorte bevestig sy dan ook dat sy die doodsuggestie aanvaar het: ***"Ek voel niks nie."*** Haar volwassewording word gerem deur haar onbewustelike aanvaarding van 'n fisiese doodsuggestie.

Die terapeut help vir Kind A deur 'n toekomsprogressie te doen van ná haar geboorte om 'n gevoel van lewe te bevestig. Sy besef (kognitief) dat sy verkeerdelik geantisipeer het dat sy gaan doodgaan. Sy weet en voel dat sy lewe en kan die simptoom van vrees (wat gedien het as haar *"proof of life"*) nou prysgee. Sodoende word haar reaksie op vrees van 'n vlugrespons na 'n vegrespons herbeteken. Lewe is dus bevestig, die doodsuggestie gehanteer en die simptoom van vrees nie meer aanwesig nie.

(ii) Samevatting

Die geboorte-versmoringsindroom het ontstaan toe sy die onbewuste suggestie aanvaar het dat sy gaan versmoor en dus gaan doodgaan. Die geboorte-versmoringsindroom kom gewoonlik saam met die doodsverwagtingsindroom voor en presenteer op die derde rangorde van lewensprioriteite van die Mediese hipno-analise-model waar die individu se fisiese voortbestaan bedreig word.

(b) Simptoom-produserende gebeurtenis (SPG)

Die tweede trauma (SPG) wat 'n remming veroorsaak het in Kind A se emosionele groeiproses was 'n emosionele doodsbelewenis met die dood van haar moeder op 7-jarige ouderdom. Duidinge uit die WAT is gebruik om die ouderdomsregressies te inisieer.

DUIDINGE UIT DIE WAT

Nr. 11	My ma: *mis*
Nr. 59	Depressief: *eensaam*
Nr. 69	Wanneer ek sterf gaan ek: *na my ma toe*
Nr. 88	My grootste wens is: *dat ek my ma weer kan sien*
Nr. 92	Ek is bang wanneer: *ek alleen is*
Nr. xvi	Dit het erger geword: *na my ma se dood*
Nr. xxvi	Sewe beteken vir my: *sleg*

OUDERDOMSREGRESSIES TOT OP 7-JARIGE OUDERDOM

Terapeut: Hoe oud is jy?
Kind A: ***Sewe*** *jaar oud.*
Terapeut: Wat voel jy?
Kind A: ***Hartseer.***
Terapeut: Wat maak jou so hartseer?
Kind A: *Die dag toe ek my ma laaste gesien het.* (huil)
Terapeut: Waaroor praat julle?
Kind A: *Toekoms, oor die toekoms.*
Terapeut: Wat sê mamma oor die toekoms?
Kind A: *Pa, sy wil hê ek moet mooi na my pa kyk.*
Kind A: *Sy sê sy's* ***lief*** *vir ons.*
Terapeut: Sê vir mamma hoe jy oor haar voel . . .

Kind A: *Ek verstaan **niks** van die dood nie . . .*

Terapeut: Kan ek vir jou, Klein A, help om die dood beter te verstaan?

Kind A: *Ja.*

Terapeut: Luister nou mooi . . . Ek gaan vir jou 'n storie vertel om jou beter te laat voel.

Terapeut: Wat voel jy?

Kind A: ***Bang**.*

Terapeut: Hoekom is jy bang?

Kind A: *Sy kom nie weer uit die **hospitaal** nie.*

Terapeut: Hoe laat dit jou voel?

Kind A: ***Hartseer**.* (huil)

Kind A: *Sy's **dood**.*

Terapeut: Hou vas aan al jou mooi herinneringe van mamma, bewaar dit vir altyd in jou hart. (Gee tyd sodat sy haar hart kan uithuil)

Terapeut: Die jong meisie van vandag, met al die insig en wysheid wat jy intussen bygekry het, gaan nou na hierdie klein dogtertjie van sewe jaar oud waar sy langs mamma se bed staan. Help haar om mamma te groet. Maak haar gereed sodat Jesus vir mamma kan kom haal. Jesus kom haal vir mamma. Kan jy Mamma laat gaan?

Kind A: *Ja.*

Terapeut: Jesus maak vir mamma gesond en heel, sy het geen pyn meer nie. Sien Jesus se lig en lewe deel word van haar, van elke weefsel en selletjie. Troos hierdie klein dogtertjie en hou haar vas en sê vir haar al die dinge wat sy nodig het om te hoor sodat sy getroos kan word. Vat hierdie dogtertjie se hand, en vat haar saam met jou sodat sy kan groei, ontwikkel en grootword.

(i) Bespreking

Die skeidingsangssindroom presenteer as onbewuste diagnose op die eerste rangorde van lewensprioriteite van die Mediese hipno-analise-model.

Reeds voor die moeder se dood begin Kind A skeidingsangs ervaar. Die moeder word gereeld gehospitaliseer en sy voel baie keer **eensaam**. Kind A as 7-jarige dogtertjie is nog baie afhanklik van haar moeder vir liefde en versorging. Sy is bang haar ma kom nie weer uit die hospitaal nie, met ander woorde dat sy doodgaan. Sy voel onseker oor die dood. Die dood hou vir haar verskrikking in wat aanleiding gee tot gevoelens van angs en vrees. Sy beleef weereens (soos met haar fisiese doodsbelewenis tydens geboorte) dat sy niks aan die situasie kan doen nie, behalwe om op te gee en te aanvaar dat haar moeder sal doodgaan.

Haar moeder se dood is vir haar so goed soos haar eie dood. Skeiding van haar moeder en die verlies van haar moeder se liefde deur die dood, veroorsaak dat sy onbewustelik 'n emosionele doodsuggestie aanvaar en gevolglik word haar emosionele volwassewording gerem. Neerslagtigheid is daarvandaan 'n simptoom van haar emosionele doodsbelewenis.

Die terapeut help vir Kind A om haar skeidingsangs, vrees en hartseer te hanteer, om afskeid van haar moeder te neem en haar toe te laat om haar innerlike kind te versorg en te vertroos.

(ii) Samevatting

Die skeidingsangssindroom het ontstaan toe sy die onbewuste suggestie aanvaar het dat sy sal doodgaan as gevolg van die verlies aan haar moeder se liefde. Die skeidingsangssindroom kom voor op die eerste rangorde van lewensprioriteite van die Mediese hipno-analise-model waar die individu se spirituele voortbestaan bedreig word.

(c) Simptoom intensiverende gebeurtenisse (SIG)

Een van die simptoom-intensiverende gebeurtenisse (SIG) wat 'n remming veroorsaak het in Kind A se emosionele groeiproses was 'n fisiese sowel as 'n emosionele doodsbelewenis wat voorgekom op het 14-jarige ouderdom. Duidinge uit die WAT is gebruik om die ouderdomsregressie te inisieer.

DUIDINGE UIT DIE WAT

Nr. 16	Angs: *benoud*
Nr. 22	My ma het altyd: *my geslaan*
Nr. 26	Haat: *slanery*
Nr. 47	Behoefte: *liefde*
Nr. 61	Vyandigheid: *bakleiery*
Nr. 62	Waarom: *misverstande*
Nr. 73	Ek kon nooit iets reg doen vir: *niemand nie*
Nr. 81	Straf: *slaan*
Nr. 85	Elke liewe keer: *baklei*
Nr. 89	My grootste behoefte is: *om my ma-hulle te kry om te verstaan wat ek wil doen in die lewe*
Nr. 117	Aanraking: *haat*
Nr. 147	My ma het nooit: *my verstaan nie*
Nr. 186	Moet asseblief nie: *aan my raak nie*
Nr. xvii	Wegloop: *wegkom*
Nr. xxii	As jy aan my raak: *word ek benoud*

OUDERDOMSREGRESSIE TOT OP 14-JARIGE OUDERDOM

Terapeut: Wat gebeur?

Kind A: *'n **Misverstand** oor huiswerk. Ek weet nie wat gebeur nie. Mamma begin skreeu. Sy sê my sleg en vloek. Sy is kwaad oor ek die goed nie **reg doen** nie.*

Terapeut: Was dit jou beste?

Kind A: *Dit was my beste.*

Terapeut: Hoe laat dit jou voel?

Kind A: *Sleg. Ek is 'n **mislukking**. Ek kan in haar oë niks reg doen nie. Sy word **rooi**. Sy slaan my op my kop. Dit laat my deurmekaar voel. Ek wens ek het dit eerder gedoen soos sy dit wou gehad het.*

Kind A: *Ek wil haar tevrede stel. Ek kan haar nie tevrede stel nie – ek kan dit nie so doen soos sy wil hê ek moet dit doen nie.*

Terapeut: As mamma jou so laat voel, is jy noodwendig 'n mislukking?

Kind A: *Nee.*

Terapeut: Hoe weet jy jy is nie?

Kind A: *Want God het ons so gemaak soos hy ons wou gehad het.*

Terapeut: Stel hierdie gevoel van mislukking in jou verbeelding voor as 'n objek, 'n ding, "iets".

Kind A: *Iets wat stukkend is, 'n stuk "scrap".*

Terapeut: Gee vir God hierdie stuk *"scrap"* en sien hoe God as 'n *"scrap"*-herwinnaar met die *"scrap"* werk, dit smelt en 'n nuwe mens met 'n nuwe begin maak. Al voel dit partymaal vir jou jy kan niks reg doen vir enigiemand nie, is God met jou tevrede, hy kyk diep in jou hart en sien jy doen jou bes. In God se oë is jy nooit 'n mislukking nie, en dis al wat belangrik is. Kan ons nou die woord "mislukking" uit jou woordeskat haal?

Kind A: *Ja.*

Terapeut: Ons het elkeen ons goeie en slegte punte en ons maak almal foute. Kan jy nou jouself vergewe vir jou foute?

Kind A: *Ja.*

Terapeut: Is daar nog enige gevoelens van skuld?

Kind A: *Nee.*

Terapeut: Is daar nog enige gevoelens van vrees?

Kind A: *Nee.*

(i) Bespreking

Kind A voel verwerp en dat niemand lief is vir haar nie. Dit gee aanleiding tot haar gevoel van skeidingsangs wat 'n verlies aan liefde impliseer. Haar vader is onbetrokke en gee nie aandag aan haar nie en gevolglik is sy afhanklik van haar stiefmoeder se liefde en aandag. Die feit dat haar stiefmoeder haar gereeld slaan en emosioneel afkraak, veroorsaak dat sy verwerp voel. Sy glo sy verdien die verwerping en sy verdien nie liefde nie, want *sy is sleg*. Herhaalde gevoelens van mislukking gee aanleiding tot 'n gevoel van minderwaardigheid en gevolglik 'n ingesteldheid waar sy niks met **selfvertroue** kan aanpak nie, sy antisipeer mislukking.

Sy sien hoe haar stiefmoeder se gesig rooi word. Haar assosiasie met die kleur **rooi** is **bloed**, wat sy assosieer met haar fisiese doodsbelewenis tydens geboorte (ISG). Sy haat dit dat haar stiefmoeder aan haar slaan, dit veroorsaak dat sy benoud voel, wat sy ook assosieer met haar fisiese doodsbelewens tydens geboorte (WAT-duiding – Angs: ***benoud***). Sy hou nie van aanraking nie (vgl. probleemstelling deur die ouers en WAT-duidinge – Aanraking: *haat*; Haat: ***slanery***) want sy assosieer enige aanraking verkeerdelik met mishandeling. Sy voel skuldig, depressief, hartseer en eensaam, derhalwe gee sy op en loop weg. 'n Aangeleerde hulpeloosheidsrespons (Kleinke, 1998: 263; Yapko, 1997: 256-257) word sodoende gevestig. Haar volwassewording word gerem deur haar onbewustelike aanvaarding van 'n emosionele en fisiese doodsuggestie. In dié verband merk Scott Jr. (1991: 52) op: *"For one who is dead; cannot be expected to grow or mature."*

Die terapeut benut Kind A se spiritualiteit as innerlike hulpbron (vgl. Figuur 6.3.1) om haarself deur God se oë te sien as kosbaar en belangrik en verseker haar van God se liefde. Kind A word begelei tot betekeniswysiging van negatiewe persepsies ten opsigte van liefde en aanraking. Haar skuldgevoelens word deurgewerk en sy word begelei om haarself te vergewe sowel as haar stiefmoeder.

(ii) Samevatting

Die skeidingsangssindroom het ontstaan toe sy die onbewuste suggestie aanvaar het dat sy weens verwerping sal doodgaan, met die gepaardgaande verlies aan liefde (haar stiefmoeder s'n). Die skeidingsangssindroom kom voor op die eerste rangorde van lewensprioriteite van die Mediese hipno-analise-model waar die individu se spirituele voortbestaan bedreig word.

Kind A voel dat sy nog nooit iets vir enigiemand reg kon doen nie, dat sy in niemand se verwagtinge van haar kan voldoen nie. Sy voel skuldig omdat sy nie goed genoeg is nie en as selfstraf ontneem sy haar haar ouers se liefde deur weg te loop. Die skuldsindroom kom voor op die eerste rangorde van lewensprioriteite waar die individu se spirituele voortbestaan bedreig word.

(d) Terapeutiese integrasie

Die terapeutiese intervensie word bespreek en geïntegreer deur te verwys na begrip, genesing en verandering in terme van die rangorde van lewensprioriteite, identifisering van onbewuste diagnoses onderliggend aan die tripleerde allergeenteorie, *"scripts"* wat vir Kind A gebruik is en die afsluiting van terapie.

(i) Begrip, genesing en verandering in terme van die rangorde van lewensprioriteite

Die onderliggende oorsaak van Kind A se probleem wat verantwoordelik is vir haar simptome van onvolwassenheid, lê onderskeidelik op die eerste, tweede en derde rangorde van lewensprioriteite.

Die Mediese hipno-analise-model is gevolg ten einde herlewing en herbetekenisgewing te weeg te bring. Dit was Kind A se onbewustelike denkpatroon om die dood as onafwendbaar te beleef, met angs en vrees daarop te reageer en as dit nie help nie, op te gee. Deur haar fisiese en emosionele doodsbelewenisse deur te werk, is haar vrees, angs en skuldgevoelens gehanteer en

haar denk- en gedagtepatroon verander en vervang met 'n nuwe patroon. Sy kan nou met **selfvertroue** toereikend **sosialiseer** sonder die vrees om verwerp te word (Faul, 1994: 62). Sy kan nou op die positiewe kant van die lewe begin fokus en nie net altyd die ergste in die vooruitsig stel nie. Die volgende terapeutiese stories en liedjie is gebruik in die hantering van haar trauma:

- *"Going through the door"* (Davis, 1996: 327-330)
- *"The fall of Freddie the leaf"* (Buscalia, 1982: 1-27)
- *"The princess and the pain"* (Davis, 1996: 197-200)
- *"The oyster"* (Davis, 1996: 145-148)
- *"You'll be in my heart"* (Phil Collins, 1999: *Movie soundtrack of Tarzan*)

(ii) Identifisering van onbewuste diagnoses

Die onbewuste diagnoses wat op Kind A betrekking het, is behalwe vir die Ponce de Leon-sindroom, ook die volgende: skeidingsangssindroom, skuldsindroom, identiteitsversteuringsindroom, geboorte-versmoringsindroom, doodsverwagting-sindroom en die lewende-lyk-sindroom.

(iii) *"Scripts"* wat vir Kind A gebruik is

Die volgende *"scripts"* of uittreksels daarvan wat spesifiek betrekking het op die Ponce de Leon-sindroom is aangepas vir gebruik by Kind A:

- Bekragtiging van liefde (Bylaag 14A)
  (Bradshaw, 1992: 96)
- Ouderdomsprogressie (Bylaag 14B)
  (Scott Jr. in Modlin, 1999: 93-95)
- Aanvaar verantwoordelikheid vir jou eie emosies en laat ander toe om verantwoordelik te wees vir hulle gevoelens en emosies (Bylaag 14E)
  (Honiotes in Modlin, 1999: 103-104)

- Stel die kind in jou gerus oor die verlede (Bylaag 14F)
  (Scott Jr. in Modlin, 1999: 105-106)
- *"Homecoming Meditation"* (Bylaag 14G)
  (Bradshaw, 1992: 168-169)

Ander Mediese hipno-analise *"scripts"* of uittreksels daarvan wat ook aangepas is vir gebruik by Kind A is op aanvraag beskikbaar en sluit onder andere die volgende in:

- Self-liefde (Lowe in Modlin, 1999: 28-29)
- Die verborge innerlike rykdom (Lueck, 1993: 65-71)

(iv) Afsluiting van terapie

Die terapie is afgesluit met die metafoor van die gedagtetuin waar al die negatiewe gedagte- en gedragspatrone wat verwyder is, vervang is met nuwe, positiewe, lewegewende inhoude.

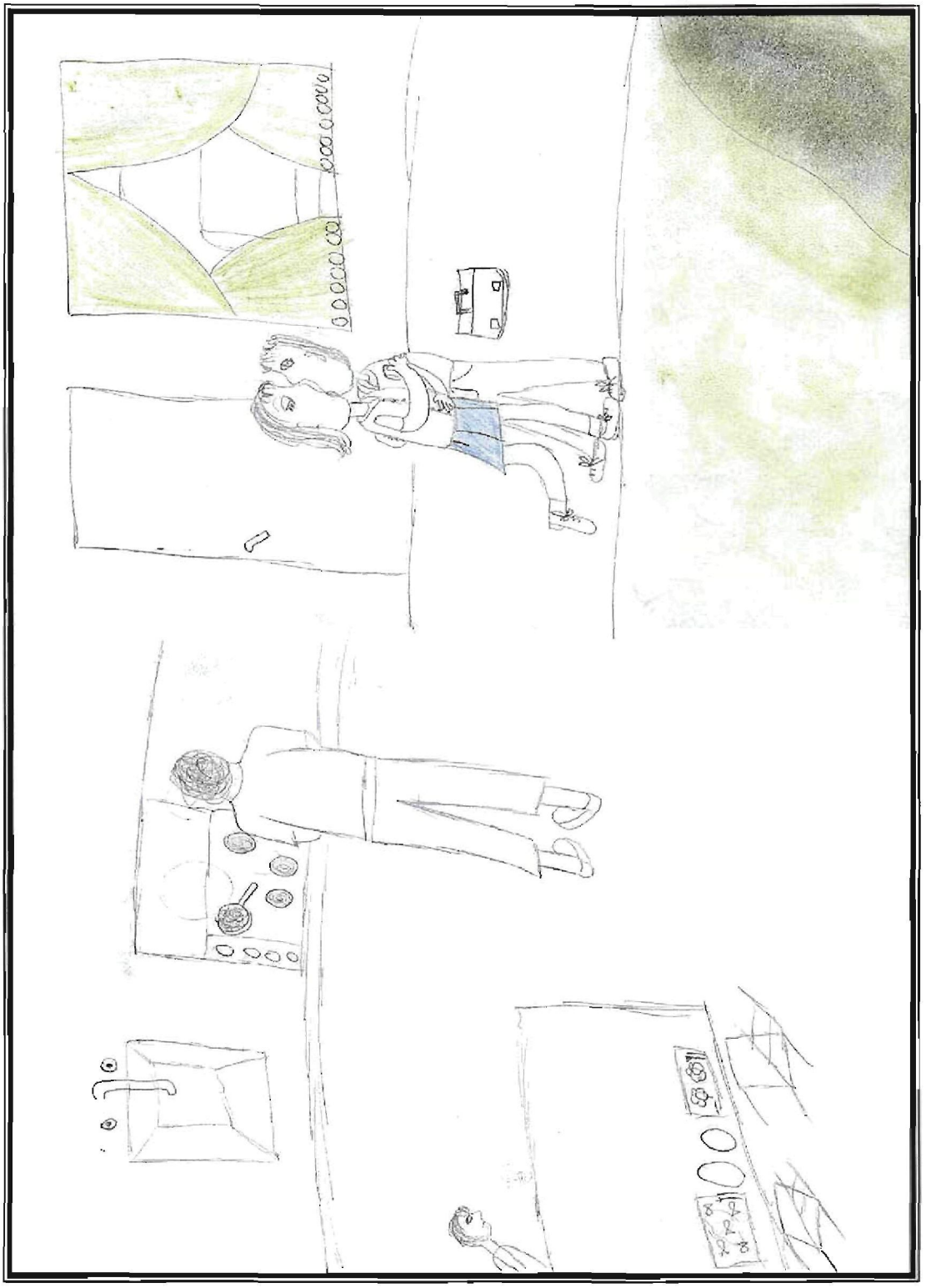
5.2.1.9 Emosionele volwassewordingsdiagram na afloop van die terapie

Na afloop van die terapie, stel Kind A haar unieke psigodinamiese lewensverloop (emosionele volwassewordingsdiagram) grafies voor in **FIGUUR 5.1.4**.

5.2.1.10 Bespreking van die emosionele volwassewordingsdiagram na afloop van die terapie

Oaklander (1988: 21-45), Van Niekerk (1990: 142-157) en Ziffer en Shapiro (1992: 17-23) se riglyne sowel as gesprekvoering is gebruik ten aansien van hierdie bespreking (vgl. 4.5.6).

FIGUUR 5.1.4: KIND A SE EMOSIONELE VOLWASSEWORDINGS-DIAGRAM NA AFLOOP VAN DIE TERAPIE



✏ **Kerngedagtes van die terapeut rondom die geheel-beeld**

Daar blyk 'n groter integrasie in haar persoonlikheid te wees. Sy stel haarself voor waar sy in die huis help, tafel dek en kos maak. Sy tree meer selfstandig op, skram nie meer weg van haar verantwoordelikhede nie en het genoeg selfvertroue om nuwe projekte aan te pak. Sy staan nog met haar rug na vore in die gesinsopset, wat daarop kan dui dat die gesin steeds 'n remmende invloed op haar volwassewording uitoefen. 'n Groter seksuele bewustheid en rolaanvaarding is duidelik. Sy onttrek haar nie meer nie en is bereid om iemand besonders in haar lewe toe te laat. Dit sit kleur in haar lewe. Sy bring die kleur "groen" in haar tekening wat dui op groei. Die oop venster stel haarself voor as ope moontlikheid met die belofte van 'n toekoms. Haar tas is neergesit - sy het tuisgekom.

5.2.1.11 Samevatting

Die grafiese media wat ingeskakel is voor die aanvang van terapie, vertel die storie van 'n lewe wat gekenmerk is deur eensaamheid, afhanklikheid, angstigheid en vrees vir die toekoms.

Duidinge van depressie wat gepaardgaan het met 'n doodse gevoel, hulpeloosheid, gevoelens van ontoereikendheid en verwerping, hartseer en min selfvertroue asook gebrekkige sosiale interaksie, het gepresenteer. Die ouderdomsregressies het haar gevoelens van hartseer, mislukking en ontoereikendheid, doodsheid, angs en vrees vir die toekoms, bevestig. Die grafiese media (wat ingeskakel is na afloop van die terapie) dui daarop dat die Ponce de Leon-sindroom onderliggend aan die 3 kerngebeurtenisse suksesvol aangespreek is.

Die grafiese media wat ingeskakel is na afloop van die terapie, dui op meer selfvertroue, meer kleur en minder doodsheid. Daar is ook beweging in die rigting van die toekoms. 'n Groter sin vir verantwoordelikheid vir haarself en haar

huispligte kom voor. Sy blyk minder afhanklik te wees. 'n Groter seksuele bewustheid en sosiale interaksie ten opsigte van die teenoorgestelde geslag is waarneembaar wat positief is gesien in die lig van die diagnose van die Ponce de Leon-sindroom.

Hoewel die terapie vrugte afgewerp het ten opsigte van die opheffing van sekere aspekte onderliggend aan haar emosionele weerloosheid, bestaan haar emosionele volwassewordingsdiagram steeds uit kompartemente. Dit blyk dat haar emosionele volwassewordingsmoontlikhede deur haar gesinsituasie gerem word. 'n Verduideliking hiervoor kan gevind word in die feit dat haar stiefmoeder die huis verlaat het kort na die beïndiging van die terapie. Haar ouer suster is intussen getroud en sy is nou die enigste lid van die vroulike geslag in die huis. Hierdie twee verliese werk verswarend in op haar emosionele weerloosheid ten opsigte van verlies. Haar vader is steeds onbetrokke soos voorheen en bring al sy vrye tyd voor die rekenaar deur.

Die hantering van die Ponce de Leon-sindroom het Kind A gehelp om haar emosionele volwassewordingsmoontlikhede in beweging te bring en haar innerlike hulpbronne te versterk. Kind A se emosionele volwassewording kan nie toereikend voltrek sonder die nodige ondersteuning wat deur interpersoonlike hulpbronne verskaf word nie, aangesien enige kind of adolessent van sy ouers afhanklik is vir liefde, ondersteuning en emosionele versorging. Dit is die navorser se mening dat haar prognose egter positief is vanweë 'n groter mate van selfliefde, selfstandigheid en selfvertroue.

5.2.2 KIND B

Kind B is 'n 18-jarige dogter wat by haar moeder en stiefvader woon. Sy het 'n ouer sussie en 'n jonger stiefboetie.

5.2.2.1 Psigodinamiese lewensverloop

Kind B se psigodinamiese lewensverloop word opgesom en voorgestel deur **FIGUUR 5.2.1**.

5.2.2.2 Emosionele volwassewordingsdiagram voor aanvang van die terapie

Voor die aanvang van die terapie, maak Kind B 'n grafiese voorstelling van haar unieke psigodinamiese lewensverloop (emosionele volwassewordingsdiagram) in **FIGUUR 5.2.2**.

5.2.2.3 Bespreking van die emosionele volwassewordingsdiagram voor aanvang van die terapie

Die bespreking van Kind B se emosionele volwassewordingsdiagram (voor die aanvang van terapie sowel as na afloop van die terapie) geskied aan die hand van Oaklander (1988: 21-45), Van Niekerk (1990: 142-157) en Ziffer en Shapiro (1992: 17-23) se riglyne by die interpretasie van kinder- en adolessente-tekeninge. Die bespreking word beïnvloed deur inligting wat die terapeut deur gesprekvoering met Kind B bekom het (vgl. 4.5.6).

FIGUUR 5.2.1: KIND B SE PSIGODINAMIESE LEWENSVERLOOP

SWANGERSKAP

Beplande swangerskap
Huweliksonmin en vader mishandel moeder
Vader verlaat moeder voor die geboorte

⬇

GEBOORTE

Normale geboorte

⬇

VOORSKOOLS

Sussie word 1 jr en 12 dae later gebore
Op 2-jarige ouderdom skei ouers wettiglik
Vader 2 maande later getroud met stiefmoeder
Moeder en huidige stiefvader trek saam in

⬇

LAERSKOOLDAE

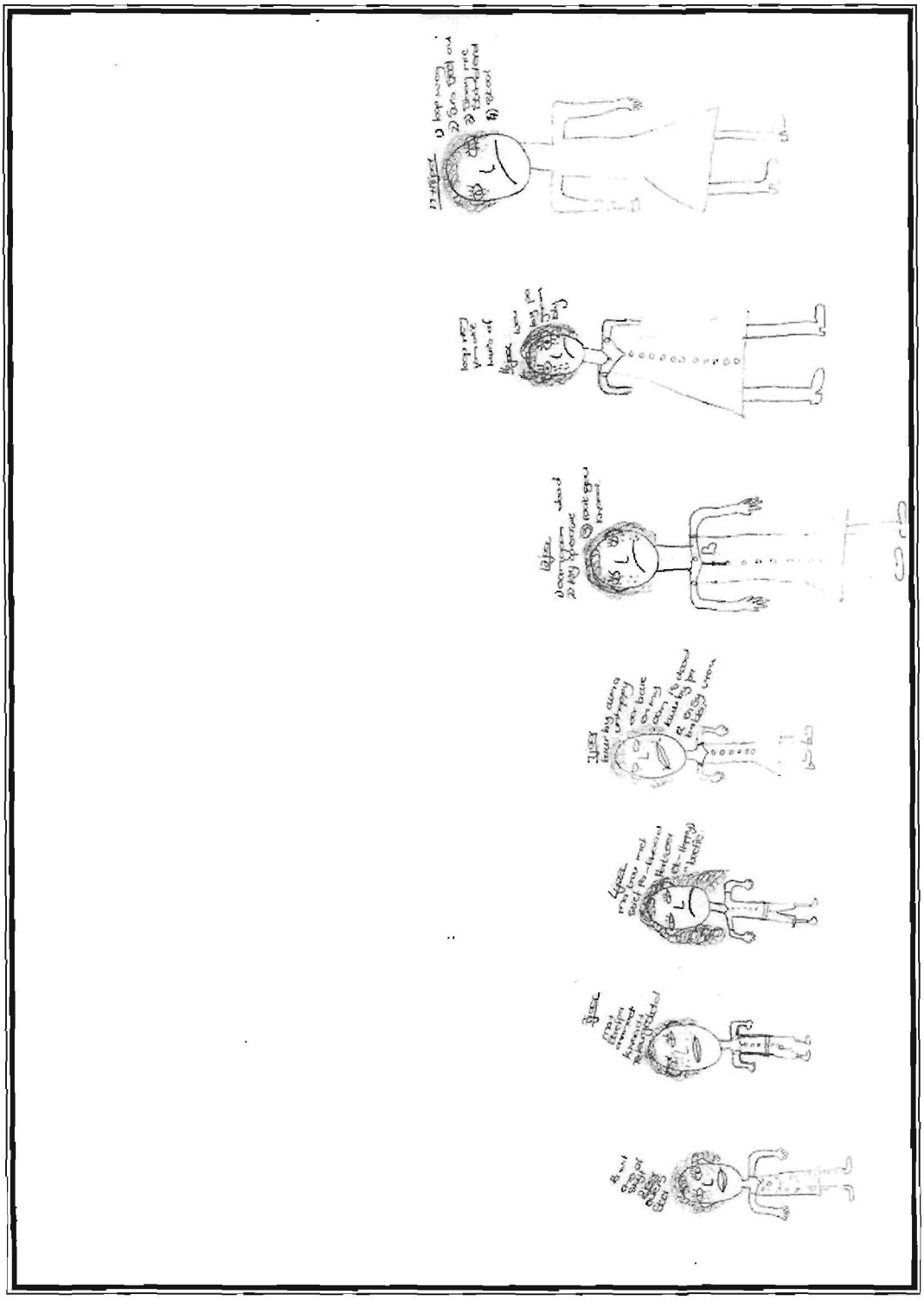
Moeder trou weer
Boetie word gebore
Biologiese vader word amper toegesluit omdat hy nie onderhoud betaal nie
Gr. 6: Kuier by biologiese vader en stiefmoeder gedurende vakansie
Word baie siek en siekte word verwaarloos
Rumatiekkoors tas haar hart aan
Word gehospitaliseer vir 6 maande
Ondergaan groot hartoperasie in Johannesburg
Herhaal Gr. 6 – opstandig daaroor
Verwyt vader oor letsel aan haar bors
Biologiese vader trou weer
Kom op brief af waar biologiese vader haar wil afskryf
Moeder en stiefvader misbruik alkohol wat baie konflik meebring

⬇

HOëRSKOOLDAE

Gr. 8: Loop weg van die huis af, wil haar vryheid hê
Groot bakleiery met haar moeder
Gr. 10: Loop weer weg van die huis
Druip Gr. 11 en probeer selfmoord pleeg, oordosis kalmeerpille
Swak verhouding met 2 onderwyseresse
Ouers het ernstige finansiële probleme
Verhouding met God is vir haar belangrik
Moet vir 'n tweede hartoperasie gaan om hartklep te vervang
Fisies baie swak; in so 'n mate dat sy nie kan trappe klim nie
Verhouding met moeder verbeter
Biologiese vader 3 jaar terug vir die laaste keer gesien
Ly aan hoë bloeddruk

FIGUUR 5.2.2: KIND B SE EMOSIONELE VOLWASSEWORDINGS-DIAGRAM VOOR DIE AANVANG VAN DIE TERAPIE



➪ **Kerngedagtes van die terapeut rondom die geheel-beeld**

Kind B se voorstelling word gekenmerk deur klein figure wat daarop dui dat sy haarself as klein, ontoereikend en verworpe beleef. Perseverasie ten opsigte van die gebruik van knope dui op gevoelens van afhanklikheid en onvolwassenheid en dien as bevestiging van ontoereikendheid.

Vyf van die figure het kort arms wat dui op gevoelens van hulpeloosheid en beperkte kontakmoontlikhede. Dit is dus vir haar moeilik om uit te reik na ander mense toe. Duidinge van ongelukkigheid, onsekerheid, woede en hartseer presenteer. Sy beleef opstandigheidsgevoelens oor haar verlede. Sy droom dikwels dat sy doodgaan. Uit die tekening van haarself op 12-jarige ouderdom, kan afgelei word dat sy nog nie die trauma verwerk het rondom haar hartprobleem en die gevolglike hartoperasie nie. Sy beleef reeds angsgevoelens wanneer sy praat oor 'n tweede hartoperasie wat sy binnekort moet ondergaan. Dit blyk ook dat die litteken haar nog hinder en haar meer ontoereikend laat voel. Op die ouderdom van 16 jaar voel sy baie hulpeloos (afwesigheid van hande) en sien huisverlating as die enigste uitweg.

5.2.2.4 Presenterende problematiek

Die probleme wat Kind B beleef, word weergegee uit die Algemene welstand-vraelys en die Weerlose adolessent-vraelys en word verder toegelig deur haar ouers en die vorige jaar se registeronderwyser.

(a) Die Algemene welstand-vraelys

Die volgende stellings uit die Algemene welstand-vraelys dui op emosionele weerloosheid:

Nr. 3: Ek voel vasgevang in my huidige situasie.
Nr. 6: Ek voel dat dit beter sal wees as ek dood is.

Nr. 8: Ek kan nie die meeste probleme hanteer wat na my kant toe kom nie.
Nr. 10: As ek terugkyk oor my lewe kan ek net 'n klomp mislukkings sien.
Nr. 16: Ek dink baie oor die dood en doodgaan.
Nr. 39: Ek het baie vrese.

Die volgende stellings uit die Algemene welstand-vraelys dui op emosionele onvolwassenheid:

Nr. 23: Ek tree partymaal kinderagtig op om aandag te trek.
Nr. 37: Ek kan nie oor my gevoelens praat nie.
Nr. 40: Ek drink soms om van my stres ontslae te raak.
Nr. 45: Ek voel dat ek altyd moet kompeteer met my klasmaats.
Nr. 47: Ek leer nie sonder om aangesê te word om dit te doen nie.

(b) Die Weerlose adolessent-vraelys

Die volgende stellings uit die Weerlose adolessent-vraelys dui op emosionele weerloosheid en onvolwassenheid ten opsigte van Kind B se emosionele behoeftes, basiese behoeftes en sosiale behoeftes:

- **Emosionele behoeftes**

Nr. 1: Ek ervaar angs en vrees wanneer ek besluit om iets nuuts te doen.
Nr. 8: Ek voel skuldig wanneer ek vir my regte opkom en sou liewer toegee teenoor ander mense.
Nr. 10: Ek sukkel om iets te voltooi.
Nr. 12: Ek kritiseer myself voortdurend oor my eie ontoereikendheid.
Nr. 15: Dit voel vir my asof ek nooit goed genoeg is nie, nooit enigiets regkry nie.
Nr. 16: Dit voel vir my asof ek regtig nie weet wat ek wil hê nie.
Nr. 19: My lewe is leeg; ek voel dikwels depressief.

- **Basiese behoeftes**

Nr. 6: Ek weet selde wat ek voel.

Nr. 10: Ek skaam my wanneer ek huil.

- **Sosiale behoeftes**

Nr. 1: Basies wantrou ek almal, selfs myself.
Nr. 8: Ek vermy konflik tot elke prys.
Nr. 9: Ek sê selde nee vir ander se voorstelle en voel dat iemand anders se voorstel byna 'n opdrag is wat uitgevoer moet word.
Nr. 18: Ek gooi maklik tou op en skik my na die groep.
Nr. 20: My diepste vrees is die vrees vir verwerping en ek sal enigiets doen om vas te hou aan 'n verhouding.

(c) Probleme soos deur haar ouers en registeronderwyser gestel

Probleme soos geïdentifiseer deur Kind B se vader, stiefmoeder en register-onderwyser van die vorige jaar word in **TABEL 5.2** weergegee.

TABEL 5.2: INSETTE DEUR KIND B SE OUERS EN REGISTERONDERWYSER

OUERS SE INSETTE	REGISTERONDERWYSER SE INSETTE
- Buierig, humeur-uitbarstings en het gemoedskommelinge - Is huilerig - Voel vet en lelik - Voel verwerp deur biologiese vader - Selfbewus oor litteken aan bors - Vriende met ouer mans – ouer sussie vry egter al haar kêrels af - Verkeerde vriende wat drank en dwelms misbruik	- Selfbeeld is redelik laag - Het geen selfvertroue nie - Armoedig, maar netjies - Kom angstig en senuweeagtig voor - Dit lyk asof sy haar verantwoordelikhede wil afskuif op iemand anders - Sy aanvaar wel verantwoordelikheid vir haar eie dade - Haar gemotiveerdheid is laag - Sy het min vriendinne in die klas

OUERS SE INSETTE (VERVOLG)	REGISTERONDERWYSER SE INSETTE
- Verkeerde vriende wat drank en dwelms misbruik - Aanvaar nie verantwoordelikheid vir eie gesondheid nie - Hou nie van aanraking nie - Baie afhanklik van ouers - Bekommerd dat biologiese vader tronkstraf kan kry oor agterstallige onderhoudgeld - Is gefrustreerd omdat sy nie aan sport mag deelneem nie vanweë gesondheids-redes	- Het min kommunikasie met seuns in die klas - Sy is redelik betroubaar in sekere omstandighede - Sy toon min emosie in die klassituasie - Sy is waarskynlik nie weerbaar teen emosionele gebeure nie - Daar is ruimte om te groei ten opsigte van emosionele volwassenheid

5.2.2.5 Bespreking van selfonthulling, intelligensie en sosiale omgewings-uitkomste

Dit blyk dat Kind B bereid is om sekere aspekte van haarself te onthul en tree toe tot terapie met 'n redelike oop gemoed.

Sy beskik oor 'n gemiddelde gerealiseerde verstandsvermoë. Sy presteer egter nie volgens haar potensiaal nie, wat moontlik toegeskryf kan word aan die fisiese en emosionele trauma wat sy in die verlede beleef het. Beide haar biologiese ouers sowel as haar stiefvader het gereeld alkohol misbruik in die verlede.

Sy is al blootgestel aan kindermishandeling en ervaar ernstige gesinsonenigheid. Sy en haar sussie se verhouding ly telkens skade wanneer 'n seunsvriend op die toneel verskyn.

Haar ouers is geskei en haar biologiese moeder bied ondersteuning in gesinsverband. Haar biologiese vader het drie jaar gelede vir die laaste keer kontak met haar gemaak (vgl. Figuur 5.2.1).

5.2.2.6 Duidinge van die Ponce de Leon-sindroom

Duidinge van die Ponce de Leon-sindroom **(FIGUUR 5.2.3)** kan verkry word uit die voorkoms en gedrag van die proefpersoon, sowel as die eerste 3 sinne waarmee sy haar probleem formuleer.

Die volgende duidinge van die Ponce de Leon-sindroom is uit Bryan se woord-assosiasietoets (WAT) geïdentifiseer:

Nr. 45	Suig: *suigstokkie*
Nr. 53	Ek het vasgesteek op die ouderdom: *12*
Nr. 60	Die lewe is soos: 'n *"nickerball"*
Nr. 71	Dit het alles begin toe: *my ma-hulle geskei is*
Nr. 90	My grootste fout is: *om vir iemand te sê hoe ek rêrig voel*
Nr. 92	Ek is bang wanneer: *ek alleen is*
Nr. 105	My grootste struikelblok oppad na my geluk is: *my ma-hulle*
Nr. 110	Die een ding wat ek die nodigste het, is: *my ma*
Nr. 151	My ware ouderdom: *dis eintlik 18, maar dit voel asof ek jonger is, so 12/13 jaar*
Nr. 182	As ek geweet het ek sal nooit gestraf word nie: *dan sal ek ongedissiplineerd wees*
Nr. 186	Moet asseblief nie: *dit vir my ma sê nie*
Nr. 190	Ek het gesondig toe: *ek lelik was met my ma-hulle*
Nr. 195	Ek is net moeg vir: *alles en dat almal altyd op my pik*
Nr. xvii	Wegloop: *vrede*
Nr. xviii	Ek wens: *ek was weer 16 jaar oud*
Nr. xxiv	Ek het hulp nodig met: *alles*
Nr. xxvi	Die mense wat op my pik: *my ma-hulle, my pa en my suster en dan die onderwysers*

FIGUUR 5.2.3: DUIDINGE VAN DIE PONCE DE LEON-SINDROOM BY KIND B

Duidinge van 'n PDL-diagnose is haar *"slang"* taalgebruik om haar bekommernis mee te verwoord. Sy begin elke sinnetjie met die woorde: "Weet tannie wat?" Dit is kenmerkend van 'n baie jonger kind. Sy praat ook van jongmense van haar eie ouderdom as "kinders" wat "soet" en "stout" is.

My ma gaan vir 'n operasie en ek *"worry"* baie daaroor. My pa gaan dalk tronk toe en my sussie *"worry"* nie daaroor nie en ek is nog steeds lief vir hom. Partykeer dink ek ek veroorsaak self my eie probleme.

SLEUTELWOORDE VIR PDL-DIAGNOSE:

- " . . . en ek **worry** baie daaroor."
- " . . . my sussie **worry** nie daaroor nie. . ."

BEWUSTE DIAGNOSE VOLGENS DIE DSM-IV-TR:

- 309.21 Skeidingsangsversteuring (vroeë aanvang)

5.2.2.7 Kerngebeurtenisse volgens die tripleerde allergeenteorie

Die volgende 3 kerngebeurtenisse het onder meer aanleiding gegee tot die begin en later die intensivering van die Ponce de Leon-sindroom by Kind B.

(a) Inisiële sensitiserende gebeurtenis (ISG)

- Pre-natale-trauma ► 3-maande pre-natale ouderdom ► Skeidingsangs

Sy beleef verwerping (wat in terme van Mediese hipno-analise as skeidingsangs gekonseptualiseer kan word) van haar vader en vrees vir haar lewe as haar vader haar moeder mishandel.

(b) Simptoom-produserende gebeurtenis (SPG)

- Pre-natale-trauma ► 8-maande pre-natale ouderdom ► Skeidingsangs

Sy beleef angs en hartseer as gevolg van haar vader se verwerping.

(c) Simptoom-intensiverende gebeurtenis (SIG)

- Adolessente-trauma ► 12-jarige ouderdom ► Vrees

Sy beleef vrees dat sy sal doodgaan tydens haar hartoperasie.

5.2.2.8 Terapeutiese intervensie

Die verloop van die terapie word verder beskryf deur kortliks na die navorser se hantering van die ISG, SPG en SIG te verwys. Enkele voorbeelde van hoe die terapeut die ouderdomsregressies gehanteer het, word aangehaal. Meer as een ouderdomsregressie is soms onderneem om die fisiese en/of psigiese trauma

rondom 'n spesifieke gebeurtenis te hanteer. Kind B se belewing van angstigheid werk emosionele weerloosheid in die hand. Sy was met tye so angstig, dat sy gesukkel het om te konsentreer en soms spontaan uit hipnose gekom het. Haar hoë angs kan ook as 'n bydraende faktor gesien word ten opsigte van haar hoë bloeddruk.

(a) Inisiële sensitiserende gebeurtenis (ISG)

Die eerste trauma (ISG) wat 'n remming veroorsaak het in Kind B se emosionele groeiproses het pre-nataal op 3-maande ouderdom voorgekom. Duidinge uit die WAT is gebruik om die ouderdomsregressie te inisieer.

DUIDINGE UIT DIE WAT

Nr. 9	My pa: *hy gee nie om nie*
Nr. 13	Vrees: *verstoot*
Nr. 16	Angs: *bang*
Nr. 18	Dood: *bang*
Nr. 26	Haat: *verstoot*
Nr. 40	My pa het nooit: *omgegee nie*
Nr. 57	Woede: *haat*
Nr. 59	Depressief: *bang*
Nr. 87	My grootste vrees is: *dood*
Nr. 117	Aanraking: *partykeer bang*
Nr. 192	Wanneer 'n brand ontstaan: *paniekerig*
Nr. xiv	As iemand aan my raak: *dan skrik ek*

OUDERDOMSREGRESSIE TOT OP 3-MAANDE PRE-NATALE OUDERDOM

Terapeut: Wat gebeur?
Kind B: *Pappa en mamma baklei.*
Terapeut: Waaroor baklei hulle?
Kind B: *Oor iemand anderste.*

Terapeut: Hoe voel jy daaroor?

Kind B: *Dit maak my **bang**.*

Terapeut: Wat gebeur nou?

Kind B: *Pappa **slaan** vir mamma.*

Terapeut: Hoe laat dit jou voel?

Kind B: *Hy wil my nie hê nie. My pa is nie meer lief vir ons nie.*

Terapeut: Wat gebeur met jou?

Kind B: *Ek kan **doodgaan** . . .*

(i) Bespreking

Kind B beleef verwerping wat in terme van Mediese hipno-analise gekonseptualiseer kan word as skeidingsangs. Reeds op 3-maande pre-natale ouderdom beleef sy liefdesontneming en verwerping van haar vader af. Onbewustelik moet Kind B besluit hoe sy gaan reageer *("fight or flight" / veg of vlug)* (Zelling, 1995: Ongepubliseerd) op die bedreiging van emosionele **dood**. Kind C besluit op die vlugreaksie, met gevolglike gevoelens van **angs** en **vrees**. Sy word emosioneel gerem deur haar gevoelens van vrees vir skeiding. Onbewustelik word die liefdesontneming en die **doodsangs** dus met mekaar geassosieer, sodat latere verwerping kan dien as 'n afvuurmeganisme vir die doodsangs.

Die terapeut help vir Kind B deur 'n toekomsprogressie te doen van ná haar geboorte om 'n gevoel van lewe (met God as die gewer van lewe) te bevestig. Kind B se geloof in God is baie sterk en daarom benut die terapeut haar spiritualiteit as innerlike hulpbron vir die bevestiging van lewe. God as Vader en God se ewige liefde word voorgestel as plaasvervanger van haar biologiese vader se liefde. Selfliefde en God se liefde word ineengeweef om haar te help om die verlies aan haar vader se liefde te vervang en te verwerk.

Die emosionele bedreiging as gevolg van die verlies aan liefde word gehanteer en die simptoom van angs is nie meer aanwesig nie. Kind B word ook begelei tot betekeniswysiging van haar negatiewe persepsie ten opsigte van aanraking.

(ii) Samevatting

Die skeidingsangssindroom het ontstaan toe haar onbewuste die suggestie aanvaar het dat sy kan doodgaan as gevolg van die verlies aan haar vader se liefde en die fisiese beserings wat sy kan opdoen wanneer haar vader haar moeder aanrand. Die skeidingsangssindroom kom voor op die eerste rangorde van lewensprioriteite van Mediese hipno-analise waar die individu se spirituele voortbestaan bedreig word. Die doodsvrees kom eweneens voor op die derde rangorde van lewensprioriteite en is die gevolg van die feit dat haar vader haar moeder (en dus ook vir haar) geslaan het.

(b) Simptoom-produserende gebeurtenis (SPG)

Die tweede trauma (SPG) wat 'n remming veroorsaak het in Kind B se emosionele groeiproses het op 8-maande pre-natale ouderdom voorgekom.

DUIDINGE UIT DIE WAT

Nr. 9	My pa: *hy gee nie om nie*
Nr. 13	Vrees: *verstoot*
Nr. 16	Angs: *bang*
Nr. 26	Haat: *verstoot*
Nr. 40	My pa het nooit: *omgegee nie*
Nr. 59	Depressief: *bang*
Nr. 71	Dit het alles begin toe: *my ma-hulle geskei het*

OUDERDOMSREGRESSIE TOT OP 8-MAANDE PRE-NATALE OUDERDOM

Terapeut: Hoe voel jy?
Kind B: ***Bang***
Terapeut: Wat gebeur?
Kind B: *Mamma en pappa baklei al weer.*
Terapeut: Waaroor baklei hulle?

Kind B: *Oor my.*

Terapeut: Watter boodskappe kry jy van pappa af?

Kind B: *Hy wil nie die baba hê nie.*

Terapeut: Wil pappa jóú nie hê nie?

Kind B: *Nee, hy gee nie juis om nie. Hy is nie lief vir my nie, my wil niks met my te doen hê nie.*

Terapeut: Hoe laat dit jou voel?

Kind B: *Hartseer.*

(i) Bespreking

Die verwerping wat Kind B op 3-maande pre-natale ouderdom beleef het, word bevestig op 8-maande pre-natale ouderdom. Haar vader het haar moeder verlaat voor haar geboorte. Toe die vader die moeder verlaat het, het Kind B dit reeds as **skeiding** beleef en nie die dag toe haar ouers wettiglik geskei is nie (WAT-duiding - Dit het alles begin toe: *my ma-hulle geskei het*). Sy beleef **vrees** vir skeiding, **verwerping**, liefdesontneming en hartseer. Verwerping beteken vir haar dat sy nie goed genoeg is om haar pa se liefde te behou nie. Sy voel dat haar vader haar verstoot net soos hy haar moeder verstoot (WAT-duiding - Ek is net soos: *my ma*). Die verlies van haar vader se liefde lei tot die versterking van die doodsvrees wat so intens is dat haar emosionele en fisiese volwassewording gerem word.

Die terapeut help Kind B om haar gevoelens van verwerping te hanteer, deur die ouer-egostaat in haar te gebruik om haar innerlike kind met liefde te versorg en te vertroos.

(ii) Samevatting

Die skeidingsangssindroom is geïntensiveer deur die onbewuste suggestie van verwerping. Die skeidingsangssindroom kom voor op die eerste rangorde van lewensprioriteite van die Mediese hipno-analise-model waar die individu se spirituele voortbestaan bedreig word.

Kind B se blootstelling aan Mediese hipno-analise word in **FIGUUR 5.2.4** gekarikaturiseer deur die kunstenaar Billy Swart. Die terapeut word gesien as 'n persoon wat die kind se innerlike geneesheer fasiliteer en wat Kind B (pre-nataal) begelei tot emosionele en fisiese groei deur haar onbewuste negatief-beleefde gevoelens en betekenisgewing te hanteer en te wysig (vgl. 2.5.2 en 2.5.3).

FIGUUR 5.2.4: BLOOTSTELLING VAN KIND B (PRE-NATAAL) AAN MEDIESE HIPNO-ANALISE

(c) Simptoom-intensiverende gebeurtenisse (SIG)

Een van die simptoom-intensiverende gebeurtenisse (SIG) wat 'n remming veroorsaak het in Kind B se emosionele groeiproses het op 12-jarige ouderdom voorgekom. Kind B het by haar biologiese vader gekuier en tydens haar verblyf begin siek word. Haar vader en stiefmoeder het die rumatiekkoors verwaarloos en gevolglik het sy hartskade as gevolg daarvan opgedoen. Sy was 6-maande in die hospitaal voordat sy sterk genoeg was om 'n hartoperasie te ondergaan. Sy druip daardie jaar. Duidinge uit die WAT is gebruik om die ouderdoms-regressie te inisieer.

DUIDINGE UIT DIE WAT

Nr. 5	Stiefma: *vyand daai*
Nr. 9	My pa: *hy gee nie om nie*
Nr. 16	Angs: *bang*
Nr. 40	My pa het nooit: *omgegee nie*
Nr. 44	As ek my probleem in kleur moet beskryf: *swart*
Nr. 53	Ek het vasgesteek op die ouderdom: *12*
Nr. 87	My grootste vrees is: *dood*
Nr. 104	Ek is byna dood toe: *ek geopereer is*
Nr. 120	Pyn: *donker*
Nr. 156	Swart: *donker*
Nr. v	Hartoperasie: *dood*

OUDERDOMSREGRESSIE TOT OP 12-JARIGE OUDERDOM

Terapeut: Wat gebeur?

Kind B: *Ek kuier by my pa-hulle. Ek word siek. My pa se vrou sê ek sit aan. Ek kan nie meer loop nie, my voete swel op. Toe gaan ek huis toe. My ma is baie kwaad. Ek gaan dokter toe, maar hy gee die verkeerde pille vir my. Ek word sieker. Toe gaan ek huisdokter toe. Hy sê ek word die volgende dag geopereer.*

Terapeut: Hoe voel jy?

Kind B: *Ek huil – ek's **bang**.*

Terapeut: Wat maak jou so bang?

Kind B: *Ek **kan doodgaan**. Ek huil oppad teater toe, ek **gaan dood** van bangheid.*

(i) Bespreking

Kind B beleef intense **vrees** in so 'n mate dat sy voel dat sy **doodgaan** van vrees en aanvaar sodoende onbewustelik die doodsuggestie voor die aanvang van die hartoperasie. Sy beleef die intensiteit van die vrees vir die hartoperasie en vir die dood as sodanig oorweldigend dat haar fisiese en emosionele volwassewording gerem word deur haar doodsvrees.

Die terapeut benut weereens Kind B se spiritualiteit as innerlike hulpbron (vgl. Figuur 6.7.1) en help sodoende Kind B om haarself deur God se oë te sien waar Hy met groot liefde en deernis Sy hand na haar toe uitsteek en haar hand die hele tyd vashou. 'n Ouderdomsprogressie word onderneem waartydens Kind B aangemoedig word om 'n positiewe uitkoms te antisipeer en haarself na afloop van die operasie te sien waar sy deelneem aan sport en ander sosiale bedrywighede wat sy nie voor die operasie kon doen nie. Betekeniswysiging vind plaas ten opsigte van haar negatiewe persepsies van 'n hospitaal en operasies.

(ii) Samevatting

Kind B het gepresenteer met hoë angs wat in terme van Mediese hipno-analise as vrees vir die dood getipeer kan word. Die lewende-lyk-sindroom het ontstaan toe sy onbewustelik aanvaar het dat sy sou doodgaan tydens die operasie. Die lewende-lyk-sindroom kom voor op die derde rangorde van lewensprioriteite van Mediese hipno-analise-model waar die individu se fisiese voortbestaan bedreig word. Die doodsangs op die derde rangorde van lewensprioriteite as simptoom-intensiverende gebeurtenis dien egter ook as afvuurmeganisme vir vorige

doodsbelewenisse én verlies aan liefde aangesien dit alreeds pre-nataal as sodanig gekonseptualiseer is.

(d) Terapeutiese integrasie

Die terapeutiese intervensie word bespreek en geïntegreer deur te verwys na begrip, genesing en verandering in terme van die rangorde van lewensprioriteite, identifisering van onbewuste diagnoses onderliggend aan die tripleerde allergeenteorie, *"scripts"* wat vir Kind B gebruik is en die afsluiting van terapie.

(i) Begrip, genesing en verandering in terme van die rangorde van lewensprioriteite

Die onderliggende oorsaak van Kind B se probleem wat verantwoordelik is vir haar simptome van onvolwassenheid, lê onderskeidelik op die eerste en derde rangorde van lewensprioriteite van Mediese hipno-analise-model. Die terapeutiese prosedure van Mediese hipno-analise word gevolg na elke ouderdomsregressie wat in verband staan met die geïdentifiseerde ISG, SPG en die SIG.

Die oorsprong van die foutiewe persepsies, idees en gedagtes is op emosionele vlak geïdentifiseer en na die oppervlakte gebring waar dit gehanteer is en vervang is met positiewe gedagtes en interpretasies. Doodsangs, skeidingsangs, liefdesontneming en hartseer is van die emosies wat na die oppervlakte gebring is en wat in die weg gestaan het van Kind B se normale en natuurlike proses van kinderontwikkeling tot volwassewording. Sy vertrou nie lede van die mansgeslag nie, na aanleiding van haar vader wat haar en haar moeder in die steek gelaat het. Hierdie negatiewe persepsies rondom die mansgeslag word gewysig en sy word aangemoedig om met oordeelkundigheid tog te waag en te vertrou. Kind B word gelei tot selfliefde en selfaanvaarding. Modlin (1999b: 7) sê in dié verband: *"True maturity includes above all, an awareness of self, purpose and love. The cornerstone of the personality is self-love: everything else follows."*

Die emosionele en fisiese trauma het veroorsaak dat die ontwikkeling van haar kognitiewe vaardighede aan bande gelê is en sy derhalwe op akademiese vlak nie toereikend gevorder het nie (Van Niekerk, 2000: 42). Die terapeut het met behulp van egoversterking en direkte suggesties gefokus op die verligting van haar kognitiewe geremdheid en die in-beweging-bring van haar kognitiewe vaardighede. Die terapeut spreek die onderliggende oorsaak van Kind B se probleem aan deur Kind B te lei tot begrip, genesing en verandering. Laastens word die nuwe gewysigde gedagte- en gedragspatrone ingeoefen en versterk.

(ii) Identifisering van onbewuste diagnoses

Die onbewuste diagnoses wat op Kind B betrekking het, is behalwe vir die Ponce de Leon-sindroom ook die volgende: skeidingsangssindroom, identiteitsversteuringsindroom en lewende-lyk-sindroom.

(iii) *"Scripts"* wat vir Kind B gebruik is

Die volgende *"scripts"* of uittreksels daarvan wat spesifiek betrekking het op die Ponce de Leon-sindroom is aangepas vir gebruik by Kind B:

- Bekragtiging van liefde (Bylaag 14A)
  (Bradshaw, 1992: 96)
- Ouderdomsprogressie (Bylaag 14B)
  (Scott Jr. in Modlin, 1999: 93-95)
- Stel die kind in jou gerus oor die verlede (Bylaag 14F)
  (Scott Jr. in Modlin, 1999: 105-106)
- *"Homecoming Meditation"* (Bylaag 14G)
  (Bradshaw, 1992: 168-169)
- Die kleine jy – hoe om 'n groter bewustheid van die self en beheer oor die self te verkry (Bylaag 14H)
  (Matez in Modlin, 1999: 111-115)

Ander Mediese hipno-analise *"scripts"* of uittreksels daarvan wat ook aangepas is vir gebuik by Kind B is op aanvraag beskikbaar en sluit onder andere die volgende in:

- Self-liefde (Lowe in Modlin, 1999: 28-29)
- Die verborge innerlike rykdom (Lueck, 1993: 65-71)
- Leemte in die siel (Zelling in Modlin, 1999: 87-89)
- Metafoor vir siekte, immuniteit en herstel (Hammond, 1990: 535)
- Metafoor van 'n besering en genesing (Hammond, 1990: 536)

(iv) Afsluiting van terapie

Die terapie is afgesluit met 'n metafoor vir die letterlike en figuurlike genesing van haar hart. 'n Reis op 'n towertapyt word gebruik om 'n toekomsprogressie te doen na die tweede hartoperasie (vgl. Figuur 5.2.1). Sy sien haarself as rustig en kalm en die operasie as suksesvol. Vinnige en volkome herstel word gesuggereer.

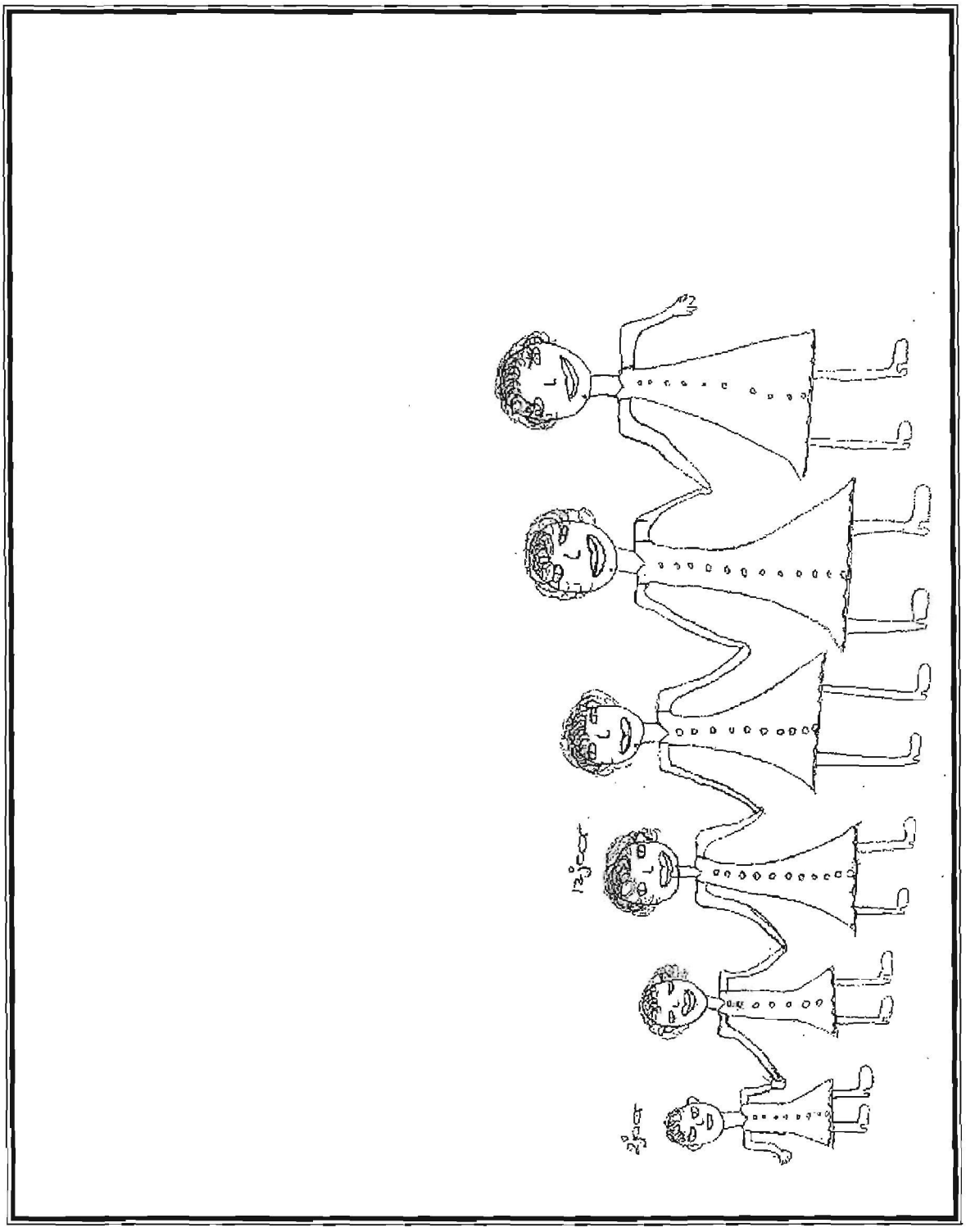
5.2.2.9 Emosionele volwassewordingsdiagram na afloop van die terapie

Na afloop van die terapie, stel Kind B haar unieke psigodinamiese lewensverloop (emosionele volwassewordingsdiagram) grafies voor in **FIGUUR 5.2.5**.

5.2.2.10 Bespreking van die emosionele volwassewordingsdiagram na afloop van die terapie

Oaklander (1988: 21-45), Van Niekerk (1990: 142-157) en Ziffer en Shapiro (1992: 17-23) se riglyne sowel as gesprekvoering is gebruik ten aansien van hierdie bespreking (vgl. 4.5.6).

FIGUUR 5.2.5: KIND B SE EMOSIONELE VOLWASSEWORDINGS-DIAGRAM NA AFLOOP VAN DIE TERAPIE



✒ Kerngedagtes van die terapeut rondom die geheel-beeld

Daar blyk 'n groter integrasie van die dele van haar persoonlikheid te wees. Die figure lyk nie meer hartseer nie en almal het nou hande, wat daarop dui dat sy haarself nou kan help, nie meer so hulpeloos voel nie en in 'n groter mate kan uitreik na ander mense toe. Die figure is groter en daar is minder duidinge van onsekerheid. Die litteken van die hartoperasie word nie herhaal nie wat daarop dui dat die trauma verbonde aan die hartoperasie en die skending van haar liggaam deurgewerk is en sodoende bydra tot groter selfaanvaarding. Die figure kom almal gelukkig, meer volwasse en vroulik voor. Dit blyk dat sy meer gereed is om 'n vroulike seksuele rol te aanvaar.

5.2.2.11 Samevatting

Kind B het haarself as die slagoffer beleef en gesukkel om alles te verwerk wat met haar gebeur het. Angsgevoelens het geëskaleer in so 'n mate dat alles mettertyd vir haar bedreigend voorgekom het. Die grafiese tekeninge voor die aanvang van terapie dui op angstigheid, swak persoonlikheidsintegrasie, hartseer en liefdesontneming, asook afhanklikheid as uitkoms van skeidings-angs. Die ouderdomsregressies het haar gevoelens van angs bevestig. Ritzman (1987: 101) stel dit dat angs die onderliggende dryfveer is vir emosionele onvolwassenheid en indien hierdie angs nie geïdentifiseer word en uit die onbewuste verwyder word nie, word 'n onvolwasse persoonlikheid vasgelê. Die afwesigheid van angstigheid en hulpeloosheid sowel as 'n groter mate van onafhanklikheid en persoonlikheidsintegrasie (by die grafiese media wat ingeskakel is na afloop van die terapie) kan as resultaat van die hantering van die Ponce de Leon-sindroom gesien word.

Haar prognose is positief, aangesien sy meer verantwoordelikheid vir haarself en haar gesondheid aanvaar en 'n verskeidenheid selfhipnose-tegnieke en interpersoonlike vaardighede aangeleer het om te gebruik wanneer sy gekonfronteer word met stresvolle lewensgebeure.

5.2.3 KIND C

Kind C is 'n 18-jarige seun wat by drie homoseksuele mans op 'n hoewe bly saam met sy stiefboetie en stiefsussie.

5.2.3.1 Psigodinamiese lewensverloop

Kind C se psigodinamiese lewensverloop word opgesom en voorgestel deur **FIGUUR 5.3.1**.

5.2.3.2 Emosionele volwassewordingsdiagram voor aanvang van die terapie

Voor die aanvang van die terapie, maak Kind C 'n grafiese voorstelling van sy unieke psigodinamiese lewensverloop (emosionele volwassewordingsdiagram) in **FIGUUR 5.3.2**.

5.2.3.3 Bespreking van die emosionele volwassewordingsdiagram voor aanvang van die terapie

Die bespreking van Kind C se emosionele volwassewordingsdiagram (voor die aanvang van terapie sowel as na afloop van die terapie) geskied aan die hand van Oaklander (1988: 21-45), Van Niekerk (1990: 142-157) en Ziffer en Shapiro (1992: 17-23) se riglyne by die interpretasie van kinder- en adolessente-tekeninge. Die bespreking word beïnvloed deur inligting wat die terapeut deur gesprekvoering met Kind C bekom het (vgl. 4.5.6).

FIGUUR 5.3.1: KIND C SE PSIGODINAMIESE LEWENSVERLOOP

SWANGERSKAP

Moeder is in 'n nywerheidskool, onbeplande swangerskap op 16 jaar
Oorgeplaas na 'n tehuis vir ongehude moeders
Geen kontak met die vader nie

⬇

GEBOORTE

Normale geboorte
Bly by moeder se ouers net na geboorte
Welsyn sorg vir hulle, moeder misbruik alkohol

⬇

VOORSKOOLS

Moeder trou en skei na 2 jaar
Moeder nou alkoholis, geen stabiliteit en roetine
Moeder skei en hulle verhuis 'n paar keer

⬇

LAERSKOOLDAE

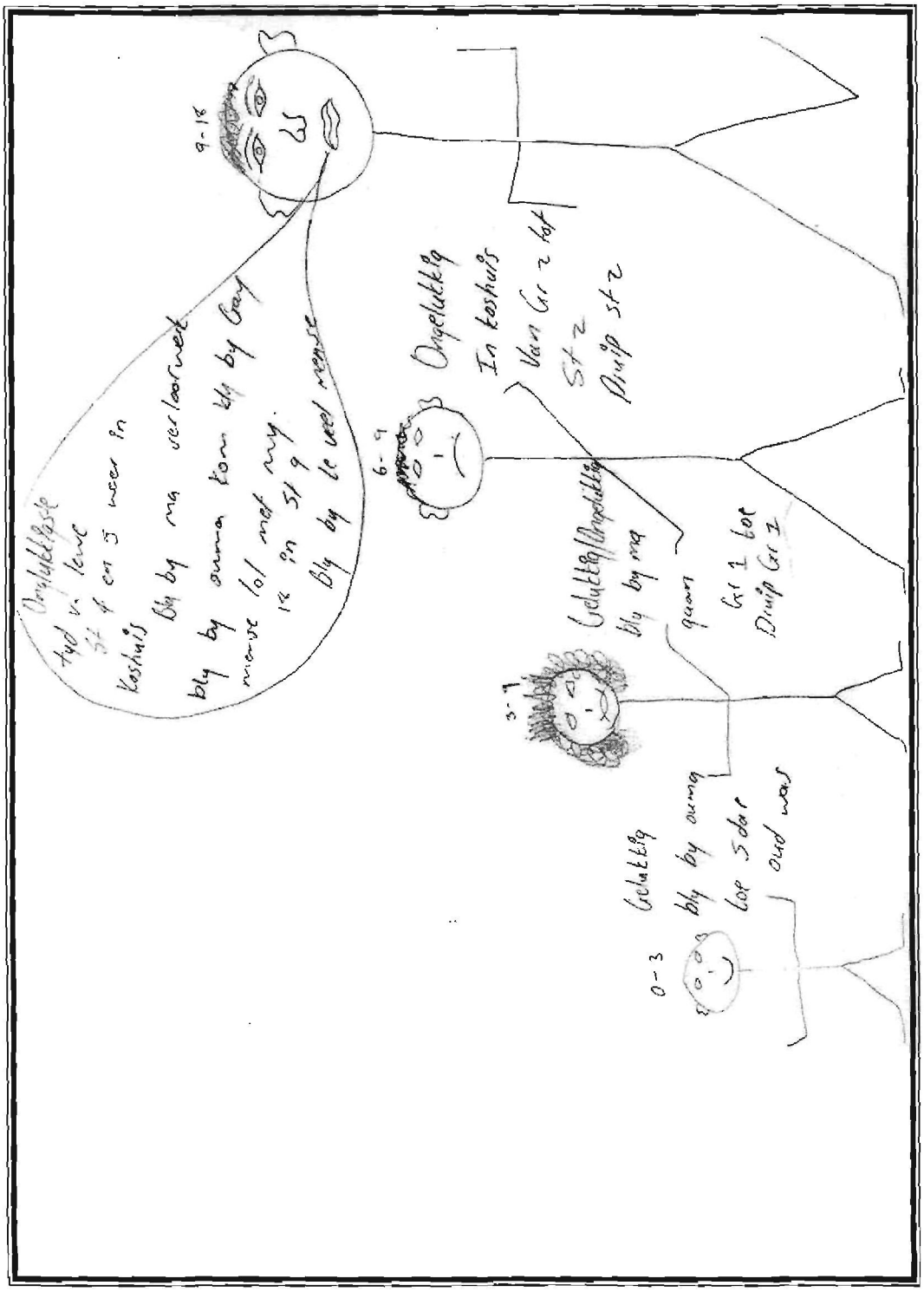
Word te vroeg in die skool gesit en druip Gr. i
In 11 verskillende laerskole, loop soms weg van die huis af
Woon op 'n stadium by sy Ouma in die Vrystaat
Was in die kinderhuis en in 'n koshuis vir 3 jaar
Moeder trou weer met 'n alkoholis
Hy en sy moeder word fisies aangerand en emosioneel mishandel
Tronkstraf vir poging tot moord en aanranding
Finansiële probleme, verhuis telkens, geen vastigheid
Moeder skei, waarna sy saam met verskeie mans woon
Druip Gr. 4

⬇

HOëRSKOOLDAE

Druip Gr. 8
Moeder is 'n gesellin en alkoholis
Gaan bly by drie homoseksuele mans
Word teen sy wil betrek by homoseksuele bedrywighede
Gebruik dwelmmiddels en gaan op 'n *"trip"*
Moeder wil hê hy moet gaan werk
Moeder het ernstige finansiële probleme
Word verwyder uit die sorg van die drie homoseksuele mans
Bly by vriende van sy stiefvader saam met 10 ander mense in 'n huis
Swak sosio-ekonomiese omstandighede - Salvation Army doen voedselbydrae
Woon nie eredienste by nie, maar glo in God en die hiernamaals

FIGUUR 5.3.2: KIND C SE EMOSIONELE VOLWASSEWORDINGS-DIAGRAM VOOR DIE AANVANG VAN DIE TERAPIE



✒ **Kerngedagtes van die terapeut rondom die geheel-beeld**

Duidinge van onwilligheid en 'n afwysing van die taak op hande sowel as die ondersoeksituasie word weerspieël onder meer deur die lynfigure. Hy is ontevrede met sy lewe en omstandighede en openbaar 'n swak toekomsgerigtheid. Duidinge van opstandigheid, ongelukkigheid en 'n skolastiese doodloopstraat as gevolg van emosionele trauma kom voor. Hy word telkens "rondgegooi" en beland sodoende in emosionele krisisse. Hy kan nie toereikend distansieer tot 'n kognitiewe niveau nie. Dit blyk dat die laaste keer dat hy gelukkig gevoel het, net na sy geboorte was toe hy by sy Ouma gebly het. Hy beleef ambivalente gevoelens teenoor sy moeder. Die *"callout"* dui op 'n hulpkreet wat sê dat hy kwaad, hartseer en ongelukkig is, dat mense hom verwerp en dat hy na iemand soek om aan vas te hou.

5.2.3.4 Presenterende problematiek

Die probleme wat Kind C beleef, word weergegee uit die Algemene welstand-vraelys en die Weerlose adolessent-vraelys en word verder toegelig deur sy ouers en die vorige jaar se registeronderwyseres.

(a) Die Algemene welstand-vraelys

Die volgende stellings uit die Algemene welstand-vraelys dui op emosionele weerloosheid:

Nr. 3: Ek voel vasgevang in my huidige situasie.
Nr. 6: Ek voel dat dit beter sal wees as ek dood is.
Nr. 8: Ek kan nie die meeste probleme hanteer wat na my kant toe kom nie.
Nr. 16: Ek dink baie oor die dood en doodgaan.
Nr. 21: Ek dink baie aan selfmoord.
Nr. 39: Ek het baie vrese.
Nr. 49: Ek voel nie veilig in my ouerhuis nie.

Die volgende stellings uit die Algemene welstand-vraelys dui op emosionele onvolwassenheid:

Nr. 37: Ek kan nie oor my gevoelens praat nie.
Nr. 40: Ek drink soms om van my stres ontslae te raak.

(b) Die Weerlose adolessent-vraelys

Die volgende stellings uit die Weerlose adolessent-vraelys dui op emosionele weerloosheid en onvolwassenheid ten opsigte van Kind C se identiteits-behoeftes, basiese behoeftes en sosiale behoeftes:

- **Emosionele behoeftes**

Nr. 1: Ek ervaar angs en vrees wanneer ek besluit om iets nuuts te doen.
Nr. 10: Ek sukkel om iets te voltooi.
Nr. 12: Ek kritiseer myself voortdurend oor my eie ontoereikendheid.
Nr. 15: Dit voel vir my asof ek nooit goed genoeg is nie, nooit enigiets regkry nie.
Nr. 16: Dit voel vir my asof ek regtig nie weet wat ek wil hê nie.
Nr. 19 My lewe is leeg; ek voel dikwels depressief.
Nr. 20: Ek weet nie werklik wie ek is nie. Ek is nie seker wat my waardes is of wat ek van goed dink nie.

- **Basiese behoeftes**

Nr. 1: Ek is uit voeling met my liggaamlike behoeftes. Ek weet nie wanneer ek moeg, honger of seksueel opgewek is nie.
Nr. 10: Ek skaam my wanneer ek huil.
Nr. 11: Ek skaam my wanneer ek bang is.

- **Sosiale behoeftes**

Nr. 1: Basies wantrou ek almal, selfs myself.

Nr. 5: Ek is geïsoleerd en bang vir mense, veral vir persone in 'n gesagsposisie.

Nr. 8: Ek vermy konflik tot elke prys.

Nr. 15: Ek het nooit naby aan een van of albei my ouers gevoel nie.

(c) Probleme soos deur sy moeder, versorgers en registeronderwyseres gestel

Probleme soos geïdentifiseer deur Kind C se moeder, versorgers en register-onderwyseres van die vorige jaar word in **TABEL 5.3** weergegee.

TABEL 5.3: INSETTE DEUR KIND C SE MOEDER, VERSORGERS EN REGISTERONDERWYSERES

MOEDER EN VERSORGERS SE INSETTE	REGISTERONDERWYSERES SE INSETTE
- Baie fyngevoelig oor sy ouderdom – hou dit geheim vir die ander kinders - Baie kort en klein gebou – lyk nie soos 'n 18-jarige kind nie - Gebruik dwelmmiddels - Word deel gemaak van homoseksuele kultuur - Misbruik alkohol - Weet nie waar hy behoort nie – niemand wil hom hê nie - Glo alles wat sy ma vertel - Kry geen aandag nie - Identiteitsprobleem – weet nie eintlik wie sy pa is nie - Moeder neem geen verantwoordelikheid vir sy huidige versorging nie - Sy "maatjies" is tussen 10 jaar en 13 jaar oud - Ontwyk enige vorm van dissipline - Neem geen verantwoordelikheid nie - Klou aan die verlede vas	- Baie onseker oor homself; soek aanvaarding by mense; weet nie wie hy is nie - Kom soms verwaarloos voor; skrifte en werk is soms onnet - Baie onseker oor homself, wil positief wees, maar weet nie hoe nie - Doen nie konsekwent sy huiswerk nie - Word min gemotiveer en het lae selfmotivering - Meng nie sommer met al die seuns nie - Vra baie vrae en sal klein takies doen - Is baie weerloos - Sy emosionele volwassenheid is nie op die vlak waar hy moet wees nie; hy soek heeltyd aanvaarding, veral by ander kinders

5.2.3.5 Bespreking van selfonthulling, intelligensie en sosiale omgewings-uitkomste

Dit blyk dat Kind C bereid is om slegs sekere aspekte van homself te onthul en tree dus nie toe tot terapie met 'n oop gemoed nie. Hy beskik oor 'n ondergemiddelde gerealiseerde verstandsvermoë. Hy is al blootgestel aan kindermishandeling en ervaar ernstige gesinsonenigheid. Geen betekenisvolle ondersteuning word gebied nie (vgl. Figuur 5.3.1).

5.2.3.6 Duidinge van die Ponce de Leon-sindroom

Duidinge van die Ponce de Leon-sindroom **(FIGUUR 5.3.3)** kan verkry word uit die voorkoms en gedrag van die proefpersoon, sowel as die eerste 3 sinne waarmee hy sy probleem formuleer.

Die volgende duidinge van die Ponce de Leon-sindroom is uit Bryan se woord-assosiasietoets (WAT) geïdentifiseer:

Nr. 2	Soet: *gehoorsaam*
Nr. 41	Penis: *seun*
Nr. 42	Asseblief: *vra vir ietsie*
Nr. 61	Vyandigheid: *kinders wat mens wil slaan*
Nr. 87	My grootste vrees is: *as ek klaar is met skool*
Nr. 88	My grootste wens is: *dat ek nie 18 was nie*
Nr. 89	My grootste behoefte is: *vir 'n kamer vol goeters*
Nr. 110	Die een ding wat ek die nodigste het, is: *'n pa*
Nr. 151	My ware ouderdom: *ongelukkig*
Nr. 198	Ek sal gesond wees as: *ek gehoorsaam is*
Nr. xvii	My maatjies: *laat my nie eensaam voel nie*
Nr. xviii	Om klein te wees: *is lekker*
Nr. xx	My ouderdom: *probleem*
Nr. xxii	Jonger maatjies: *is beter as ouer maatjies*

FIGUUR 5.3.3: DUIDINGE VAN DIE PONCE DE LEON-SINDROOM BY KIND C

'n PDL-diagnose blyk uit sy fisiese voorkoms en optrede. Hy is 'n kleingeboude seuntjie wat lyk asof hy 13 jaar oud kan wees. Hy is altyd kaalvoet en trek kort broekies en klein seuntjie-hemde aan (dit kan ook as gevolg van armoede wees). Hy is spelerig en "vergeet" om sy terapie-huiswerk te doen. Hy praat van sy "maatjies" in Gr. iii. Hy kom nie sy verantwoordelikhede na nie (is nie by die afgespreekte optelpunt nie of kom laat wanneer hy opgelaai moet word vir terapie). Hy praat van *"sweeties"* en versamel Pokémonkaartjies (wat eintlik 'n versamelaarsitem is van 9-jarige kinders).

Ek dink vriende en uitgaan en uitspeel is die rede hoekom ek nie by my Ouma-hulle wou bly nie. Ek sukkel om te leer in die skool, ek leer net daardie dag en nie die dag voor die tyd nie. My ouderdom is ook my probleem, die kinders is almal jonger waarmee ek speel, ek hou my ouderdom 'n geheim anders spot hulle my.

SLEUTELWOORDE VIR PDL-DIAGNOSE:

- "Ek dink vriende en uitgaan en **uitspeel** . . . "
- "My **ouderdom** is ook my probleem . . . "
- ". . . die **kinders** is almal **jonger** waarmee ek **speel** . . ."

BEWUSTE DIAGNOSE VOLGENS DIE DSM-IV-TR:

- 309.21 Skeidingsangsversteuring
  (vroeë aanvang)

5.2.3.7 Kerngebeurtenisse volgens die tripleerde allergeenteorie

Die volgende 3 kerngebeurtenisse het onder meer aanleiding gegee tot die begin en later die intensivering van die Ponce de Leon-sindroom by Kind C.

(a) Inisiële sensitiserende gebeurtenis (ISG)

- Pre-natale-trauma ► 1 maand pre-natale ouderdom ► Skeidingsangs

Hy beleef angs en vrees dat die welsyn hom gaan wegvat van sy moeder net na geboorte.

(b) Simptoom-produserende gebeurtenis (SPG)

- Post-natale-trauma ► 3-dae ouderdom ► Skeidingsangs

Hy beleef skeidingsangs (sy moeder gee hom weg) wat gevoelens van verwerping, hartseer en vrees tot gevolg het.

(c) Simptoom-intensiverende gebeurtenis (SIG)

- Adolessente-trauma ► 17-jarige ouderdom ► Skuldgevoelens

Hy beleef skuldgevoelens ná die drie verkragtinginsidente wat gevoelens van vrees, woede en selfverwerping tot gevolg het.

5.2.3.8 Terapeutiese intervensie

Die verloop van die terapie word verder beskryf deur kortliks na die navorser se hantering van die ISG, SPG en SIG te verwys. Enkele voorbeelde van hoe die terapeut die ouderdomsregressies gehanteer het, word aangehaal. Meer as een

ouderdomsregressie is soms onderneem om die fisiese en/of psigiese trauma rondom 'n spesifieke gebeurtenis te hanteer.

(a) Inisiële sensitiserende gebeurtenis (ISG)

Die eerste trauma (ISG) wat 'n remming veroorsaak het in Kind C se emosionele groeiproses het pre-nataal op 1 maand ouderdom voorgekom. Duidinge uit die WAT is gebruik om die ouderdomsregressie te inisieer.

DUIDINGE UIT DIE WAT

Nr. 13	Vrees: *skeiding*
Nr. 44	As ek my probleem in kleur moet beskryf: *swart*
Nr. 105	Die enigste struikelblok op pad na my geluk is: *die welsyn*
Nr. 199	Die kleur swart beteken vir my: *bang*

OUDERDOMSREGRESSIE TOT OP 1 MAAND PRE-NATALE OUDERDOM

Terapeut: Wat sien jy?
Kind C: ***Swart***.
Terapeut: Gaan af in die wortels van swart . . .
Terapeut: Hoe voel dit daar?
Kind C: *Baie warm.*
Terapeut: Gemaklik of ongemaklik?
Kind C: *Ongemaklik.*
Terapeut: Hoe laat dit jou voel?
Kind C: ***Benoud***.
Terapeut: Wat beteken die benoudheid?
Kind C: *Dis warm.*
Terapeut: Wat sê die warmte en die benoudheid vir jou?
Kind C: *Dis* ***vrees***.
Terapeut: Waarvoor?
Kind C: *Hulle kan my* ***wegvat***.

Terapeut: Wie?

Kind C: *Die **welsyn**.*

(i) Bespreking

Kind C **vrees** dat die **welsyn** hom van sy moeder gaan wegvat ná die geboorte. Hy was 9-maande lank afhanklik van sy moeder en van haar liefde om hom aan die lewe te hou. Sy was sy lewenslyn. Ná die geboorte het babas 3 basiese behoeftes, naamlik voedsel, warmte en liefde. Hy antisipeer dat daar nie liefde gaan wees nie. Die baba is bang vir die bedreigende, onbekende wêreld daarbuite. Kind C wil in die baarmoeder bly sodat hy by sy moeder kan wees waar hy veilig voel. Hy antisipeer dat wanneer hy gebore gaan word, hy ontneem gaan word van haar liefde vir hom. Sonder liefde kwyn 'n baba en gaan emosioneel dood. Onbewustelik moet Kind C besluit hoe hy gaan reageer *("fight or flight" / veg of vlug)* (Zelling, 1995: Ongepubliseerd) op die bedreiging van emosionele dood. Kind C besluit op die vlugreaksie met gevolglike gevoelens van **vrees**. Die geboorte beteken vir hom 'n lewe geassosieer met vrees, wat so intens is dat hy fisies en psigies gerem word deur sy gevoelens van vrees vir skeiding.

(ii) Samevatting

Die skeidingsangssindroom het onstaan toe hy die onbewuste suggestie aanvaar het dat hy sal doodgaan as gevolg van die verlies aan sy moeder se liefde. Die skeidingsangssindroom kom voor op die eerste rangorde van lewensprioriteite van die Mediese hipno-analise-model waar die individu se spirituele voortbestaan bedreig word.

(b) Simptoom-produserende gebeurtenis (SPG)

Die tweede trauma (SPG) wat 'n remming veroorsaak het in Kind C se emosionele groeiproses het op 3-dae post-natale ouderdom voorgekom. Duidinge uit die WAT is gebruik om die ouderdomsregressies te inisieer.

DUIDINGE UIT DIE WAT

Nr. 11	Liefde: *my ma*
Nr. 13	Vrees: *skeiding*
Nr. 21	My ma: *verlang*
Nr. 83	Daar moet: *liefde wees*
Nr. 110	Die een ding wat ek die nodigste het, is: *'n pa*
Nr. 114	Ek is spyt oor: *ek weg is van my Ouma af.*

OUDERDOMSREGRESSIE TOT OP 3-DAE POST-NATALE OUDERDOM

Terapeut: Hoe voel jy?

Kind C: ***Bang*** *en onseker.*

Terapeut: Wat gebeur?

Kind C: *Babatjie in 'n mandjie, klein seuntjie. Die ma het hom in die mandjie gesit. Sy dra hom rond in die mandjie.*

Terapeut: Wat voel jy?

Kind C: ***Bang***.

Terapeut: Waarvoor?

Kind C: *Dat sy ma hom gaan* ***weggooi***.

Terapeut: Wat gebeur nou?

Kind C: *Sy sit hom voor 'n deur, sy is besig om hom* ***weg te gee***.

Terapeut: Watter boodskappe kry jy van mamma af?

Kind C: *Sy gee nie vir hom om nie.*

Terapeut: Hoe laat dit jou voel?

Kind C: *Hartseer.*

Terapeut: Wat dink jy?

Kind C: *Hy dink sy ma wil hom nie meer hê nie en voel sy's nie meer* ***lief*** *vir hom nie.*

(i) Bespreking

Dit is toe nie die welsyn wat hom wegvat nie, maar sy ma wat hom weggee, wat vir sy identiteitsvorming meer nadele inhou. Ná sy geboorte, word hy geskei van sy ma en onbewustelik word sy skeidingsangs in die baarmoeder bevestig. Hy beleef verwerping, onsekerheid, hartseer en liefdesontneming. Skeiding word deur Kind C gekonseptualiseer as verwerping, dat hy nie goed genoeg is ("ek is sleg") om sy ma se liefde te behou nie. Hy kan dus nie fisies en psigies verder groei nie en gevolglik ly sy fisiese en emosionele ontwikkeling skade.

(ii) Samevatting

Die skeidingsangssindroom word bevestig op 3-dae post-natale ouderdom. Sy onbewuste aanvaar die doodsuggestie toe sy moeder hom weggee. Die skeidingsangssindroom kom voor op die eerste rangorde van lewensprioriteite van die Mediese hipno-analise-model waar die individu se spirituele voortbestaan bedreig word.

(c) Simptoom-intensiverende gebeurtenisse (SIG)

Van die simptoom-intensiverende gebeurtenisse (SIG) wat 'n remming veroorsaak het in Kind C se emosionele groeiproses het op 18-jarige ouderdom voorgekom. Kind C is gemolesteer en drie keer verkrag. Duidinge uit die WAT is gebruik om die ouderdomsregressie te inisieer.

DUIDINGE UIT DIE WAT

Nr. 16	Angs: *Man X*
Nr. 32	Seks: *Groot keuse*
Nr. 38	Wanneer ek sterf is ek regtig bang ek sal: *Hel toe gaan*
Nr. 64	Wie? *Man X*
Nr. 69	Wanneer ek sterf gaan ek: *Hel toe*
Nr. 70	Basies: *Omdat ek 'n sondaar is*

Nr. 73	Ek kon nooit iets reg doen vir: *Man X nie*
Nr. 75	Ontsnapping: *Van Man X in woonbuurt X*
Nr. 79	Skuld: *My ma*
Nr. 90	My grootste fout is: *Dat ek by die moffies gaan bly het*
Nr. 92	Ek is bang wanneer: *Ek eendag doodgaan*
Nr. 94	Mans is vir my: *Goeie mense maar party is haatlik*
Nr. 104	Ek is byna dood toe: *Selfmoord*
Nr. 107	Ek voel wrokkig oor: *Man X*
Nr. 181	Wanneer ek bo is: *Gaan ek het toe*
Nr. ix	Man X: *Haatlike persoon*
Nr. xii	Molesteer: *Man X*
Nr. xiv	Ek wens man X: *Bly uit my lewe uit*
Nr. xvi	Dit het erger geword toe: *ek by die moffies gaan bly het*

🔑 OUDERDOMSREGRESSIE TOT OP 18-JARIGE OUDERDOM 🔑

Terapeut: Wat gebeur?

Kind C: *Hulle aanvaar ons aan die begin.*

Terapeut: Wat gebeur nou?

Kind C: *Ek raak **bang**. Hulle was **moffies** en **Man X** wou aan my peuter.*

Terapeut: Peuter?

Kind C: *Hy wou hê ons moet met sy ding speel en hy met ons privaat-plekke en hy wou 'n "blow job" hê. Wat my **bang** gemaak het is hy wou by ons slaap. Hy het my gedwing om dit te doen, ek het nie 'n keuse gehad nie.*

Terapeut: Nie 'n keuse nie?

Kind C: *Hy sê wat ons doen laat ons opmaak vir my **ma** se **skuld** dat ons daar bly, ons betaal hom so.*

Terapeut: Voel jy skuldig daaroor dat julle bly en ma betaal nie?

Kind C: *Ja. **Man X** sê altyd hy soek nie my ma se prostituutgeld nie, sy moet dit hou, dis ook hoekom my ma dit nie betaal het nie.*

(i) Bespreking

Tydens die verkragtingsinsidente word hy oorweldig deur **skuld**gevoelens en **vrees** vir straf (dat hy hel toe kan gaan). Hy beleef intense haat teenoor die verkragter. Hy kan nie uiting aan sy woede en haat gee nie, want hy is afhanklik van hul goedgesindheid om verblyf vir hom, sy stiefboetie en sy stiefsussie van 10-jarige ouderdom te verseker. Hy internaliseer sy woede wat as selfverwerping manifesteer. Sy woede word deur sy gewete op die self gerig (selfmoordgedagtes) en 'n bose kringloop van skuldgevoelens, vrees en woede ontstaan. Sy skuldgevoelens hou verband met vrees vir 'n ewige skeiding van God, met ander woorde die ewige dood. Intense angs en vrees manifesteer oor die moontlikheid dat hy God se liefde vir hom as sondige mens kan verloor. Hy voel skuldig teenoor God en is bang vir God se straf. Sy skuldgevoelens lei tot selfverwerping wat eintlik 'n vorm van selfstraf is. Dit dien as bevestiging van die SPG waar hy beleef het "hy is sleg". Hy straf homself onbewustelik deur klein te bly (instandhouding van die Ponce de Leon-sindroom) en sodoende ontneem hy homself van volwassewording wat onder meer seksuele rypwording en vervulling impliseer.

(ii) Samevatting

Die skuldsindroom het ontstaan toe hy die onbewuste suggestie aanvaar het dat hy vanweë die verkragting sonde doen en sodoende van God se liefde vervreem word en as straf hel toe gaan (vgl. Figuur 5.3.1). Die skuldsindroom presenteer op die eerste rangorde van lewensprioriteite van die Mediese hipno-analise-model waar die individu se spirituele voortbestaan bedreig word.

(d) Terapeutiese integrasie

Die terapeutiese intervensie word bespreek en geïntegreer deur te verwys na begrip, genesing en verandering in terme van die rangorde van lewensprioriteite, identifisering van ander onbewuste diagnoses onderliggend aan die tripleerde allergeenteorie, *"scripts"* wat vir Kind C gebruik is en die afsluiting van terapie.

(i) Begrip, genesing en verandering en terme van die rangorde van lewensprioriteite

Die onderliggende oorsaak van Kind C se probleem wat verantwoordelik is vir sy simptome van onvolwassenheid, lê onderskeidelik op die eerste en tweede rangorde van lewensprioriteite. Deur Kind C se seksuele trauma aan te spreek word verhoed dat hy seksueel fikseer op die vyfde rangorde (spesie-oorlewing) van lewensprioriteite.

Die terapeutiese prosedure van Mediese hipno-analise word gevolg na elke ouderdomsregressie wat in verband staan met die geïdentifiseerde ISG, SPG en die SIG. Die oorsprong van die foutiewe persepsies, idees en gedagtes is op emosionele vlak geïdentifiseer en na die oppervlakte gebring waar dit verwyder is en vervang is met positiewe gedagtes en interpretasies. Vrees, skuld en woede is van die emosies wat na die oppervlakte gebring is en wat in die weg gestaan het van Kind C se normale en natuurlike proses van kinderontwikkeling tot volwassewording. Die emosionele trauma het veroorsaak dat die ontwikkeling van sy kognitiewe vaardighede aan bande gelê is en hy derhalwe op akademiese vlak nie toereikend gevorder het nie (Van Niekerk, 2000: 42). Die terapeut het met behulp van egoversterking en direkte suggesties gefokus op die verligting van sy kognitiewe geremdheid, die in-beweging-bring van sy kognitiewe vaardighede en die aanwending daarvan op 'n konstruktiewe wyse.

Die terapeut spreek die onderliggende oorsaak van Kind C se probleem aan deur Kind C te lei tot begrip, genesing en verandering. Kind C word gelei tot selfvergifnis en vergifnis van ander mense wat hom skade berokken het. Kind C praat tydens die terapeutiese verloop telkens oor sy verhouding met God (vgl. Figuur 5.3.1). Uit die WAT-duidinge blyk dit dat Kind C bekommerd is oor sy siel se voortbestaan na sy aardse dood en derhalwe word God se vergifnis van die mens in perspektief gestel deur klem te lê op God as 'n God van liefde en nie 'n God van straf nie. Laastens word die nuwe gewysigde gedagte- en gedragspatrone ingeoefen en versterk. Al die diagnoses op die eerste orde van die rangorde van lewensprioriteite is dus suksesvol aangespreek.

Die toepassing van Mediese hipno-analise op die emosioneel-weerlose adolessent word in **FIGUUR 5.3.4** gekarikaturiseer deur die kunstenaar Billy Swart. Die terapeut vat, figuurlik gesproke, die emosioneel-weerlose adolessent se hand en begelei hom tot gedagte- en gedragsverandering met behulp van die Mediese hipno-analise-model. Sodoende word sy fisiese en/of psigiese geremdheid aangespreek en sy fisiese en/of emosionele volwassewording in beweging gebring.

FIGUUR 5.3.4: TOEPASSING VAN MEDIESE HIPNO-ANALISE OP DIE EMOSIONEEL-WEERLOSE ADOLESSENT

(ii) Identifisering van onbewuste diagnoses

Behalwe vir die Ponce de Leon-sindroom het ander onbewuste diagnoses dus ook betrekking op Kind C, naamlik skeidingsangssindroom, identiteitsversteuringsindroom, skuldsindroom en eksistensiële vakuum-sindroom.

(iii) *"Scripts"* wat vir Kind C gebruik is

Die volgende *"scripts"* of uittreksels daarvan wat spesifiek betrekking het op die Ponce de Leon-sindroom is aangepas vir gebruik by Kind C:

- Bekragtiging van liefde (Bylaag 14A)
  (Bradshaw, 1992: 96)
- Ouderdomsprogressie (Bylaag 14B)
  (Scott Jr. in Modlin, 1999: 93-95)
- *"Cutting Loose"* (Bylaag 14C)
  (Lowe in Modlin, 1999: 96-98)
- Die genesing van woede – 'n proses (Bylaag 14D)
  (Kullman in Modlin, 1999: 99-100)
- Stel die kind in jou gerus oor die verlede (Bylaag 14F)
  (Scott Jr. in Modlin, 1999: 105-106)
- *"Homecoming Meditation"* (Bylaag 14G)
  (Bradshaw, 1992: 168-169)

Ander Mediese hipno-analise *"scripts"* of uittreksels daarvan wat ook aangepas is vir gebruik by Kind C is op aanvraag beskikbaar en sluit onder andere die volgende in:

- Self-liefde (Lowe in Modlin, 1999: 28-29)
- Leemte in die siel (Zelling in Modlin, 1999: 87-89)
- Laat woede en pyn gaan (Zelling in Modlin, 1999: 101-102)

(iv) Afsluiting van terapie

Die terapie is afgesluit met die metafoor van die gedagtetuin waar hy besluit het om goudgeel sonneblomme op die kaal kolle te plant waar hy die onkruid uitgeroei het. Hy neem self die verantwoordelikheid vir die sonneblomme se versorging en maak staat op God vir hulle groei. Hy sien homself dan ook as 'n sonneblom met sy gesig na God gerig.

5.2.3.9 Emosionele volwassewordingsdiagram na afloop van die terapie

Na afloop van die terapie, maak Kind C 'n grafiese voorstelling van sy unieke psigodinamiese lewensverloop (emosionele volwassewordingsdiagram) in **FIGUUR 5.3.5**.

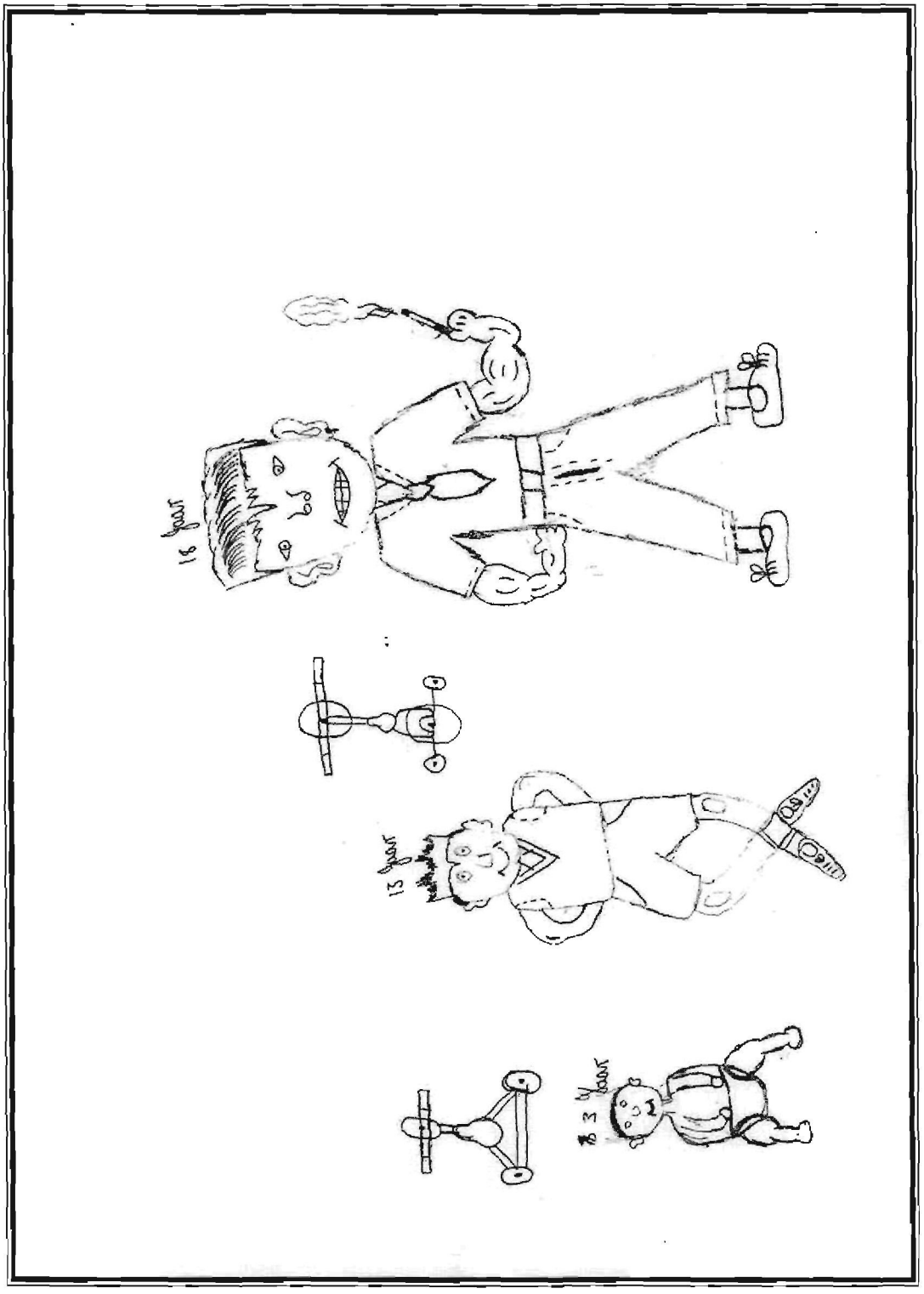
5.2.3.10 Bespreking van die emosionele volwassewordingsdiagram na afloop van die terapie

Oaklander (1988: 21-45), Van Niekerk (1990: 142-157) en Ziffer en Shapiro (1992: 17-23) se riglyne sowel as gesprekvoering is gebruik ten aansien van hierdie bespreking (vgl. 4.5.6).

✏ Kerngedagtes van die terapeut rondom die geheel-beeld

Duidinge van meer selfvertroue, 'n sterker identiteitsgevoel en groter selfgelding is waarneembaar. Duidinge van meer fisiese krag presenteer (waarskynlik as uitbeelding van emosionele bemagtiging voel hy groter en sterker). Hy sien homself as 'n volwasse jong man wat optree soos ander jong mans in sy portuurgroep. Hoewel hy bereid is om meer te eksploreer, is hy oorversigtig in sy eksplorasie van die wêreld, voel steeds aggressief en is bekommerd oor sy eie opvoedingsgesitueerdheid.

FIGUUR 5.3.5: KIND C SE EMOSIONELE VOLWASSEWORDINGS-DIAGRAM NA AFLOOP VAN DIE TERAPIE



Hy is bekommerd oor die aanvaarding van ander (wat nou in lyn is met dit wat ander jong mans in sy portuurgroep tydens adolessensie ervaar). Die falliese simbole (sigaret, das, ens.) dui op 'n seksuele pre-okkupasie en dus ook 'n groter seksuele bewustheid. Hoewel hy daarna streef om die manlike seksuele rol te aanvaar, kan die oorbeklede figuur egter dui op ontoereikende seksuele aanpassing. Aanhoudende uitwissing met verbetering tot gevolg dui daarop dat hy bereid is om te distansieer tot 'n kognitiewe niveau. Die ligging van die figure is nou effens na onder wat dui op groter emosionele stabiliteit.

5.2.3.11 Samevatting

Kind C se tekeninge voor die aanvang van terapie is arm aan detail, toon dat hy verwaarloos is en geen verwagtings koester nie. Hy is kwaad vir homself en vir mense in die algemeen, want almal laat hom in die steek. Duidinge van depressie, angstigheid en 'n behoefte aan liefde, aanvaarding en beskerming presenteer. Gevoelens van intense hartseer is onderliggend aan die woede. Die ouderdomsregressies het sy gevoelens van angs, verwerping, woede en skuldgevoelens bevestig.

Die grafiese media (wat na afloop van die terapie ingeskakel is) dui daarop dat die Ponce de Leon-sindroom onderliggend aan die 3 kerngebeurtenisse suksesvol aangespreek is. Die grafiese media wat ingeskakel is na afloop van die terapie dui op 'n sterker selfbeeld en groter selfliefde en selfvertroue. Dit blyk uit die tekeninge dat hy die wêreld as meer positief beleef en gelukkiger is in sy omgewing. 'n Groter seksuele bewustheid (wat korreleer met sy chronologiese ouderdom) kan waargeneem word, wat kan dui op die resolusie van sy seksuele trauma.

Hy is ook in 'n vaste verhouding met 'n Gr. 8-meisie. Hy is meer gemotiveerd om te leer en is meer gefokus. Dit blyk ook dat sy skuldgevoelens (tekening van homself op 18 jaar waar sy hande nie meer agter sy rug is nie) suksesvol aangespreek is en dat dit aanleiding gegee het tot groter selfaanvaarding. Hy teken nie meer lynfigure nie wat daarop kan dui dat hy minder opstandig voel oor

sy omstandighede en groter verantwoordelikheid neem vir sy lewe. Uit die grafiese media is dit duidelik dat die terapie vrugte afgewerp het ten opsigte van die opheffing van sy emosionele weerloosheid. Hy het egter huidig geen ondersteuningsnetwerk wat hom in die toekoms kan borg en leiding kan gee ten opsigte van produktiewe copingvaardighede nie. Sy moeder is tans swanger en is gevra om op te hou werk. Kind C se prognose is onseker, want hoewel hy oor meer innerlike hulpbronne beskik, is weinig interpersoonlike hulpbronne beskikbaar wat as ondersteuning kan dien.

5.2.4 KIND D

Kind D is 'n 18-jarige dogter wat by haar biologiese ouers woon. Sy het 'n jonger sussie en boetie.

5.2.4.1 Psigodinamiese lewensverloop

Kind D se psigodinamiese lewensverloop word opgesom en voorgestel deur **FIGUUR 5.4.1**.

5.2.4.2 Emosionele volwassewordingsdiagram voor aanvang van die terapie

Voor die aanvang van die terapie, maak Kind D 'n grafiese voorstelling van haar unieke psigodinamiese lewensverloop (emosionele volwassewordingsdiagram) in **FIGUUR 5.4.2**.

5.2.4.3 Bespreking van die emosionele volwassewordingsdiagram voor aanvang van die terapie

Die bespreking van Kind D se emosionele volwassewordingsdiagram (voor die aanvang van terapie sowel as na afloop van die terapie) geskied aan die hand van Oaklander (1988: 21-45), Van Niekerk (1990: 142-157) en Ziffer en Shapiro (1992: 17-23) se riglyne by die interpretasie van kinder- en adolessente-tekeninge. Die bespreking word beïnvloed deur inligting wat die terapeut deur gesprekvoering met Kind D bekom het (vgl. 4.5.6).

FIGUUR 5.4.1: KIND D SE PSIGODINAMIESE LEWENSVERLOOP

SWANGERSKAP

Onbeplande swangerskap
Moeder 19 jaar oud
Ouers trou 'n paar maande voor haar geboorte

⬇

GEBOORTE

Normale geboorte

⬇

VOORSKOOLS

Sussie word 11 maande na haar geboorte gebore
Vader is 'n alkoholis en breek moeder emosioneel af

⬇

LAERSKOOLDAE

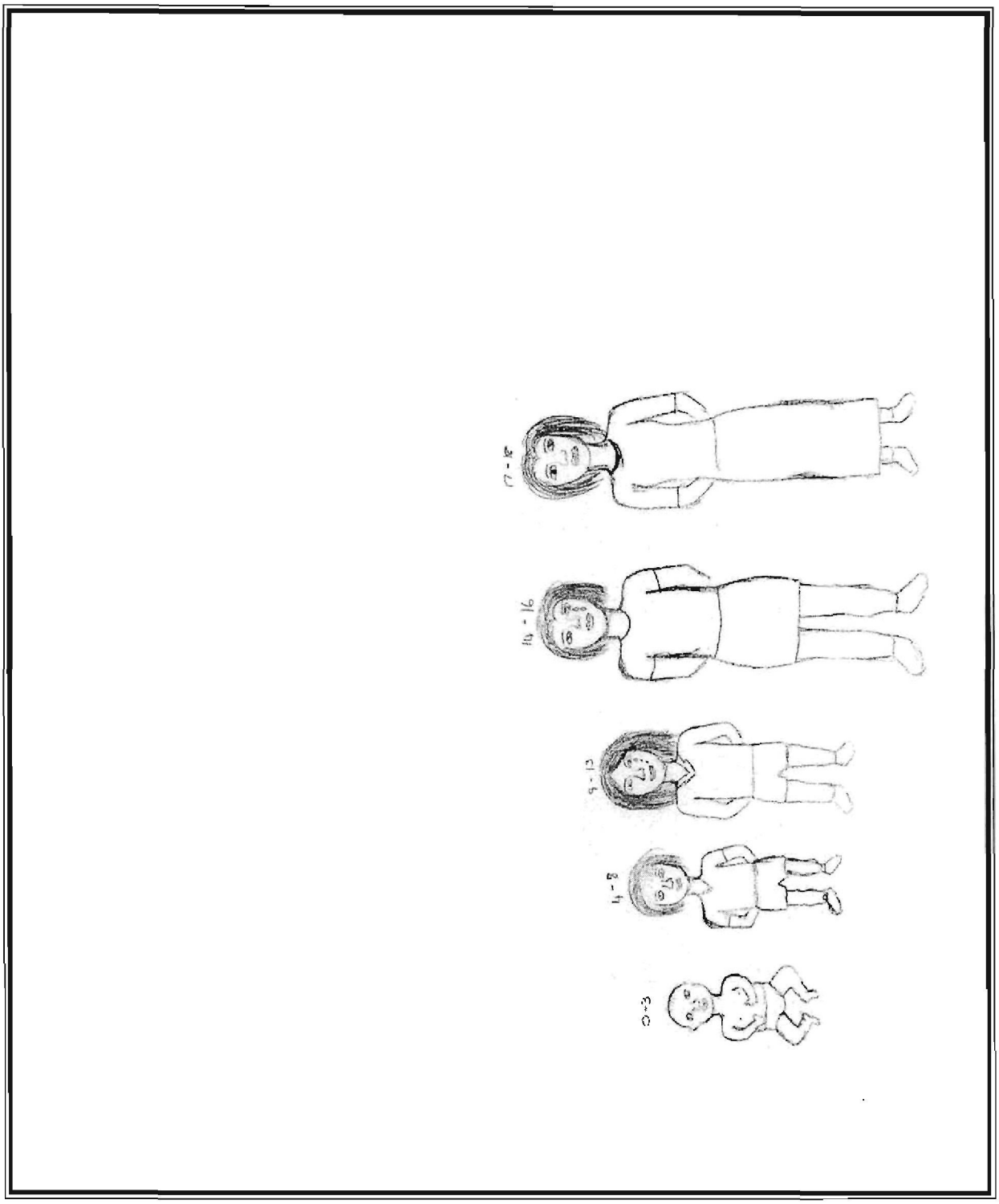
6-jarige ouderdom: Moeder verlaat die vader vir 'n jaar en 'n half
Word gemolesteer deur haar oom wat by haar ouma inwoon
Sy is die meeste van die tyd by haar ouma
Word gemolesteer deur haar vader se neef
11-jarige ouderdom: oupa is oorlede
12-jarige ouderdom: ouma is oorlede
Treur baie oor ouma

⬇

HOëRSKOOLDAE

Baie konflik a.g.v. vader se drankprobleem
Vader is emosioneel afwesig
Gevolglike onregverdigheid t.o.v. dissiplinering
Moeder se geremde broer probeer haar molesteer
Moeder dreig met selfmoord
Vind uit haar vader het haar sussie gemolesteer
Koester baie aggressie teenoor haar vader
15-jarige ouderdom: Selfmoordpoging
16-jarige ouderdom: Slegte eerste seksuele ervaring in 'n verhouding
Druip Gr. 11
Beste vriendin oorlede in motorongeluk
Behoefte aan 'n persoonlike verhouding met God
18-jarige ouderdom: Selfmoordpoging

FIGUUR 5.4.2: KIND D SE EMOSIONELE VOLWASSEWORDINGS-DIAGRAM VOOR DIE AANVANG VAN DIE TERAPIE



✒ **Kerngedagtes van die terapeut rondom die geheel-beeld**

Al die figure, behalwe die baba, hou hul hande agter hul rûe, wat dui op skuldgevoelens, skaamte, swak sosiale aanpassing en weerloosheid. Die figuurtjie wat haar voorstel op die ouderdom van 4 – 8 jaar lyk skaam. Vanaf 9-jarige ouderdom lyk die figure wat haar voorstel hartseer, neerslagtig en mismoedig. Duidinge van 'n ontoereikendheidsbelewing presenteer. Die hare van die figure word beklemtoon wat kan dui op seksuele wanaanpassing. Die figuurtjie wat haar voorstel op die ouderdom van 17 – 18 jaar dra 'n "kuis" hempie en 'n lang romp wat haar liggaamlike en seksuele ontwikkeling verskans eerder as beklemtoon.

5.2.4.4 Presenterende problematiek

Die probleme wat Kind D beleef, word weergegee uit die Algemene welstand-vraelys en die Weerlose adolessent-vraelys en word verder toegelig deur haar ouers en die vorige jaar se registeronderwyseres.

(a) Die Algemene welstand-vraelys

Die volgende stellings uit die Algemene welstand-vraelys dui op emosionele weerloosheid:

Nr. 3: Ek voel vasgevang in my huidige situasie.
Nr. 10: As ek terugkyk oor my lewe kan ek net 'n klomp mislukkings sien.
Nr. 49: Ek voel nie veilig in my ouerhuis nie.

Die volgende stellings uit die Algemene welstand-vraelys dui op emosionele onvolwassenheid:

Nr. 23: Ek tree partymaal kinderagtig op om aandag te trek.
Nr. 28: Ek kan nie my ouers vergewe vir dit wat hulle verkeerd doen nie.

Nr. 34: Ek leer net hard in dié vakke waarvan ek hou.

Nr. 40: Ek drink soms om van my stres ontslae te raak.

Nr. 45: Ek voel dat ek altyd moet kompeteer met my klasmaats.

(b) Die Weerlose adolessent-vraelys

Die volgende stellings uit die Weerlose adolessent-vraelys dui op emosionele weerloosheid en onvolwassenheid ten opsigte van Kind D se identiteits-behoeftes, basiese behoeftes en sosiale behoeftes:

- **Emosionele behoeftes**

Nr. 1: Ek ervaar angs en vrees wanneer ek besluit om iets nuuts te doen.

Nr. 19: My lewe is leeg; ek voel dikwels depressief.

- **Basiese behoeftes**

Nr. 6: Ek weet selde wat ek voel.

Nr. 10: Ek skaam my wanneer ek huil.

- **Sosiale behoeftes**

Nr. 5: Ek is geïsoleerd en bang vir mense, veral vir persone in 'n gesagsposisie.

Nr. 9: Ek sê selde nee vir ander se voorstelle en voel dat iemand anders se voorstel byna 'n opdrag is wat uitgevoer moet word.

Nr. 18: Ek gooi maklik tou op en skik my na die groep.

Nr. 20: My diepste vrees is die vrees vir verwerping en ek sal enigiets doen om vas te hou aan 'n verhouding.

(c) Probleme soos deur haar ouers en registeronderwyseres gestel

Probleme soos geïdentifiseer deur Kind D se ouers en registeronderwyseres van die vorige jaar word in **TABEL 5.4** weergegee.

TABEL 5.4: INSETTE DEUR KIND D SE OUERS EN REGISTERONDERWYSERES

OUERS SE INSETTE	REGISTERONDERWYSERES SE INSETTE
- Depressief, buierig en humeurig - Sig is swak maar weier 'n bril. Is self-bewus oor haar voorkoms - Baie begaan oor wat ander kinders en mense van haar sê en dink - Onttrek haarself van haar gesinslede en familielede en hulle kinders - Kry woede-uitbarstings - Stres baie in eksamentye - Weet nie hoe om te leer nie - Gedurig in konflik met haar vader	- Soms opstandig oor gebeure en is geneig om te oorreageer - Het buie en mag depressief wees oor huislike omstandighede - Kom nie verpligtinge na nie, doen ongereeld huiswerk en is baie lui - Neem nie verantwoordelikheid nie; probeer wegskram van enige huiswerk, sport, fonds-insameling, ens. - Probeer om die seuns se aandag te kry - Probleem met gesag – aanvaar net die gesag wat sy wil - Sy is emosioneel weerloos en ook baie emosieloos - Nog nie ten volle emosionele volwassenheid vir haar ouderdom bereik nie - Haar omstandighede hou haar terug

5.2.4.5 Bespreking van selfonthulling, intelligensie en sosiale omgewings-uitkomste

Dit blyk dat Kind D bereid is om sekere aspekte van haarself te onthul en tree toe tot terapie met 'n redelike oop gemoed. Sy beskik oor 'n hooggemiddelde gerealiseerde verstandsvermoë. Sy is al blootgestel aan kindermishandeling en ervaar ernstige gesinsonenigheid. Haar moeder bied betekenisvolle ondersteuning in gesinsverband. Haar vader is 'n alkoholis. Sy beleef hom as emosioneel afwesig (vgl. Figuur 5.4.1).

5.2.4.6 Duidinge van die Ponce de Leon-sindroom

Duidinge van die Ponce de Leon-sindroom **(FIGUUR 5.4.3)** kan verkry word uit die voorkoms en gedrag van die proefpersoon, sowel as die eerste 3 sinne waarmee sy haar probleem formuleer.

Die volgende duidinge van die Ponce de Leon-sindroom is uit Bryan se woordassosiasietoets (WAT) geïdentifiseer:

Nr. 2	Soet: *nie altyd nie*
Nr. 45	Suig: *suigstokkie*
Nr. 53	Ek het vasgesteek op die ouderdom: *15*
Nr. 55	As iemand my seermaak: *wil ek hom seermaak*
Nr. 71	Dit het alles begin toe: *10*
Nr. 144	Lieg: *beskerm jouself*

5.2.4.7 Kerngebeurtenisse volgens die tripleerde allergeenteorie

Die volgende 3 kerngebeurtenisse het onder meer aanleiding gegee tot die begin en later die intensivering van die Ponce de Leon-sindroom by Kind D.

(a) Inisiële sensitiserende gebeurtenis (ISG)

- Post-natale-trauma ▸ Post-nataal ▸ Skeidingsangs

Sy beleef skeidingsangs toe die susters haar wegvat van haar moeder af nadat sy die eerste keer geborsvoed is.

FIGUUR 5.4.3: DUIDINGE VAN DIE PONCE DE LEON-SINDROOM BY KIND D

Aanduidings van die PDL-diagnose is dat sy nie toereikend beheer uitoefen oor haar emosies nie en impulsief reageer (veral op 'n vergeldende wyse) as sy seerkry. Sy tree ook nie verantwoordelik op soos van haar ouderdom verwag kan word nie.

Ek raak te vinnig kwaad en ek maak ander mense seer deur wat ek sê en doen. Ons moet aan my pa werk – hy's baie onregverdig en ek wens hy wil my behandel soos hy moet. Hy sê altyd slegte goed soos ek is dom of ek is 'n hoer.

SLEUTELWOORDE VIR PDL-DIAGNOSE:

- "Ek raak **te vinnig kwaad** . . ."

BEWUSTE DIAGNOSE VOLGENS DIE DSM-IV-TR:

- 309.21 Skeidingsangsversteuring (vroeë aanvang)

(b) Simptoom-produserende gebeurtenis (SPG)

- Kinderjare-trauma ▸ 6-jarige ouderdom ▸ Skuldgevoelens

Sy beleef skuldgevoelens toe sy gemolesteer word wat aanleiding gee tot gevoelens van vrees, selfverwerping en woede.

(c) Simptoom-intensiverende gebeurtenis (SIG)

- Adolessente-trauma ▸ 12-jarige ouderdom ▸ Skeidingsangs

Sy beleef skeidingsangs en 'n gevoel van verlatenheid met haar ouma se onverwagte dood.

5.2.4.8 Terapeutiese intervensie

Die verloop van die terapie word verder beskryf deur kortliks na die navorser se hantering van die ISG, SPG en SIG te verwys. Enkele voorbeelde van hoe die terapeut die ouderdomsregressies gehanteer het, word aangehaal. Meer as een ouderdomsregressie is soms onderneem om die fisiese en/of psigiese trauma rondom 'n spesifieke gebeurtenis te hanteer.

(a) Inisiële sensitiserende gebeurtenis (ISG)

Pre-nataal en met die geboorte van Kind D het alles goed verloop. Die eerste trauma (ISG) wat 'n remming veroorsaak het in Kind D se emosionele groeiproses het post-nataal net ná haar geboorte plaasgevind. Duidinge uit die WAT is gebruik om die ouderdomsregressie te inisieer.

DUIDINGE UIT DIE WAT

Nr. 13 Vrees: *vir die dood*

Nr. 16	Angs: *benoud*
Nr. 21	Liefde: *altyd daar wees vir my*
Nr. 92	Ek is bang wanneer: *ek alleen is*

🔑 POST-NATALE OUDERDOMSREGRESSIE TOT NET NA GEBOORTE 🔑

Terapeut: Wat gebeur?
Kind D: *Ek word gebad.*
Terapeut: Hoe voel dit?
Kind D: *Ongemaklik.*
Terapeut: Wat is ongemaklik?
Kind D: *Die skerp lig.*
Terapeut: Jy is nie gewoond daaraan nie, nê?
Kind D: *(Sy skud haar kop)*
Terapeut: Wat gebeur nou?
Kind D: *Ek drink aan my ma.*
Terapeut: Hoe voel dit?
Kind D: *Nogal snaaks.*
Terapeut: Drink jy genoeg?
Kind D: *Ja.* (Kind D lyk ongemaklik)
Terapeut: Wat gebeur?
Kind D: *Hulle vat my weg van my ma af.*
Terapeut: Hoe laat dit jou voel?
Kind D: *Ek huil die hele tyd.*
Terapeut: Wat gaan deur jou gedagtes?
Kind D: *Ek word **weggevat** van my ma af.*
Terapeut: Wat beteken dit vir jou?
Kind D: *Ek gaan **dood**.*

(i) Bespreking

Kind D beleef vir die eerste keer skeidingsangs toe hulle haar **wegvat** van haar moeder af net nadat sy vir die eerste keer gevoed is. Sy weet nie dis net vir 'n

rukkie nie en verwag dat sy nie sal kan voortbestaan sonder haar moeder se teenwoordigheid, liefde en versorging nie. Sy was 9 maande lank afhanklik van haar moeder as haar lewenslyn. Na die geboorte het 'n baba 3 basiese behoeftes, naamlik 'n behoefte aan voedsel, warmte en moederliefde. Sy glo dat sy nie sal kan oorleef sonder haar moeder om in haar behoeftes te voorsien nie. *"A neonate, can only take – he is unable to provide. His only concern is survival."* (Modlin, 1999b: 7.) Onbewustelik moet Kind D besluit hoe sy gaan reageer *("fight or flight" / veg of vlug)* (Zelling, 1995: Ongepubliseerd) op die bedreiging van emosionele dood wat sy beleef. Kind D besluit op die vlugreaksie, wat beteken dat sy opgee wat die lewe betref en die **dood**suggestie aanvaar. Haar emosionele volwassewording word gerem deur die intensiteit van die skeidingsangs en die gevolglike doodsvrees wat sodanig intens is dat haar emosionele ontwikkeling gerem word.

Die terapeut help Kind D deur 'n toekomsprogressie met haar te doen waar sy haar verbeel dat sy terug is in haar moeder se arms, waar haar moeder haar gerusstel en vertroos en in al haar behoeftes voorsien.

(ii) Samevatting

Die skeidingsangssindroom het ontstaan toe hulle haar ná haar eerste voeding weggevat het van haar moeder en sy gedink het dit gaan vir altyd wees. Haar skeidingsangs was sodanig intens dat sy dus ook met 'n doodsvrees presenteer. Die skeidingsangssindroom kom voor op die eerste rangorde van lewensprioriteite van die Mediese hipno-analise-model wat in dié geval aanleiding gee tot 'n remming in haar emosionele ontwikkeling.

(b) Simptoom-produserende gebeurtenis (SPG)

Die tweede trauma (SPG) wat 'n remming veroorsaak het in Kind D se emosionele groeiproses het op 6-jarige ouderdom voorgekom. Duidinge uit die WAT is gebruik om die ouderdomsregressie te inisieer.

DUIDINGE UIT DIE WAT

Nr. 16	Angs: *benoud*
Nr. 26	Haat: *seermaak*
Nr. 37	Vagina: *pyn*
Nr. 38	Wanneer ek sterf is ek regtig bang ek sal: *hel toe gaan*
Nr. 44	As ek my probleem in kleur moet beskryf: *swart en rooi*
Nr. 54	God het altyd: *'n manier om mense te straf*
Nr. 68	Noudat ek ouer is: *haat*
Nr. 69	Wanneer ek sterf gaan ek: *ek weet nie*
Nr. 82	As ek maar net : *kon vergeet*
Nr. 91	My grootste sonde is: *molestering*
Nr. 97	Wanneer ek liefde maak: *dink ek terug*
Nr. 105	Die grootste struikelblok oppad na my geluk is: *my verlede*
Nr. 107	Ek voel wrokkig/gebelgd oor: *wat gebeur het*
Nr. 109	Ek vra myself af: *hoekom met my*
Nr. 115	As ek regtig laat gaan: *sal ek vry wees*
Nr. 156	Swart: *geheime*
Nr. 157	Skree: *beheer verloor*
Nr. 186	Moet asseblief nie: *dat dit weer gebeur nie*
Nr. 190	Ek het gesondig toe: *ek jonk was*
Nr. 199	Die kleure swart en rooi beteken vir my: *dood*
Nr. 200	As ek ooit trou: *wil ek nie kinders hê nie*
Nr. vi	Molesteer: *slegte daad*
Nr. ix	Slegte daad: *haat en pyn*
Nr. xvi	Ek straf myself deur: *my verlede*
Nr. xx	Man X: *hy's siek*
Nr. xxii	Ek wil nie kinders hê nie: *dit mag dalk met hulle gebeur*
Nr. xxiv	Molesteerders moet: *tronk toe*
Nr. xxvi	Haat: *seermaak*

Terapeut: Wat gebeur?

Kind D: *Hy sit voor die deur. Hy wil my iets wys. Ek is **bang**, ek weet nie wat nou gaan gebeur nie, hy . . . ek begin skree. Hy sê hy gaan vir my ma-hulle sê dis my skuld. Hy sit my op die tafel neer.*

Terapeut: Hoe oud is jy?

Kind D: *Ses*

Terapeut: Wat gebeur?

Kind D: *Hy begin vroetel. Hy maak my **seer**. Ek voel vuil, dis asof dit **my skuld** is. Hy dwing my om sy "ding" te vryf.*

Terapeut: Hoe laat dit jou voel?

Kind D: *Baie **kwaad**.*

Terapeut: Is daar enigiets wat jy kan doen?

Kind D: *Nee, hy's baie groter as ek. Hy sê my ma sal my nooit glo nie.*

Terapeut: Hoe laat dit jou voel?

Kind D: *Magteloos. Ek **haat** hom.*

(i) Bespreking

Sy beleef skuldgevoelens, vrees, magteloosheid en **woede** tydens die molestering. Gevoelens van **skuld** laat haar vuil voel en gee aanleiding tot gevoelens van selfverwerping. Sy beleef **haat** teenoor die molesteerder en haat ook haarself. Hy oortuig haar dat niemand haar sal glo nie en daarom voel sy magteloos en hulpeloos. Haar woede word nie verwerk nie en gevolglik presenteer dit as aggressie teen ander mense. Sy maak ander mense seer met die hoop dat dit haar eie seer beter sal maak.

Die terapeut help Kind D om die negatiewe persepsies ten aansien van die molestering te wysig deur haar te verseker dat dit nie haar skuld was nie en dat sy niks kon doen nie, sy was net 6 jaar oud en kon nie opstaan teen 'n man van in die twintig nie. Sy word emosioneel bemagtig sodat sy nie meer hulpeloos en

magteloos voel nie. Woede en vrees het haar emosionele groei belemmer en gevolglik het haar emosionele volwassewording skade gely. Woede teen die molesteerder, haarself en mense in die algemeen word deurgewerk. Die patroon van haar woede en die uiting daarvan, word soos volg uiteengesit sodat sy dit kan verstaan:

Sy moes haar woede noodgedwonge onderdruk, sy kon hom nie terugkry vir wat hy aan haar gedoen het nie. Omdat sy nie aan haar woede kon uitdrukking gee nie, het sy dit na binne gekeer. As woede na binne gekeer word, kry sy seer en 'n kringloop begin ontwikkel: eers kry sy seer, dan word sy kwaad, indien die woede nie op 'n spesifieke persoon gerig kan word nie, rig sy dit teen haarself na binne of na buite deur ander mense seer te maak. Omdat haar onbewuste nog nie besef het dat die bedreiging verby is nie, maak sy die mense om haar seer sodra sy seerkry, met ander woorde: sy kry hulle terug. Sy word gehelp met selfvergifnis, God se vergifnis en vergifnis teenoor die molesteerder.

(ii) Samevatting

Die skuldsindroom het ontstaan toe sy die onbewuste suggestie aanvaar het dat sy vanweë die molestering sonde doen en derhalwe is sy onseker oor God se liefde vir haar. Die skuldsindroom presenteer op die eerste rangorde van lewensprioriteite van die Mediese hipno-analise-model waar die individu se spirituele voortbestaan bedreig word as gevolg van intense skuldgevoelens. Die intensiteit van die skuldgevoelens is sodanig dat daar nie gestalte gegee word aan haar mees fundamentele behoefte, naamlik 'n persoonlike verhouding met God nie (vgl. Figuur 5.4.1). Aangesien sy aan dié singewing van die verhouding met God ontbreek, word haar spirituele oorlewing ná die aardse dood bedreig. Die intensiteit van die bedreiging is sodanig intens dat haar ontwikkeling emosioneel en spiritueel gerem word.

(c) Simptoom-intensiverende gebeurtenisse (SIG)

Een van die simptoom-intensiverende gebeurtenisse (SIG) wat 'n remming veroorsaak het in Kind D se emosionele groeiproses het op 12-jarige ouderdom voorgekom toe haar ouma oorlede is. Duidinge uit die WAT is gebruik om die ouderdomsregressies te inisieer.

DUIDINGE UIT DIE WAT

Nr. 18	Dood: *baie hartseer*
Nr. 21	Liefde: *altyd daar wees vir my*
Nr. 28	Rooi: *bloed*
Nr. 44	As ek my probleem in kleur moet beskryf: *swart en rooi*
Nr. 171	Begrafnis: *hartseer*
Nr. xvii	My ouma: *nooit vergeet*
Nr. xviii	Wat my bybly van my ouma: *haar woorde*

OUDERDOMSREGRESSIE TOT OP 12-JARIGE OUDERDOM

Terapeut: Wat gebeur?

Kind D: *My oom storm in, in trane. Hy sê my ouma is **dood** in haar slaap.*

Terapeut: Wat gaan deur jou gedagtes?

Kind D: *Hy jok. Ek het my ouma ander dag nog gesien.*

Terapeut: Wat voel jy?

Kind D: ***Seer**gemaak. Dit voel of sy my **verlaat** het.* (Gee haar genoeg kans om te huil en troos haar.)

Kind D: *Ons gaan na haar huis toe. Hulle wil nie hê ek moet my ouma sien nie. Alles is dieselfde, sy is net nie hier nie.*

Terapeut: Wat gebeur?

Kind D: *Ma wil nie hê ek moet begrafnis toe gaan nie, maar ek gaan.*

Kind D: *Ek word mal toe die kis afsak.*

Terapeut: Wat voel jy?

Kind D: ***Dood.***

(i) Bespreking

Kind D beleef skeidingsangs met haar ouma se dood. Sy voel hart**seer** en **verlate** en dat haar ouma haar in die steek gelaat het. Haar belewing van verlies word deurgewerk. Sy word gelei om haar ouma te vergewe dat sy haar in die steek gelaat het deur dood te gaan. Met haar ouma se dood het sy onbewustelik die doodsuggestie aanvaar dat sy nie sonder haar ouma kan lewe nie en emosioneel dus ook **dood** is. Kind D word die geleentheid gegee om afskeid te neem van haar ouma deur in 'n droom in gesprek met haar te tree, en met haar dit te deel wat op haar hart is. Die terapeut gebruik dié deel in haar wat oor insig en wysheid beskik om haar te troos en emosioneel te versorg. 'n Gevoel van lewe, lig en God se liefde word bevestig. Die volgende terapeutiese stories en liedjie is gebruik in die hantering van haar trauma:

- *"The fall of Freddie the leaf"* (Buscalia, 1982: 1-27)
- *"You'll be in my heart"* (Phil Collins, 1999: *Movie soundtrack of Tarzan*)

(ii) Samevatting

Die skeidingsangssindroom word geïntensiveer met haar ouma se dood. Haar onbewuste het die suggestie aanvaar dat sy sal doodgaan sonder haar ouma. Sy beleef dus onbewustelik voortdurend 'n vrees vir verdere skeiding wat sodanig intens is dat dit ook as 'n doodsvrees gekonseptualiseer word. Die skeidingsangssindroom kom voor op die eerste rangorde van lewensprioriteite van Mediese hipno-analise waar die individu se spirituele voortbestaan bedreig word.

(d) Terapeutiese integrasie

Die terapeutiese intervensie word bespreek en geïntegreer deur te verwys na begrip, genesing en verandering in terme van die rangorde van lewensprioriteite, identifisering van onbewuste diagnoses onderliggend aan die tripleerde allergeenteorie, *"scripts"* wat vir Kind D gebruik is en die afsluiting van terapie.

(i) Begrip, genesing en verandering in terme van die rangorde van lewensprioriteite

Die onderliggende oorsaak van Kind D se probleem wat verantwoordelik is vir haar simptome van emosionele onvolwassenheid, lê op die eerste rangorde van lewensprioriteite van Mediese hipno-analise. Die terapeutiese prosedure van Mediese hipno-analise word gevolg na elke ouderdomsregressie wat in verband staan met die geïdentifiseerde ISG, SPG en die SIG. Die oorsprong van die foutiewe persepsies, idees en gedagtes is op emosionele vlak geïdentifiseer en na die oppervlakte gebring waar dit verwyder is en vervang is met positiewe gedagtes en interpretasies. Angs, vrees, skuldgevoelens en woede is van die emosies wat na die oppervlakte gebring is en wat in die weg gestaan het van Kind D se normale en natuurlike proses van kinderontwikkeling tot volwassewording.

Die emosionele trauma het veroorsaak dat die ontwikkeling van haar kognitiewe vaardighede aan bande gelê is en sy gevolglik op akademiese vlak nie toereikend gevorder het nie (Van Niekerk, 2000: 42). Die terapeut het met behulp van egoversterking en direkte suggesties gefokus op die verligting van haar kognitiewe geremdheid en die in-beweging-bring van haar kognitiewe vaardighede. Die terapeut spreek die onderliggende oorsaak van Kind D se probleem aan deur Kind D te lei tot begrip, genesing en verandering. Kind D word gelei tot selfvergifnis en vergifnis van ander mense wat haar skade berokken het. Kind D se verhouding met God het tydens die terapeutiese proses gegroei (vgl. Figuur 6.15.1) en gevolglik is sy gereed om God se vergifnis te

aanvaar. Laastens word die nuwe gewysigde gedagte- en gedragspatrone ingeoefen en versterk.

(ii) Identifisering van onbewuste diagnoses

Behalwe vir die Ponce de Leon-sindroom, het die skeidingsangssindroom en die skuldsindroom, as onbewuste diagnoses, ook betrekking op Kind C.

(iii) *"Scripts"* wat vir Kind D gebruik is

Die volgende *"scripts"* of uittreksels daarvan wat spesifiek op die Ponce de Leon-sindroom betrekking het, is aangepas vir gebruik by Kind D:

- Bekragtiging van liefde (Bylaag 14A)
  (Bradshaw, 1992: 96)
- Ouderdomsprogressie (Bylaag 14B)
  (Scott Jr. in Modlin, 1999: 93-95)
- Die genesing van woede – 'n proses (Bylaag 14D)
  (Kullman in Modlin, 1999: 99-100)
- Stel die kind in jou gerus oor die verlede (Bylaag 14F)
  (Scott Jr. in Modlin, 1999: 105-106)
- *"Homecoming Meditation"* (Bylaag 14G)
  (Bradshaw, 1992: 168-169)
- Die kleine jy – hoe om 'n groter bewustheid van die self en beheer oor die self te verkry (Bylaag 14H)
  (Matez in Modlin, 1999: 111-115)

Ander Mediese hipno-analise *"scripts"* of uittreksels daarvan wat ook aangepas is vir gebruik by Kind D is op aanvraag beskikbaar en sluit onder andere die volgende in:

- Self-liefde (Lowe in Modlin, 1999: 28-29)

- Metafoor van 'n besering en genesing (Hammond, 1990: 536)
- Laat woede en pyn gaan (Zelling in Modlin, 1999: 101-102)

(iv) Afsluiting van terapie

Die terapie word afgesluit met die tuinmetafoor. Haar lewenstuin word voorgestel met onder meer 'n groot poel helder, genesende water, wat nooit opdroog nie.

5.2.4.9 Emosionele volwassewordingsdiagram na afloop van die terapie

Na afloop van die terapie, maak Kind D 'n grafiese voorstelling van haar unieke psigodinamiese lewensverloop (emosionele volwassewordingsdiagram) in **FIGUUR 5.4.4**.

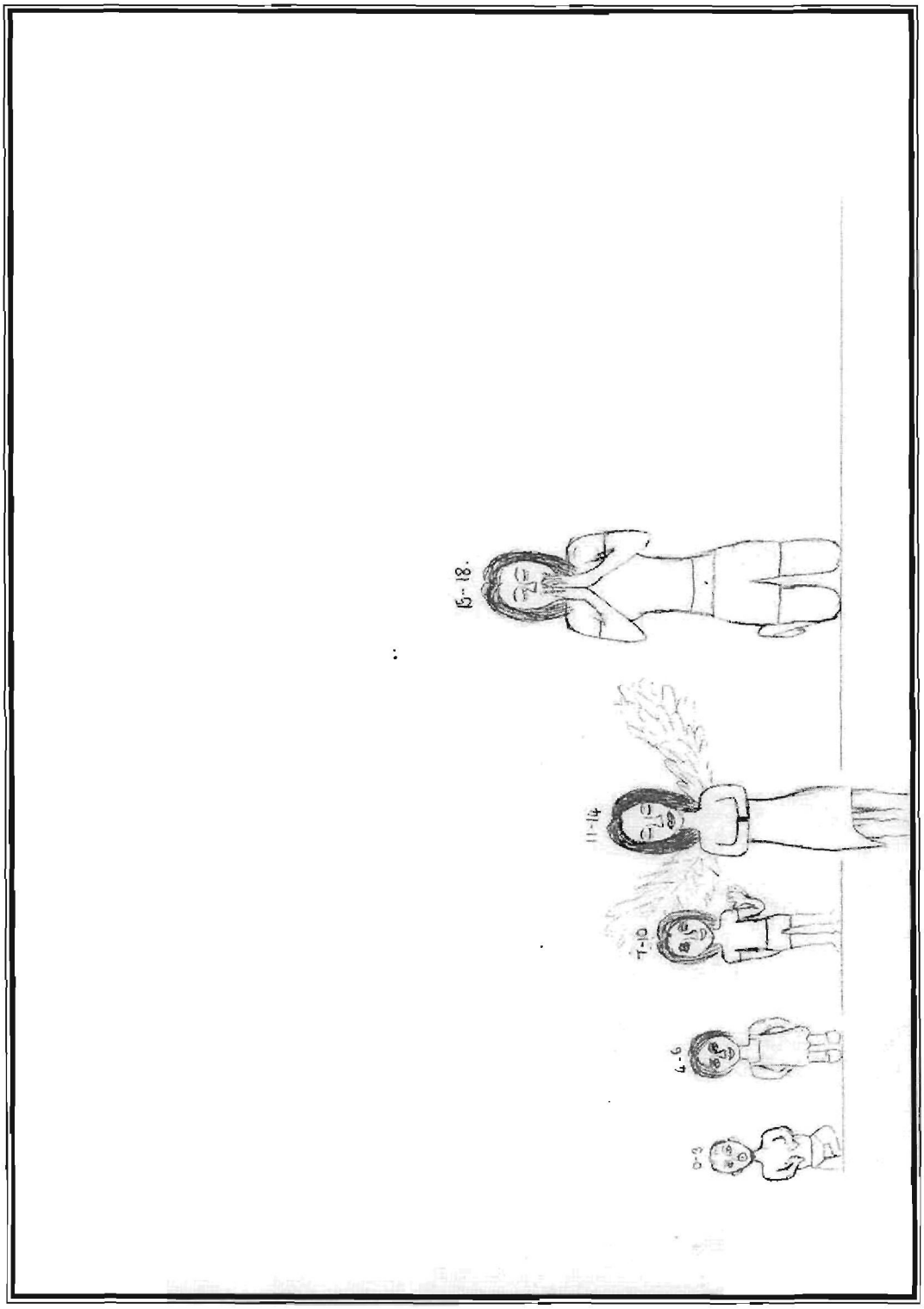
5.2.4.10 Bespreking van die emosionele volwassewordingsdiagram na afloop van die terapie

Oaklander (1988: 21-45), Van Niekerk (1990: 142-157) en Ziffer en Shapiro (1992: 17-23) se riglyne sowel as gesprekvoering is gebruik ten aansien van hierdie bespreking (vgl. 4.5.6).

✏ **Kerngedagtes van die terapeut rondom die geheel-beeld**

Die baba het 'n fopspeen in die mond wat dui op versorging. Die figure se hande is nou meer op die voorgrond. Dit lyk asof die figuur wat haar voorstel op die ouderdom van 7 – 10 jaar vriendelik 'n hand uitsteek om kontak te maak met ander mense. Die figuur wat haar voorstel op die ouderdom van 11 – 14 jaar staan effens op die voorgrond en het vlerke wat daarop dui dat sy haar kan losmaak van die verlede en nou vry is om haar potensiaal te verwesenlik.

FIGUUR 5.4.4: KIND D SE EMOSIONELE VOLWASSEWORDINGS-DIAGRAM NA AFLOOP VAN DIE TERAPIE



Die figuur wat haar voorstel op 15 – 18-jarige ouderdom het die lyf van 'n vrou en wys ook meer "lyf", wat dui op 'n groter aanvaarding van haar eie seksualiteit en vroulike seksuele rol. Dit lyk of sy 'n groter vrede in God gevind het en 'n dieper spiritualiteit beleef. Dit blyk dat sy haar identiteit as kind van God gevind het en emosioneel meer weerbaar is omdat sy spiritueel sterker en meer geanker is.

5.2.4.11 Samevatting

Kind D het baie woede beleef wat sy nie kon uitbring teenoor dié persone wat haar te na gekom het nie. Sy het die woede na binne gerig asook na buite en gevolglik aggressief opgetree teenoor dié mense wat haar emosionele en fisiese veiligheid bedreig het. Dit het van haar 'n koue, ongenaakbare mens gemaak in ander se oë.

Sy het nie mense, veral lede van die mansgeslag genoeg vertrou om die kans te waag om in 'n verhouding met hulle te tree nie; sy was te bang vir verlies en seerkry. Die grafiese media wat ingeskakel is voor die aanvang van die terapie, dui ook op 'n jong meisie wat koud en afsydig voorkom. Die ouderdoms-regressies bevestig haar vrees vir verlies en hoe sy van woede (sy maak mense met woorde seer) gebruik maak om mense op 'n afstand te hou. Die grafiese media wat ingeskakel is na afloop van die terapie dui op 'n meer spontane en gemoedelike jong vrou wat hou van haarself en nie langer haar seksualiteit ontken nie. Duidinge van vrede in haarself en met God bevestig 'n dieper dimensie van spiritualiteit. Kind D se prognose is positief gesien in die lig van 'n geïntegreerde persoonlikheid en toereikende innerlike en interpersoonlike hulpbronne.

5.2.5 KIND E

Kind E is 'n 16-jarige dogter wat by haar moeder en stiefvader woon. Sy is tans die enigste kind in die huis.

5.2.5.1 Psigodinamiese lewensverloop

Kind E se psigodinamiese lewensverloop word opgesom en voorgestel deur **FIGUUR 5.5.1**.

5.2.5.2 Emosionele volwassewordingsdiagram voor aanvang van die terapie

Voor die aanvang van die terapie, maak Kind E 'n grafiese voorstelling van haar unieke psigodinamiese lewensverloop (emosionele volwassewordingsdiagram) in **FIGUUR 5.5.2**.

5.2.5.3 Bespreking van die emosionele volwassewordingsdiagram voor aanvang van die terapie

Die bespreking van Kind E se emosionele volwassewordingsdiagram (voor die aanvang van terapie sowel as na afloop van die terapie) geskied aan die hand van Oaklander (1988: 21-45), Van Niekerk (1990: 142-157) en Ziffer en Shapiro (1992: 17-23) se riglyne by die interpretasie van kinder- en adolessente-tekeninge. Die bespreking word beïnvloed deur inligting wat die terapeut deur gesprekvoering met Kind E bekom het (vgl. 4.5.6).

FIGUUR 5.5.1: KIND E SE PSIGODINAMIESE LEWENSVERLOOP

SWANGERSKAP

Onbepland
Tot op 6 maande is die moeder onbewus van die swangerskap
Moeder word aangerand deur die vader
Vader is 'n alkoholis, Moeder ly aan bulimie
Ouers skei terwyl moeder 6-maande swanger is
Moeder word laaste 3 maande van swangerskap gehospitaliseer

⬇

GEBOORTE

Moeder gee alleen geboorte sonder die hulp van 'n dokter of mediese personeel
Baie vinnige normale geboorte

⬇

VOORSKOOLS

Moeder gaan terug na die vader na die egskeiding vir 'n verdere 2 jaar
Baie geweld, aanrandings en spanning
Moeder verlaat vader en gaan terug na haar ouerhuis
Op ouderdom 2 jaar sterf haar boetie van 8 jaar aan 'n asma-aanval
Moeder trou weer en sy woon by moeder en stiefvader
Haar asma-aanvalle begin

⬇

LAERSKOOLDAE

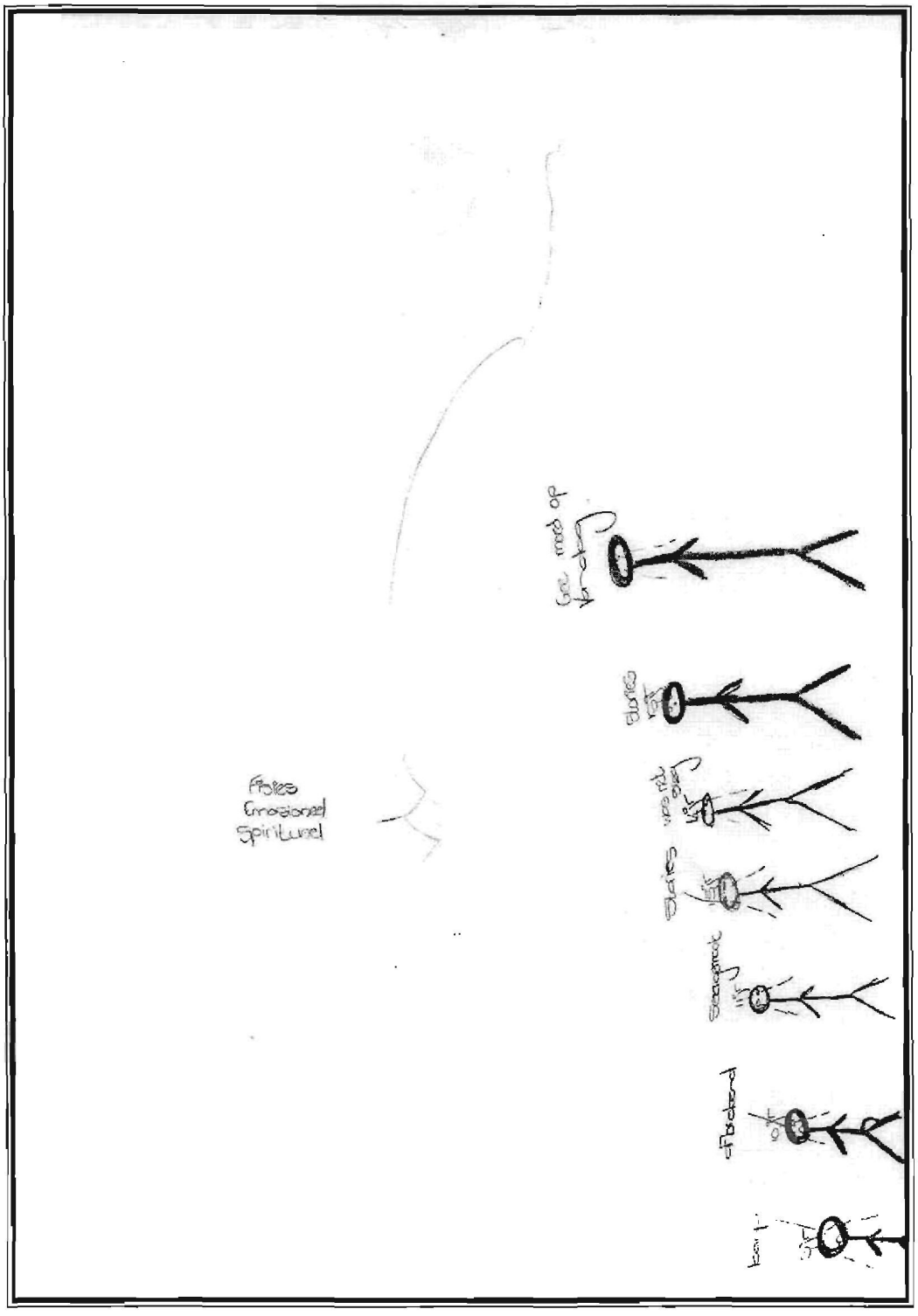
Kuier Desembervakansies by haar biologiese vader en grootouers in die Oos-Kaap
Volgens die biologiese vader is hy nie haar vader nie
Onderhoofdogter by laerskool

⬇

HOëRSKOOLDAE

Swak verhouding met vader se saamleefmaat
Die vader, saamleefmaat, ouma en oupa breek haar emosioneel af
Hulle vertel verwarrende en afbrekende stories oor haar moeder
Biologiese vader misbruik alkohol en medikasie
Sy en haar stiefvader se verhouding gaan baie agteruit
Eerste selfmoordpoging - begin Gr. 9: oordosis pille, gehospitaliseer
Tweede selfmoordpoging - einde Gr. 9: Spuit asmapompie van 200 spuite leeg
Einde Gr. 10: Gaan bly by haar vader en sy saamleefmaat in die Kaap
Januarie Gr. 11: Trek terug na haar moeder en stiefvader
Derde selfmoordpoging – begin Gr. 11: Sny polse
Verbreek langtermyn liefdesverhouding
Stiefvader mishandel haar fisies en emosioneel
Sy huldig nie 'n sterk geloofsoortuiging nie
Stiefvader is emosioneel onstabiel; hy wend 'n selfmoordpoging aan
Stiefvader belet haar die huis
Sy vind tydelik 'n heenkome by haar vriend se ouers
Haar vader kom haal haar teen haar sin om by hom in die Oos-Kaap te gaan woon

FIGUUR 5.5.2: KIND E SE EMOSIONELE VOLWASSEWORDINGS-DIAGRAM VOOR DIE AANVANG VAN DIE TERAPIE



✏ Kerngedagtes van die terapeut rondom die geheel-beeld

Die lynfigure en min tydsverbruik dui daarop dat Kind E ontevrede is met die ondersoeksituasie en opstandig is teenoor die taak op hande. Kind E stel haarself voor in 7 stadiums van haar lewensverloop. Duidinge van hartseer, depressie, hulpeloosheid en moedeloosheid kom voor. Die figure wat haar vanaf 13-jarige ouderdom voorstel, word sonder monde geteken, wat dui op vyandigheid en dat sy nie 'n sê gehad het in wat met haar gebeur nie. Die gehalte van die tekening dui op infantiliteit, opstandigheid, ontevredenheid, angs en emosionele deprivasie. Die klein figure dui op beleefde gevoelens van ontoereikendheid en verwerping. Die figure se kort arms dui op 'n eksplorasie-onwil en 'n swak toekomsgerigtheid. Die kopgedeeltes van die figure is almal klein wat dui op selfbewustheid en sosialiseringsprobleme.

5.2.5.4 Presenterende problematiek

Die probleme wat Kind E beleef, word weergegee uit die Algemene welstand-vraelys en die Weerlose adolessent-vraelys en word verder toegelig deur haar ouers en die vorige jaar se registeronderwyseres.

(a) Die Algemene welstand-vraelys

Die volgende stellings uit die Algemene welstand-vraelys dui op emosionele weerloosheid:

Nr. 6: Ek voel dat dit beter sal wees as ek dood is.
Nr. 8: Ek kan nie die meeste probleme hanteer wat na my kant toe kom nie.
Nr. 10: As ek terugkyk oor my lewe kan ek net 'n klomp mislukkings sien.
Nr. 16: Ek dink baie oor die dood en doodgaan.
Nr. 21: Ek dink baie aan selfmoord.
Nr. 39: Ek het baie vrese.
Nr. 49: Ek voel nie veilig in my ouerhuis nie.

Die volgende stellings uit die Algemene welstand-vraelys dui op emosionele onvolwassenheid:

Nr. 28: Ek kan nie my ouers vergewe vir dit wat hulle verkeerd doen nie.
Nr. 34: Ek leer net hard in dié vakke waarvan ek hou.
Nr. 37: Ek kan nie oor my gevoelens praat nie.
Nr. 40: Ek drink soms om van my stres ontslae te raak.
Nr. 45: Ek voel dat ek altyd moet kompeteer met my klasmaats.
Nr. 47: Ek leer nie sonder om aangesê te word om dit te doen nie.

(b) Die Weerlose adolessent-vraelys

Die volgende stellings uit die Weerlose adolessent-vraelys dui op emosionele weerloosheid en onvolwassenheid ten opsigte van Kind E se identiteits-behoeftes, basiese behoeftes en sosiale behoeftes:

- **Emosionele behoeftes**

Nr. 1: Ek ervaar angs en vrees wanneer ek besluit om iets nuuts te doen.
Nr. 10: Ek sukkel om iets te voltooi.
Nr. 12: Ek kritiseer myself voortdurend oor my eie ontoereikendheid.
Nr. 15: Dit voel vir my asof ek nooit goed genoeg is nie, nooit enigiets regkry nie.
Nr. 16: Dit voel vir my asof ek regtig nie weet wat ek wil hê nie.
Nr. 20: Ek weet nie werklik wie ek is nie. Ek is nie seker wat my waardes is of wat ek van goed dink nie.

- **Basiese behoeftes**

Nr. 1: Ek is uit voeling met my liggaamlike behoeftes. Ek weet nie wanneer ek moeg, honger of seksueel opgewek is nie.
Nr. 6: Ek weet selde wat ek voel.
Nr. 10: Ek skaam my wanneer ek huil.

- **Sosiale behoeftes**

Nr. 1: Basies wantrou ek almal, selfs myself.

Nr. 12: Ek weet nie hoe om konflikte met ander op te los nie. Ek oorweldig my opponente of onttrek my heeltemal aan hulle.

Nr.13: Dit gebeur selde dat ek om verduideliking vra van stellings wat ek nie verstaan nie.

Nr. 15: Ek het nooit naby aan een van of albei my ouers gevoel nie.

Nr. 17: Ek dryf die spot met myself en ander as hulle foute maak.

Nr. 18: Ek gooi maklik tou op en skik my na die groep.

Nr. 19: Ek is geweldig mededingend en 'n slegte verloorder.

(c) Probleme soos deur haar ouers en registeronderwyseres gestel

Probleme soos geïdentifiseer deur Kind E se moeder, stiefvader en registeronderwyseres van die vorige jaar word in **TABEL 5.5** weergegee.

TABEL 5.5: INSETTE DEUR KIND E SE OUERS EN REGISTERONDERWYSERES

OUERS SE INSETTE	REGISTERONWYSERES SE INSETTE
- Sosialiseer met vriende wat rook en alkohol misbruik en doen dit self - Lui en geen motivering nie - Wil nie aangeraak word nie - Dreig om weg te loop - Wil heeltyd haar sin hê - Werk baie half – wil nie help met enigiets nie, onbetrokke by huishouding - Neem nie verantwoordelikheid nie - Obsessie met voorkoms, gewig en haat haarself - Voel dom, lelik en pateties	- Haar selfbeeld is redelik laag alhoewel sy voorgee dat dit redelik sterk is - Sy kom baie keer angstig voor. Sy is baie op haar senuwees veral as sy voor die klas moet praat en voor toetse - Huiswerk word nie altyd volledig voltooi nie - Motivering is oor die algemeen laag - Haar emosionele weerbaarheid is nie soos dit moet wees nie - Daar is ruimte vir verbetering ten opsigte van haar emosionele volwassenheid - Baie beïnvloedbaar deur vriende

5.2.5.5 Bespreking van selfonthulling, intelligensie en sosiale omgewings-uitkomste

Dit blyk dat Kind E bereid is om alle aspekte van haarself te onthul en toe te tree tot terapie met 'n oop gemoed. Sy beskik oor 'n lae gerealiseerde verstandsvermoë. Sy is al blootgestel en word steeds blootgestel aan ernstige kindermishandeling en gesinsonenigheid. Haar ouers is geskei. Haar biologiese vader woon in die Oos-Kaap. Sy kry geen betekenisvolle ondersteuning in gesinsverband nie. Haar vriend se moeder bied ondersteuning (vgl. Figuur 5.5.1).

5.2.5.6 Duidinge van die Ponce de Leon-sindroom

Duidinge van die Ponce de Leon-sindroom **(FIGUUR 5.5.3)** kan verkry word uit die voorkoms en gedrag van die proefpersoon, sowel as die eerste 3 sinne waarmee sy haar probleem formuleer.

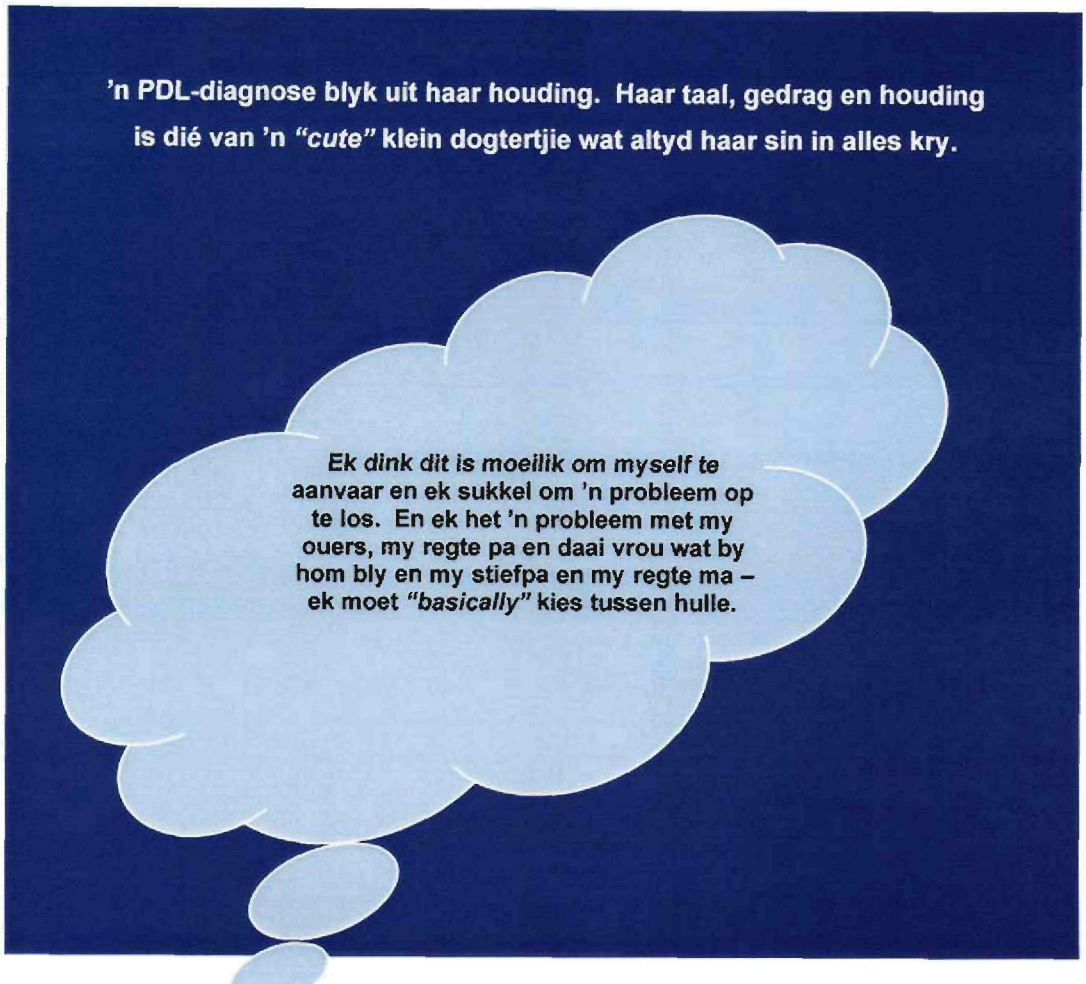
Die volgende duidinge van die Ponce de Leon-sindroom is uit Bryan se woordassosiasietoets (WAT) geïdentifiseer:

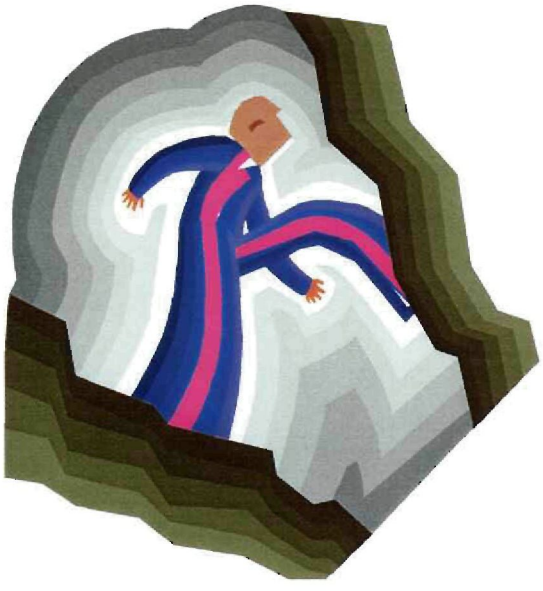
Nr. 13	Vrees: *donker*
Nr. 27	Ek is net soos: *'n klein dogtertjie*
Nr. 67	As kind het ek: *te veel seergekry*
Nr. 87	My grootste vrees is: *om alleen in 'n donker plek te wees*
Nr. 91	My grootste sonde is: *om almal te glo wat hulle vir my sê*
Nr. 157	Skree: *bang*
Nr. 192	Wanneer 'n brand ontstaan: *raak ek bang*
Nr. vi	Die klein dogtertjie in my: *huil*

5.2.5.7 Kerngebeurtenisse volgens die tripleerde allergeenteorie

Die volgende 3 kerngebeurtenisse het onder meer aanleiding gegee tot die begin en later die intensivering van die Ponce de Leon-sindroom by Kind E.

FIGUUR 5.5.3: DUIDINGE VAN DIE PONCE DE LEON-SINDROOM BY KIND E





SLEUTELWOORDE VIR PDL-DIAGNOSE:

- " . . . Ek dink dit is **moeilik om myself te aanvaar** . . . "
- " . . . ek **sukkel om 'n probleem op te los.** "

BEWUSTE DIAGNOSE VOLGENS DIE DSM-IV-TR:

- 296.32 Major depressiewe versteuring (herhalend, matig)
- 309.21 Skeidingsangsversteuring (vroeë aanvang)

(a) Inisiële sensitiserende gebeurtenis (ISG)

- Pre-natale-trauma ► 6-maande pre-natale ouderdom ► Vrees

Haar vader mishandel haar moeder en sy vrees vir haar lewe. Sy beleef gevoelens van angs, pyn en hartseer.

(b) Simptoom-produserende gebeurtenis (SPG)

- Pre-natale-trauma ► 6-maande pre-natale ouderdom ► Skeidingsangs

Sy beleef verwerping (wat in terme van Mediese hipno-analise as skeidingsangs gekonseptualiseer kan word) deur haar vader wat aanleiding gee tot haar eerste asma-aanval (pre-nataal).

(c) Simptoom-intensiverende gebeurtenis (SIG)

- Kinderjare-trauma ► 3-jarige ouderdom ► Skeidingsangs

Haar boetie kry 'n ernstige asma-aanval waartydens sy vrees dat haar moeder saam met hom hemel toe sal gaan.

5.2.5.8 Terapeutiese intervensie

Die verloop van die terapie word verder beskryf deur kortliks na die navorser se hantering van die ISG, SPG en SIG te verwys. Enkele voorbeelde van hoe die terapeut die ouderdomsregressies gehanteer het, word aangehaal. Meer as een ouderdomsregressie is soms onderneem om die fisiese en/of psigiese trauma rondom 'n spesifieke gebeurtenis te hanteer.

(a) Inisiële sensitiserende gebeurtenis (ISG)

Die eerste trauma (ISG) wat 'n remming veroorsaak het in Kind E se emosionele groeiproses het pre-nataal op 6-maande ouderdom voorgekom. Duidinge uit die WAT is gebruik om die ouderdomsregressie te inisieer.

DUIDINGE UIT DIE WAT

Nr. 9	Pa: *swart*
Nr. 13	Vrees: *donker*
Nr. 16	Angs: *swart*
Nr. 59	Depressief: *hartseer*
Nr. 61	Vyandigheid: *grys*
Nr. 79	Skuld: *swart*
Nr. 87	My grootste vrees is: *om alleen in 'n donker plek te wees*
Nr. 107	Ek voel wrokkig/gebelg oor: *my pa*
Nr. 117	Aanraking: *grys*
Nr. 120	Pyn: *hartseer*
Nr. 143	Verkul: *pyn*
Nr. 148	Kinders: *pyn*
Nr. 156	Swart: *dood*
Nr. 157	Skree: *bang*
Nr. 176	Inperking: *swart*
Nr. 192	Wanneer 'n brand ontstaan: *raak ek bang*
Nr. v	Mishandeling: *haat*
Nr. xx	Alkoholisme: *swart*
Nr. xxii	Alkohol: *woede*
Nr. xxv	My pa het altyd : *my ma geslaan*

OUDERDOMSREGRESSIE TOT OP 6-MAANDE PRE-NATALE OUDERDOM

Terapeut: Kan jy enigiets sien?

Kind E: ***Swart.***

Terapeut: Wat beteken swart vir jou?

Kind E: *Niks.*

Terapeut: Hoe laat swart jou voel?

Kind E: ***Bang.***

Terapeut: Gaan af tot in die diepste deel van swart.

Terapeut: Wat gebeur?

Kind E: *Geluide.*

Terapeut: Sê hierdie geluide vir jou enigiets?

Kind E: ***Pyn.***

Terapeut: Wie se pyn?

Kind E: *Mamma.*

Terapeut: Wat gebeur?

Kind E: *Iemand slaan haar.*

Terapeut: Ken jy die persoon?

Kind E: *Ja.*

Terapeut: Wie's dit?

Kind E: *My Pa.*

Terapeut: Hoe laat dit jou voel?

Kind E: ***Hartseer.***

Terapeut: Kan jy enigiets doen?

Kind E: *Nee* (sy huil).

Terapeut: Hoe laat dit jou voel?

Kind E: ***Bang.***

Terapeut: Bang vir wat?

Kind E: *Bang ek gaan* ***dood.***

(i) Bespreking

Kind E se moeder was swanger sonder dat sy dit geweet het. Kind E beleef op 6-maande pre-natale ouderdom hoe haar vader haar moeder aanrand. Dit maak haar **hartseer** en sy **vrees** dat sy kan **dood**gaan. Haar verwagting van die dood resulteer in 'n keuse tussen 'n vegreaksie of 'n vlugreaksie (Modlin, 1999b: 6). Sy voel hulpeloos en kies 'n vlugreaksie ten opsigte van die doodsbedreiging.

Haar emosionele ontwikkeling word gerem deur haar gevoelens van vrees en haar belewing van voorgeboortelike trauma.

Die terapeut help vir Kind E deur 'n toekomsprogressie te doen van ná haar geboorte om 'n gevoel van lewe te bevestig op emosionele, fisiese en spirituele vlak. Sy weet en sy voel dat sy lewe en derhalwe kan sy die simptoom van vrees nou prysgee.

(ii) Samevatting

Kind E het gepresenteer met 'n doodsvrees. Die doodsverwagtingsindroom het ontstaan toe sy onbewustelik gevrees het dat sy sal doodgaan tydens die voorval waar haar vader haar moeder aangerand het. Die doodsverwagtingsindroom kom voor op die derde rangorde van lewensprioriteite van Mediese hipno-analise waar die individu se fisiese voortbestaan bedreig word.

(b) Simptoom-produserende gebeurtenis (SPG)

Die tweede trauma (SPG) wat 'n remming veroorsaak het in Kind E se emosionele groeiproses het ook op 6-maande pre-natale ouderdom voorgekom. Duidinge uit die WAT is gebruik om die ouderdomsregressie te inisieer.

DUIDINGE UIT DIE WAT

Nr. 9	Pa: *swart*
Nr. 16	Angs: *swart*
Nr. 32	Seks: *swart*
Nr. 40	My pa het nooit: *in my belanggestel nie*
Nr. 59	Depressief: *hartseer*
Nr. 69	Wanneer ek sterf gaan ek: *tussen iewers en nêrens*
Nr. 72	Donker: *haat*
Nr. 78	Baba: *moelikheid* (sug)
Nr. 79	Skuld: *swart*

Nr. 81	Straf: (sug) *ek*
Nr. 87	My grootste vrees is: *om alleen in 'n donker plek te wees*
Nr. 104	Ek is byna dood toe: *ek 'n asma-aanval gekry het*
Nr. 120	Pyn: *hartseer*
Nr. 148	Kinders: *pyn*
Nr. 156	Swart: *dood*
Nr. xii	Asma: *dood*
Nr. xviii	As ek bang raak: *raak ek benoud*
Nr. xxvi	As ek benoud raak: *kry ek 'n asma-aanval*

OUDERDOMSREGRESSIE TOT OP 6-MAANDE PRE-NATALE OUDERDOM

Terapeut: Wat gebeur?

Kind E: *Ek is siek.*

Terapeut: Wat is verkeerd?

Kind E: *Ek kan nie sien nie.*

Terapeut: Waar voel jy siek?

Kind E: *In my bors. Ek voel* ***benoud.***

Terapeut: Wat laat jou so benoud voel?

Kind E: *Ek weet nie.*

Terapeut: Kry jy enige boodskappe van mamma af?

Kind E: *Pyn en hartseer.*

Terapeut: Wat maak mamma so hartseer?

Kind E: *Pappa wil my nie hê nie.*

Terapeut: Hoe laat dit jou voel?

Kind E: ***Hartseer, bedruk.*** (Sy begin hiperventileer)

Terapeut: Is dit wat jou so benoud laat voel?

Kind E: (Skud haar kop bevestigend)

Terapeut: Is dit die heel eerste keer dat jy so benoud voel?

Kind E: (Skud haar kop bevestigend – sy sukkel om asem te kry)

Terapeut: Wat sê dit vir jou as jy so benoud voel?

Kind E: *Ek gaan* ***dood.***

Terapeut: Neem 'n diep asemteug . . . (*"Breath of life"*)

Asem ontspanning in en alle spanning uit. Rustigheid en kalmte in en alle ongemaklikheid uit. Jý is in beheer van jou asemhaling.

(i) Bespreking

Kind E kry op 6-maande pre-natale ouderdom haar eerste **asma-aanval** waartydens sy onbewustelik 'n **doods**vrees beleef het. Haar moeder vind uit van haar swangerskap toe sy reeds 6-maande swanger is met Kind E. Die moeder beleef pyn en hartseer toe die vader nie vir Kind E wil hê nie. 'n Moeder en baba is in noue kontak met mekaar en daarom beleef Kind E ook **hartseer**. Sy gebruik ook die woord "**bedruk**" (wat nie net terneergedruk beteken nie, maar ook dat daar iets "druk" op haar bors en dat sy nie asem kry nie). Kind E se emosionele ontwikkeling word gerem as gevolg van haar vader se **verwerping** en haar belewing van **dood**. Verwerping in die baarmoeder gee aanleiding tot identiteitsprobleme veral ten aansien van 'n gebrek aan selfliefde. In hierdie verband sê Modlin (1999b: 7): *"The degree of self-love is dependent on others providing it from the earliest of times – in utero."*

Die terapeut help Kind E om te besef dat sy sal bly lewe al wil haar vader haar nie hê nie. Haar verwerping deur haar vader en haar verlies aan sy liefde word deurgewerk deur haar te verseker dat sy emosioneel en fisies sal kan voortbestaan sonder hom en sy liefde. Kind E huldig nie 'n sterk geloofsoortuiging nie (vgl. Figuur 5.5.1). Desnieteenstaande is sy ontvanklik vir God se liefde as hemelse vader in die plek van haar aardse vader se liefde. Haar onbewuste aanvaar dat die doodsdreigement verby is en aanvaar God se lig as lewe.

(ii) Samevatting

Kind E se onbewuste aanvaar die doodsuggestie deur fisies 'n asma-aanval te kry toe sy haar vader se verwerping beleef. Verwerping word in terme van Mediese hipno-analise as skeidingsangs gekonseptualiseer. Die skeidingsangs-

sindroom kom voor op die eerste rangorde van lewensprioriteite van Mediese hipno-analise waar die individu se spirituele voortbestaan bedreig word.

(c) Simptoom-intensiverende gebeurtenisse (SIG)

Een van die simptoom-intensiverende gebeurtenisse (SIG) wat 'n remming veroorsaak het in Kind E se emosionele groeiproses het op 3-jarige ouderdom voorgekom. Duidinge uit die WAT is gebruik om die ouderdomsregressie te inisieer.

DUIDINGE UIT DIE WAT

Nr. 16	Angs: *swart*
Nr. 59	Depressief: *hartseer*
Nr. 156	Swart: *dood*
Nr. 146	Skei: *hartseer*
Nr. vi	Die klein dogtertjie in my: *huil*
Nr. ix	Ek huil wanneer: *ek alleen is*

OUDERDOMSREGRESSIE TOT OP 3-JARIGE OUDERDOM

Terapeut: Hoe oud is jy?

Kind E: *Drie jaar.*

Terapeut: Wat gebeur?

Kind E: *Ons speel op die gras, ek en my boetie. 'n Kar jaag verby en "hooter". My ma kom uit. 'n Oom gee vir haar blomme. Pa baklei. Ma vat ons en ry na ouma toe.*

Terapeut: Hoe voel jy oor wat gebeur?

Kind E: *Ek **huil**.*

Terapeut: Wat gebeur?

Kind E: *Boetie kry nie asem nie, . . . ek wil ook gedra word. Ons moet hospitaal toe. Die dokter sê dis my ma se skuld dat boetie 'n asma-aanval gekry het.*

Terapeut: Wat gaan deur jou gedagtes?

Kind E: *Die engeltjies kom vir boetie haal . . .*

Terapeut: Hoe voel jy daaroor?

Kind E: *Ek is **bang** my ma gaan saam met hom. Ek wil nie **alleen** in hierdie groot plek wees nie.*

(i) Bespreking

Tydens haar boetie se asma-aanval raak sy angstig en regresseer spontaan na 'n jonger ouderdom ("ek wil ook gedra word"). Sy vrees dat haar moeder saam met haar boetie hemel toe gaan en sy gevolglik alleen in die hospitaal sal agterbly. Haar emosionele ontwikkeling word gerem deur haar gevoelens van vrees dat sy haar moeder (en dus ook haar moeder se liefde) kan verloor.

(ii) Samevatting

Sy beleef skeidingsangs toe sy dink dat haar boetie dalk sal doodgaan en dat haar moeder saam met hom hemel toe kan gaan. Die skeidingsangssindroom kom voor op die eerste rangorde van lewensprioriteite van die Mediese hipno-analise-model waar die individu se spirituele voortbestaan bedreig word.

(d) Terapeutiese integrasie

Die terapeutiese intervensie word bespreek en geïntegreer deur te verwys na begrip, genesing en verandering in terme van die rangorde van lewensprioriteite, identifisering van onbewuste diagnoses onderliggend aan die tripleerde allergeenteorie, *"scripts"* wat vir Kind E gebruik is en die afsluiting van terapie.

(i) Begrip, genesing en verandering in terme van die rangorde van lewensprioriteite

Die onderliggende oorsaak van Kind E se probleem wat verantwoordelik is vir haar simptome van emosionele onvolwassenheid, lê onderskeidelik op die eerste

en derde rangorde van lewensprioriteite van Mediese hipno-analise. Die terapeutiese prosedure van Mediese hipno-analise word gevolg na elke ouderdomsregressie wat in verband staan met die geïdentifiseerde ISG, SPG en SIG.

Die oorsprong van die foutiewe persepsies, idees en gedagtes is op emosionele vlak geïdentifiseer en na die oppervlakte gebring waar dit gehanteer is en vervang is met positiewe gedagtes en interpretasies. Angs en vrees is van die emosies wat na die oppervlakte gebring is en wat in die weg gestaan het van Kind E se normale en natuurlike proses van kinderontwikkeling tot volwassewording. 'n Verskeidenheid van probleme dra by tot Kind E se ontwikkelingsvertraging. Modlin (1999b: 7) stel die omvang van die Ponce de Leon-sindroom (PDL) in terme van volwassewording soos volg:

"The PDL is not an isoloated problem, but rather the result of a variety of problems occurring at different times in a person's existence from day one of conception to the end of the second decade of life when the age of maturity is customarily assumed to be established – the traditional teaching and learning experiences of early life, education and physical growth have been completed."

Die terapeut spreek die onderliggende oorsaak van Kind E se probleem aan deur Kind E te lei tot begrip, genesing en verandering. Vanweë voortdurende konflik en mishandeling tuis, bly Kind E in gebreke om die nuwe gewysigde gedagte- en gedragspatrone in te oefen en te versterk.

(ii) Identifisering van onbewuste diagnoses

Behalwe vir die Ponce de Leon-sindroom, het die volgende onbewuste diagnoses ook betrekking op Kind E: skeidingsangssindroom, die lewende-lyksindroom, identiteitsversteuringsindroom en die doodsverwagtingsindroom.

(iii) *"Scripts"* wat vir Kind E gebruik is

Die volgende *"scripts"* of uittreksels daarvan wat spesifiek betrekking het op die Ponce de Leon-sindroom is aangepas vir gebruik by Kind E:

- Bekragtiging van liefde (Bylaag 14A)
  (Bradshaw, 1992: 96)
- Ouderdomsprogressie (Bylaag 14B)
  (Scott Jr. in Modlin, 1999: 93-95)
- *"Cutting Loose"* (Bylaag 14C)
  (Lowe in Modlin, 1999: 96-98)
- Die genesing van woede – 'n proses (Bylaag 14D)
  (Kullman in Modlin, 1999: 99-100)
- *"Homecoming Meditation"* (Bylaag 14G)
  (Bradshaw, 1992: 168-169)

Ander Mediese hipno-analise *"scripts"* of uittreksels daarvan wat ook aangepas is vir gebruik by Kind E is op aanvraag beskikbaar en sluit onder andere die volgende in:

- Self-liefde (Lowe in Modlin, 1999: 28-29)
- Leemte in die siel (Zelling in Modlin, 1999: 87-89)
- Die metafoor van die lelike eendjie (Rummel in Hammond, 1990: 139)
- Laat woede en pyn gaan (Zelling in Modlin, 1999: 101-102)

(iv) Afsluiting van terapie

Die terapie is op 'n hartseer noot afgesluit. Kind E se stiefpa het die vorige week 'n selfmoordpoging aangewend en haar daarvan beskuldig dat sy die oorsaak was. Sy is ook verder blootgestel aan fisiese mishandeling toe haar moeder en stiefvader haar vasgehou het en haar stiefvader haar 5 houe toegedien het. Daarna het hy haar die huis belet. Haar stiefvader het kontak gemaak met haar

biologiese vader en hom meegedeel het dat sy nie langer in sy huis welkom is nie, waarna haar biologiese vader besluit het om haar te gaan haal om weer by hom en sy saamleefmaat en haar grootouers te gaan bly. Dit het die vorige keer misluk. Sy het egter nou nêrens heen om te gaan nie. Sy is baie depressief en dink baie aan selfmoord. Die vader wou niks weet van verdere sielkundige behandeling nie. Die terapeut het die welsyn genader en haar in kontak gebring met 'n welsynswerker in die Oos-Kaap (naby hul woning) om haar by te staan.

5.2.5.9 Emosionele volwassewordingsdiagram na afloop van die terapie

Na afloop van die terapie maak Kind E 'n grafiese voorstelling van haar unieke psigodinamiese lewensverloop (emosionele volwassewordingsdiagram) in **FIGUUR 5.5.4**.

5.2.5.10 Bespreking van die emosionele volwassewordingsdiagram na afloop van die terapie

Oaklander (1988: 21-45), Van Niekerk (1990: 142-157) en Ziffer en Shapiro (1992: 17-23) se riglyne sowel as gesprekvoering is gebruik ten aansien van hierdie bespreking (vgl. 4.5.6).

✏ **Kerngedagtes van die terapeut rondom die geheel-beeld**

Kind E is steeds baie hartseer, behalwe vir die tekening van haarself in Gr. 9 (St. 7). Sy stel haarself nie meer voor as 5-jarige en 10-jarige dogtertjie nie, wat daarop kan dui dat die trauma wat aan daardie jare verbonde was, verwerk is. Sy beleef 'n moeilike tyd in die gesin, haar stiefvader verwerp haar, mishandel haar emosioneel en fisies, terwyl haar moeder glad nie vir haar 'n voorspraak is nie. Sy is depressief en moedeloos en beleef geen ondersteuning nie.

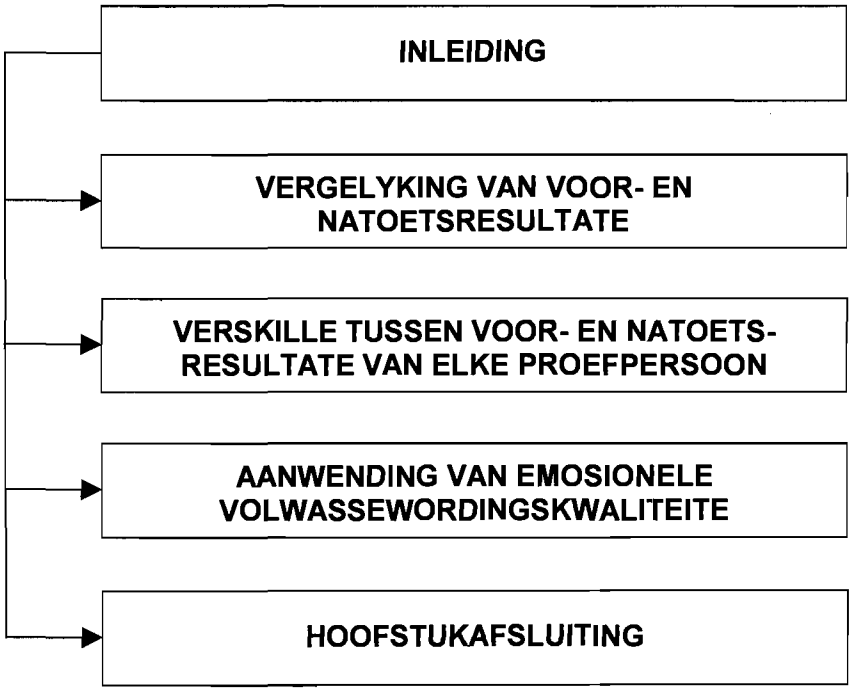
HOOFSTUK 6

IMPAK VAN MEDIESE HIPNO-ANALISE OP GEVALLESTUDIES

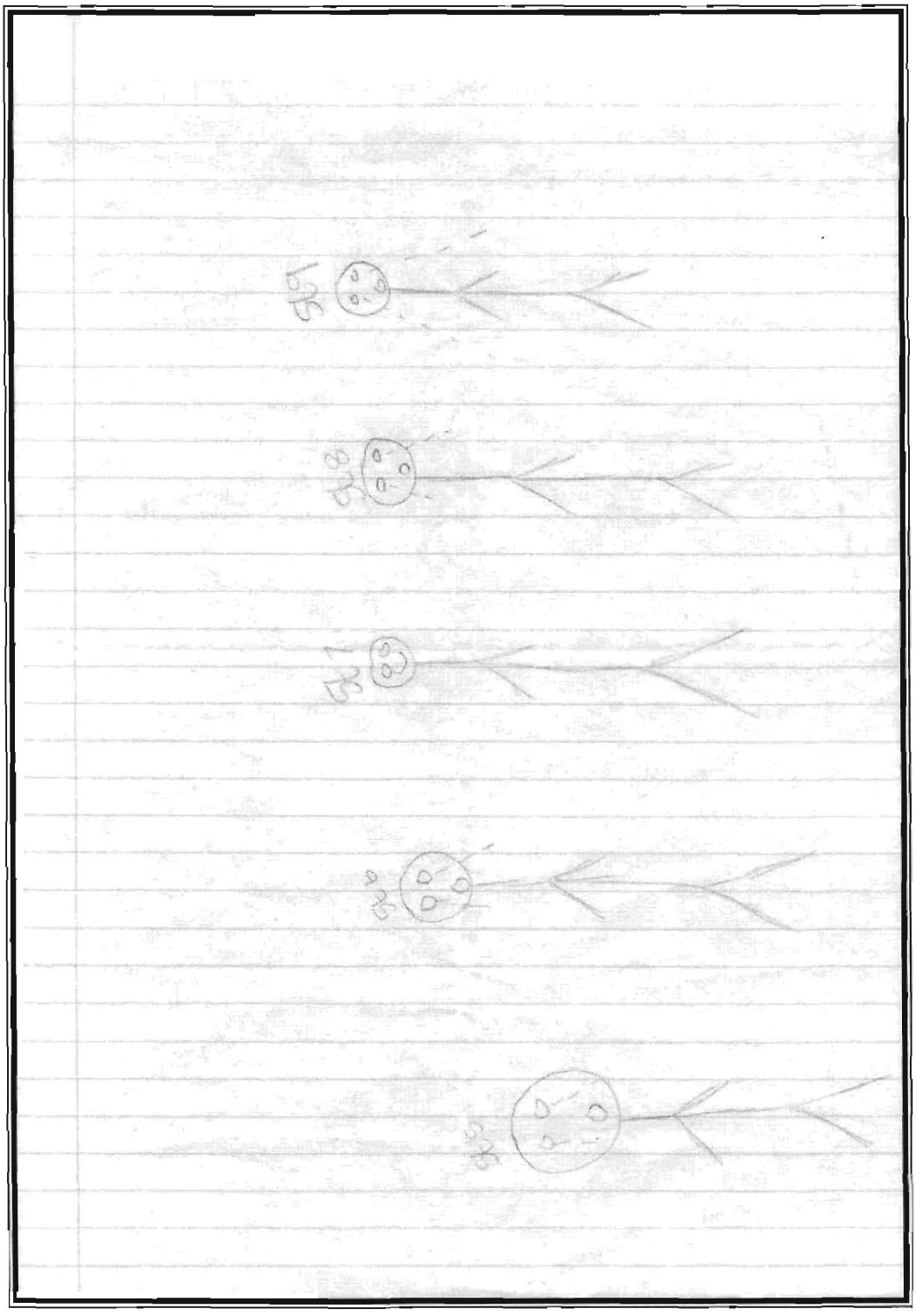
6. HOOFSTUKORIëNTERING

Die doel van hierdie hoofstuk is om met behulp van die kwantitatiewe toetsresultate, afkomstig uit die MACI, HSPV, Algemene welstand-vraelys en die Weerlose adolessent-vraelys, die kwalitatiewe uitkomste van die terapeutiese intervensie te bevestig. Aan die hand van **SKEMA 6** word 'n kort oorsig oor Hoofstuk 6 gegee:

SKEMA 6: OORSIG OOR HOOFSTUK 6



FIGUUR 5.5.4: KIND E SE EMOSIONELE VOLWASSEWORDINGS-DIAGRAM NA AFLOOP VAN DIE TERAPIE



Hoewel die figure steeds infantiel is, is hulle proporsioneel meer korrek geteken en die spasie op die papier is beter benut, wat daarop kan dui dat sy haarself beter kan oriënteer in haar leefwêreld. Die figure se kopgedeeltes is groter, en die kontakorgane in die gesiggedeeltes meer volledig wat op 'n groter bereidheid dui om uit te reik na die buitewêreld toe. Die oë is egter leeg en hartseer en die oop, ovaal monde is aanduidend van haar behoefte aan haar moeder se liefde en ondersteuning.

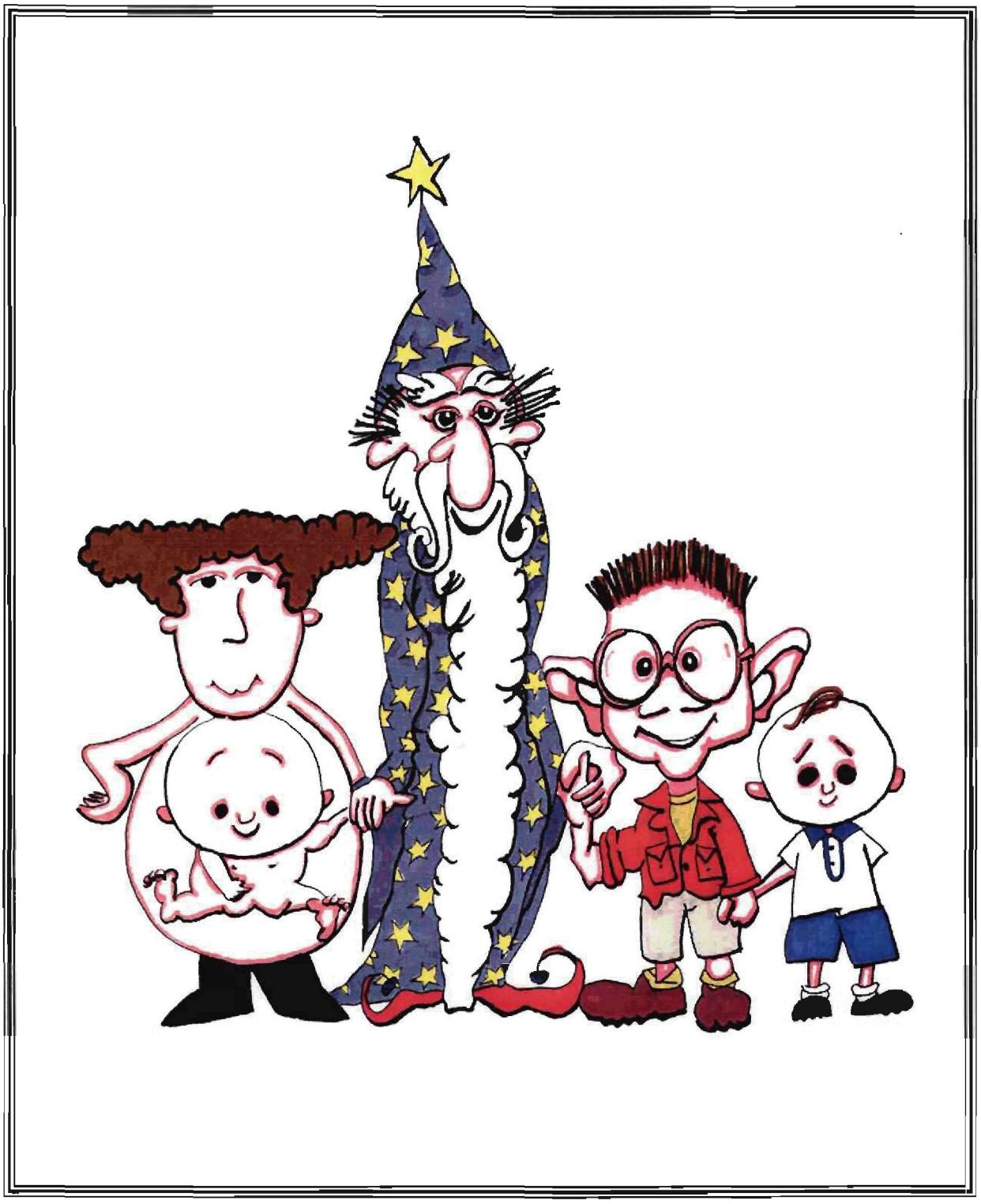
5.2.5.11 Samevatting

Die hantering van Kind E se skeidingsangs en vrees het gelei tot die positiewe verwerking van die trauma gedurende haar Gr. 9 jaar. Kind E se prognose is egter swak. Sy is 'n selfmoordrisiko. Sy is steeds in groot emosionele pyn. Sy het al verskeie doodsbelewinge ervaar wat aanleiding gegee het tot depressie. Haar huislike omstandighede (by haar biologiese moeder en vader) skep 'n onstabiele, wisselvallige, liefdelose atmosfeer waarin sy nie na behore kan funksioneer nie. In albei ouerhuise word sy emosioneel afgebreek en mishandel in so 'n mate dat daar geen veilige hawe vir haar geskep word vir identiteitsvorming en selfaanvaarding nie. Sy het baie potensiaal wat nie in haar huislike situasie gerealiseer kan word nie. Die grafiese media (na afloop van die terapie) dui op opstandigheidsgevoelens en ontevredenheid. By 'n gebrek aan ouerlike vertroue, leiding en ondersteuning kan sy haar selfbeheersing verloor en ontvlugting soek in destruktiewe vriendskappe, alkohol en dwelmgebruik.

5.3 HOOFSTUKSAMEVATTING

Die hoofstuk word saamgevat deur die gekarikaturiseerde voorstelling van *"Homecoming"* deur die kunstenaar Billy Swart. *"Homecoming"* kan gesien word as die integrasie van die kind-egostate as uitkoms van die hantering van die Ponce de Leon-sindroom **(FIGUUR 5.6)**.

FIGUUR 5.6: *"HOMECOMING"* AS UITKOMS VAN DIE HANTERING VAN DIE PONCE DE LEON-SINDROOM



5.4 HOOFSTUKAFSLUITING

In hierdie hoofstuk is die terapeutiese verloop bespreek deur onder meer te verwys na die proefpersone se psigodinamiese lewensverloop, die gebruik van projeksies uit Bryan se woordassosiasietoets om die Ponce de Leon-sindroom as onbewuste diagnose te bevestig en die ouderdomsregressies te inisieer.

Die projeksies uit die grafiese ekspressiemedia is geïntegreer om 'n geheelindruk te gee van die proefpersone se onbewuste gevoelens en persepsies. Ouderdomsregressies is onderneem om die proefpersone se onbewuste negatiewe belewinge en betekenisgewing te hanteer en te wysig indien nodig en hulle sodoende te begelei tot groei in emosionele volwassewording.

Om dié rede is gefokus op die onbewuste diagnose van die Ponce de Leonsindroom) soos dit by gevallestudies A - E voorgekom het:

> ***"The Ponce de Leon syndrome or the immature personality is not an isolated problem, but rather is the result of a variety of problems occurring at different times in a person's existance from day one of conception to the end of the second decade of life when the age of maturity is customarily assumed to be established."*** **(Ritzman, 1987: 102.)**

In die volgende hoofstuk word die impak van Mediese hipno-analise op die gevallestudies bespreek deur te verwys na die kwalitatiewe interpretasie van die kwantitatiewe resultate.

6.1 INLEIDING

Die doelstelling van die navorsing is om met behulp van eksperimentele en beskrywende navorsing nuwe data in te samel en bestaande data te ontleed ten einde die navorsingdoelstellings te bereik. Die resultate van die psigometriese toetse asook die vraelyste wat ingeskakel is, word gebruik om vas te stel of die terapie 'n effek het op die emosionele volwassewording van die 5 proefpersone wat betrek is in terapie en wat die aard van die effek is.

Die bespreking word gedoen aan die hand van die resultate wat op elk van die meetinstrumente (MACI, HSPV, Algemene welstand-vraelys en Weerlose adolessent-vraelys) behaal is. Daar word na die adolessente-proefpersone as Kind A, B, C, D en E verwys om die statistiese en grafiese voorstellings te vergemaklik.

6.2 VERGELYKING VAN VOOR- EN NATOETSRESULTATE

Die statistiese verskille tydens die voortoetsresultate en die natoetsresultate van elke proefpersoon word bespreek ten aansien van die MACI, HSPV, Algemene welstand-vraelys en Weerlose adolessent-vraelys. Ten slotte is daar aandag geskenk aan die relevante bevindinge.

Die verskille tussen die voor- en natoetsresultate van elke proefpersoon ten opsigte van die volgende psigometriese toetse en vraelyste word gebruik:

6.2.1 MACI

Vanweë die fokus van die navorsing op adolessente se emosionele weerloosheid, word slegs die geïdentifiseerde 13 persoonlikheidskale van die MACI (vgl. Bylaag 4) gebruik en word beskrywende statistiek daarvoor gerapporteer.

Millon (1993: 52) stel twee ankerpunte voor vir interpretasiedoeleindes, naamlik 75 en 85.

- 'n Ankerpunt van 75 (basistellings ≥ 75) dui op die besliste teenwoordigheid van 'n persoonlikheidstrek, probleemarea of kliniese sindroom.

- 'n Ankerpunt van 85 (basistellings ≥ 85) dui op die mees prominente persoonlikheidstrek, probleemarea of kliniese sindroom van die adolessent.

Dit spreek vanself dat 'n **afname** in die tellings wat behaal word ten opsigte van treurigheid, selfafbrekende gedrag, identiteitsdiffusie, selfgeringskatting, groepsonsekerheid, eetversteurings, middelmisbruikgeneigdheid, 'n impulsiewe geneigdheid, 'n depressiewe gemoedstoestand en 'n selfmoordgeneigdheid positief gesien kan word aangesien al bogenoemde persoonlikheidstyle, probleemareas en kliniese sindrome negatief inwerk op die emosionele volwassewording van die proefpersone.

'n **Toename** in tellings wat behaal word ten opsigte van 'n dramatiserende of weerbarstige persoonlikheidstyl of seksuele ongemak as 'n probleemarea, kan as positief gesien word in die lig van hierdie ondersoek met inbegrip dat die tellings nie die ankerpunt (basistellings ≥ 75) oorskry nie.

Ten opsigte van hierdie ondersoek is 'n toename in **dramatiserende gedrag** positief, aangesien dit daarop dui dat die proefpersone meer geneig is om oor hulle gevoelens te praat en dus minder emosioneel weerloos is aangesien hulle in 'n posisie is om beter gebruik te kan maak van hulle interpersoonlike hulpbronne en dit meer effektief kan benut. Deurdat die proefpersone oor hulle gevoelens kan praat, kan hulle in kontak kom met hulle ware gevoelens en dit wat hulle pla verwoord sodat hulle beter verstaan kan word. Die kwaliteit van kommunikasie in hulle verhoudinge word sodoende verhoog.

'n Toename in **weerbarstige gedrag** is ook positief in die lig van hierdie ondersoek. Die Ponce de Leon-sindroom veroorsaak emosionele remming en vertraag dus emosionele ontwikkeling. Gevolglik het die proefpersone dus nie gereageer ooreenkomstig hulle ouderdomspeil en lewensfase nie. 'n Toename in weerbarstigheid dui daarop dat die proefpersone se gedrag meer in lyn is met ander adolessente van hulle ouderdom waar die behoefte aan onafhanklikheid en individualiteit dikwels gepaardgaan met 'n opstandige houding teen sosiaal-aanvaarbare gedragstandaarde.

'n Toename in **seksuele ongemak** dui daarop dat die proefpersone seksuele gedagtes en emosies as meer verwarrend beleef na afloop van die terapie (vgl. Bylaag 4). Gesien in die lig van hierdie studie is dit 'n positiewe uitkoms. Die Ponce de Leon-sindroom word gekenmerk deur 'n emosionele en/of fisiese remming in die adolessent se ontwikkeling. Gevolglik toon die proefpersone nie toepaslike seksuele gedrag ooreenkomstig hulle ouderdom nie. Seksuele ongemak kan gesien word as die in-beweging-gaan van die proefpersone se emosionele ontwikkeling tot volwassewording.

In die lig van hierdie ondersoek word 'n **toename** in dramatiserende en weerbarstige gedrag, asook 'n toename in seksuele ongemak positief gesien as die in-beweging-gaan van die emosioneel-weerlose adolessente se emosionele volwassewordingsmoontlikhede.

6.2.2 HSPV

Risikofaktore vir emosionele weerloosheid (vgl. 3.3.3) kan met 5 van die 14 HSPV-persoonlikheidsfaktore in verband gebring word (vgl. 4.5.4.2 (d)). Vanweë die fokus van die navorsing op adolessente se emosionele weerloosheid, word slegs die geïdentifiseerde 5 persoonlikheidsfaktore van die HSPV (vgl. Bylaag 8) gebruik en word beskrywende statistiek daarvoor gerapporteer.

'n Toename in faktor A, C, E en Q_3 en 'n afname in faktor O kan as positief gesien word in die lig van hierdie ondersoek. 'n Toename in **faktor A** dui daarop dat blootstelling aan Mediese hipno-analise 'n groter mate van hartlikheid en warmte by die proefpersone teweeg gebring het. Dit dui ook daarop dat die proefpersone meer geneig is om hul gevoelens te wys en meer verdraagsaam is teenoor mense.

'n Toename in **faktor C** dui op 'n groter mate van emosionele volwassenheid en stabiliteit. Dit impliseer dat die blootstelling aan Mediese hipno-analise 'n groter mate van egosterkte, emosionele beheersdheid en frustrasietoleransie tot gevolg het.

'n Toename in **faktor E** dui daarop dat die blootstelling aan Mediese hipno-analise 'n groter mate van onafhanklikheid, selfversekerdheid, selfstandigheid en selfgeldendheid tot gevolg het.

'n Afname in **faktor O** dui daarop dat die proefpersone 'n kleiner geneigdheid tot selfverwyt en gevoelens van onveiligheid, angstigheid, minderwaardigheid, bekommernis en terneergedruktheid toon.

'n Toename **in faktor Q_3** dui daarop dat die proefpersone 'n groter mate van selfbeheersing, eiewaarde, wilskrag en selfdissipline aan die dag lê as uitkoms van die blootstelling aan Mediese hipno-analise (vgl. Bylaag 8).

6.2.3 DIE ALGEMENE WELSTAND-VRAELYS

Die Algemene welstand-vraelys is ingeskakel om 'n oorsig te kry van die 5 proefpersone se algemene welstand. Wissing en Van Eeden (2002: 42) meen dat adolessente nie net verskil ten opsigte van die graad van hul welstand nie, maar dat hulle ook in die welstandspatrone wat hulle manifesteer, kan verskil.

Algemene welstand as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording kan dus ook 'n aanduiding gee van die proefpersone se emosionele volwassewordings-voltrekking.

'n **Toename** in enige van die 5 dimensies dui op 'n toename in welstand ten opsigte van daardie spesifieke dimensie (vgl. 4.5.5.1 (c)).

6.2.4 DIE WEERLOSE ADOLESSENT-VRAELYS

Die Weerlose adolessent-vraelys (Bradshaw, 1992: 25-29) is verdeel in 3 afdelings, naamlik Afdeling A: Emosionele behoeftes, Afdeling B: Basiese behoeftes en Afdeling C: Sosiale behoeftes.

'n Ankerpunt van 10 (tellings $\geq$ 10) word op die grafieke aangedui (Bradshaw, 1992: 29).

'n **Afname** in die proefpersone se tellings impliseer 'n afname in weerloosheid by die proefpersone ten opsigte van die bevrediging van hulle emosionele behoeftes, basiese behoeftes of sosiale behoeftes.

6.3 VERSKILLE TUSSEN DIE VOOR- EN NATOETSRESULTATE VAN ELKE PROEFPERSOON

Die verskille tussen die voor- en die natoetsresultate van elke proefpersoon ten opsigte van bogenoemde psigometriese toetse en vraelyste word vervolgens grafies voorgestel en bespreek.

6.3.1 KIND A

Kind A se voor- en natoetstellings op die MACI, HSPV, Algemene welstand-vraelys en die Weerlose adolessent-vraelys word grafies met mekaar vergelyk en voorgestel deur **FIGURE 6.1.1, 6.1.2, 6.1.3, 6.2, 6.3.1, 6.3.1.1 en 6.4.** 'n Bespreking van Kind A se voor- en natoetsresultate volg ná elke grafiese voorstelling.

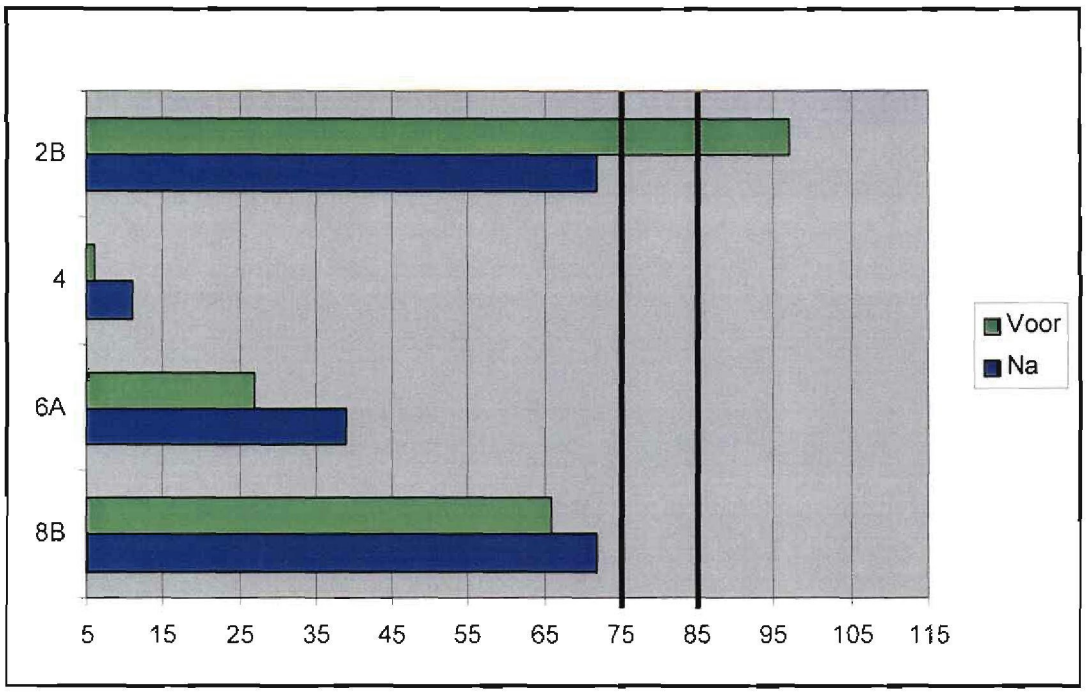
6.3.1.1 Grafiese voorstellings en bespreking van Kind A se navorsings-resultate verkry uit die MACI

Kind A se voor- en natoetstellings verkry uit die MACI word grafies met mekaar vergelyk en voorgestel deur **FIGURE 6.1.1, 6.1.2 en 6.1.3.** Die voor- en natoetstellings word bespreek deur te verwys na 'n ontleding van die navorsingsresultate, bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte, die toepassing van die navorsingsresultate sowel as die aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van die terapie.

- **Grafiese voorstelling van die MACI-persoonlikheidstyle (Skale 2B, 4, 6A, 8B)**

Kind A se navorsingsresultate vir die MACI-persoonlikheidstyle (skale 2B, 4, 6A en 8B) word voorgestel deur **FIGUUR 6.1.1.**

FIGUUR 6.1.1: KIND A ▸ MACI–PERSOONLIKHEIDSTYLE



2B = Treurigheid; 4 = Dramatiserend; 6A = Weerbarstigheid; 8B = Selfafbrekend

- **Ontleding van navorsingsresultate (MACI-skale 2B, 4, 6, 8B)**

Uit Figuur 6.1.1 blyk dit dat Kind A op skaal 2B (Treurigheid) tydens die voortoetsing 'n telling behaal het van 97 wat tydens die natoetsing afgeneem het na 'n telling van 72. Ten opsigte van skaal 4 (Dramatiserend) het die telling toegeneem van 5 tydens die voortoetsing na 'n telling van 11 tydens die natoetsing. Ten opsigte van skaal 6A (Weerbarstigheid) het die telling toegeneem van 27 tydens die voortoetsing na 'n telling van 39 tydens die natoetsing. Ten opsigte van skaal 8B (Selfafbrekend) het die telling toegeneem van 66 tydens die voortoetsing na 'n telling van 72 tydens die natoetsing.

- **Bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte (MACI-skale 2B, 4, 6A, 8B)**

Tydens die voortoetsing blyk dit dat treurigheid (skaal 2B) die mees prominente persoonlikheidstyl van Kind A is (basistelling ≥ 85). Die natoetsing dui aan dat

treurigheid nie meer as probleemarea presenteer by Kind A nie. Ten opsigte van die MACI-persoonlikheidstyle lê al Kind A se tellings tydens die natoetsing onder die ankerpunt van 75 (basistellings ≥ 75) wat dui op die afwesigheid van sodanige persoonlikheidstyle.

- **Toepassing van navorsingsresultate (MACI-skale 2B, 4, 6A, 8B)**

Kind A is minder treurig na afloop van die terapie. Treurigheid by Kind A kan gesien word as 'n simptoom van 'n depressiewe gemoedstoestand en korreleer derhalwe met 'n afname in haar telling op skaal FF (Depressiewe gemoedstoestand) (vgl. Figuur 6.1.3). Blootstelling aan Mediese hipno-analise het Kind A minder emosioneel weerloos gelaat ten opsigte van 'n depressiewe gemoedstoestand as risikofaktor vir emosionele weerloosheid (vgl. 3.3.3).

Kind A is 'n baie sensitiewe kind. 'n Toename in selfafbrekende gedrag kan moontlik die gevolg wees van haar vader en stiefmoeder se huwelikskonflik wat hoofsaaklik handel oor haar en die vyf ander kinders se opvoeding. Haar stiefmoeder het haar vader verlaat net nadat die terapie afgehandel is (vgl. Figuur 5.2.1).

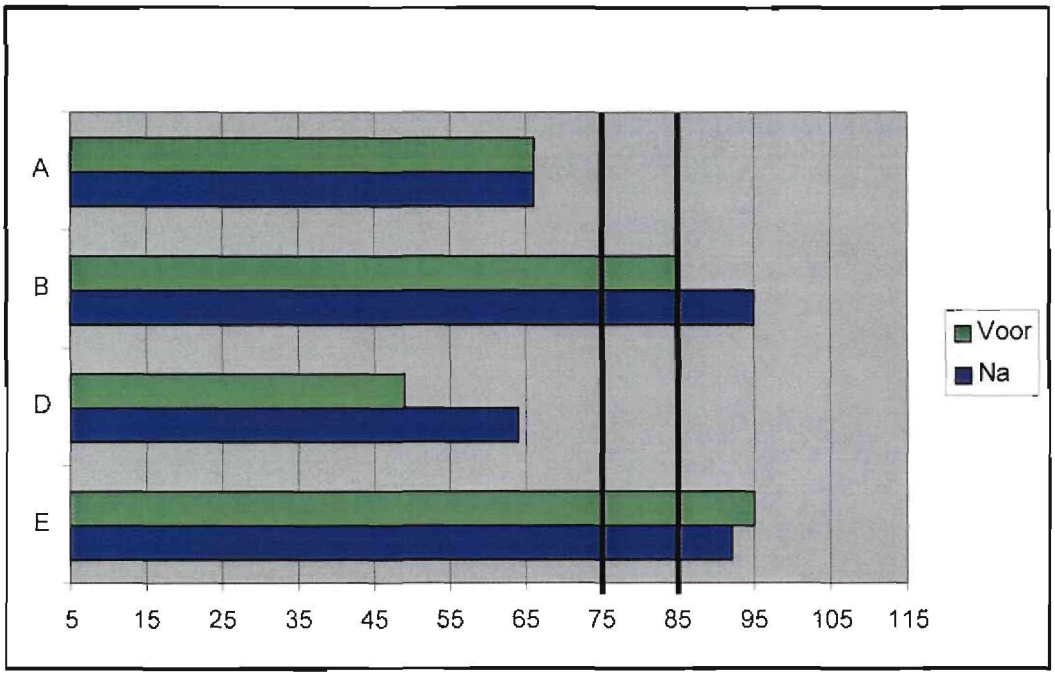
- **Aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van terapie (MACI-skale 2B, 4, 6A, 8B)**

'n Toename in dramatiserende en weerbarstige gedrag kan as 'n positiewe uitkoms gesien word van die blootstelling aan Mediese hipno-analise aangesien dit dui op die in-beweging-gaan van Kind A se emosionele volwasse-wordingsmoontlikhede (vgl. 6.2.1).

- **Grafiese voorstelling van die MACI–probleemareas (skale A,B, D, E)**

Kind A se navorsingsresultate vir die MACI-probleemareas (skale A, B, D en E) word voorgestel deur **FIGUUR 6.1.2.**

FIGUUR 6.1.2: KIND A ▸ MACI–PROBLEEMAREAS



A = Identiteitsdiffusie; B = Selfgeringskatting; D = Seksuele ongemak; E = Groepsonsekerheid

- **Ontleding van navorsingsresultate (MACI-skale A, B, D, E)**

Uit Figuur 6.1.2 blyk dit dat Kind A se voor- en natoetstellings op skaal A (Identiteitsdiffusie) dieselfde gebly het op 66. Ten opsigte van skaal B (Selfgeringskatting) het die telling toegeneem van 85 tydens die voortoetsing na 'n telling van 95 tydens die natoetsing.

Ten opsigte van skaal D (Seksuele ongemak) het die telling toegeneem van 49 tydens die voortoetsing na 'n telling van 64 tydens die natoetsing. Ten opsigte van skaal E (Groepsonsekerheid) het die telling afgeneem van 95 tydens die voortoetsing na 'n telling van 92 tydens die natoetsing.

- **Bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte (MACI-skale A, B, D, E)**

Selfgeringskatting (skaal B) en Groepsonsekerheid (skaal E) presenteer steeds as die mees prominente probleemareas by Kind A na afloop van die terapie (basistellings ≥ 85).

- **Toepassing van navorsingsresultate (MACI-skale A, B, D, E)**

Uit die natoetsing blyk dit dat Kind A meer emosioneel weerloos is ten opsigte van die waarde wat sy aan haarself, haar bevoegdhede en haar bekwaamhede heg. Kind A word steeds in gesinsverband deur haar stiefmoeder emosioneel mishandel (vgl. Figuur 5.2.1). Kind A is minder onseker oor haar posisie in die portuurgroep na afloop van die terapie. Blootstelling aan Mediese hipno-analise het Kind A minder emosioneel weerloos gelaat ten opsigte van portuurgroep-onsekerheid as risikofaktor vir emosionele weerloosheid (vgl. 3.3.3). Hoewel Kind A minder emosioneel weerloos is ten opsigte van haar posisie in die portuurgroep, presenteer groepsonsekerheid nog steeds as 'n probleemarea by haar.

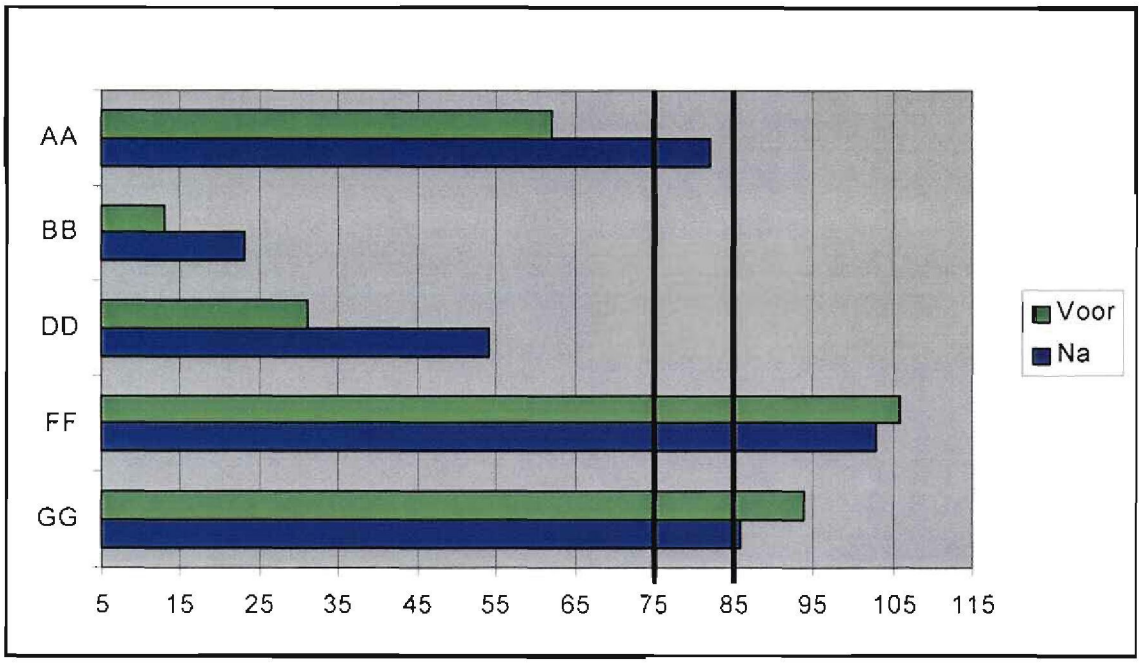
- **Aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van terapie (MACI-skale A, B, D, E)**

'n Toename in seksuele ongemak by Kind A kan as positief gesien word in die lig van hierdie ondersoek, aangesien dit dui op die in-beweging-gaan van haar volwassewordingsmoontlikhede (vgl. 6.2.1). Kind A se emosionele volwassewording word gerem deur selfgeringskatting. Die vestiging van eiewaarde as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording is dus nog nie toereikend ontwikkel by Kind A nie (vgl. 3.5). Hoewel 'n afname in groepsonsekerheid as versterkend gesien kan word ten opsigte van die bevrediging van affiliasiebehoeftes as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5), word Kind A se emosionele volwassewording steeds gerem deur die aanwesigheid van groepsonsekerheid.

- **Grafiese voorstelling van die MACI–kliniese sindrome (Skale AA, BB, DD, FF, GG)**

Kind A se navorsingsresultate vir die MACI-kliniese sindrome (skale AA, BB, DD, FF en GG) word voorgestel deur **FIGUUR 6.1.3.**

FIGUUR 6.1.3: KIND A ▸ MACI–KLINIESE SINDROME



AA = Eetversteurings; BB = Middelmisbruikgeneigdheid; DD = Impulsiewe geneigdheid; FF = Depressiewe gemoedstoestand; GG = Selfmoordgeneigdheid

- **Ontleding van navorsingsresultate (MACI-skale AA, BB, DD, FF, GG)**

Uit Figuur 6.1.3 blyk dit dat Kind A op skaal AA (Eetversteurings) tydens die voortoetsing 'n telling behaal het van 62 wat tydens die natoetsing toegeneem het na 'n telling van 82. Ten opsigte van skaal BB (Middelmisbruikgeneigdheid) het die telling toegeneem van 13 tydens die voortoetsing na 'n telling van 23 tydens die natoetsing. Ten opsigte van skaal DD (Impulsiewe geneigdheid) het die telling toegeneem van 31 tydens die voortoetsing na 'n telling van 54 tydens die natoetsing. Ten opsigte van skaal FF (Depressiewe gemoedstoestand) het

die telling afgeneem van 106 tydens die voortoetsing na 'n telling van 103 tydens die natoetsing. Ten opsigte van skaal GG (Selfmoordgeneigdheid) het die telling afgeneem van 94 tydens die voortoetsing na 'n telling van 86 tydens die natoetsing.

- **Bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte (MACI-skale AA, BB, DD, FF, GG)**

Eetversteurings (skaal AA) as kliniese sindroom presenteer tydens die natoetsing (basistelling ≥ 75). 'n Depressiewe gemoedstoestand (skaal FF) en selfmoordgeneigdheid (skaal GG) presenteer steeds by Kind A as die mees prominente kliniese sindrome tydens die natoetsing (basistellings ≥ 85).

- **Toepassing van navorsingsresultate (MACI-skale AA, BB, DD, FF, GG)**

Kind A blyk meer emosioneel weerloos te wees ten opsigte van versteurings in haar eetpatroon, middelmisbruikgeneigdheid en 'n geneigdheid tot impulsiwiteit. Haar uiters gespanne huislike atmosfeer kan moontlik daartoe aanleiding gee dat sy ontvlugting soek in kos en afhanklikheidsmiddels en neig tot impulsiwiteit om haar spanning te verlig. Sy is intens bewus van haar liggaam wat, volgens Gouws *et al.* (2000: 9), 'n tipiese kenmerk is van adolessente-ontwikkeling.

'n Depressiewe gemoedstoestand (met 'n geneigdheid tot selfmoord as simptoom) is 'n risikofaktor vir emosionele weerloosheid (vgl. 3.3.3). Blootstelling aan Mediese hipno-analise het Kind A minder emosioneel weerloos gelaat ten opsigte van 'n depressiewe gemoedstoestand (met 'n selfmoordgeneigdheid) as risikofaktor vir emosionele weerloosheid.

- **Aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van terapie (MACI-skale AA, BB, DD, FF, GG)**

Hoewel sy minder emosioneel weerloos is ten opsigte van 'n depressiewe gemoedstoestand word haar emosionele volwassewording steeds daardeur gerem. Gesonde persoonsfunksionering as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording is dus nog nie toereikend voltrek nie (vgl. 3.5).

Kind A se emosionele volwassewording word ook gerem deur die aanwesigheid van 'n selfmoordgeneigdheid. 'n Besef van die sinvolheid van bestaan as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording is dus nog nie toereikend ontwikkel nie (vgl. 3.5).

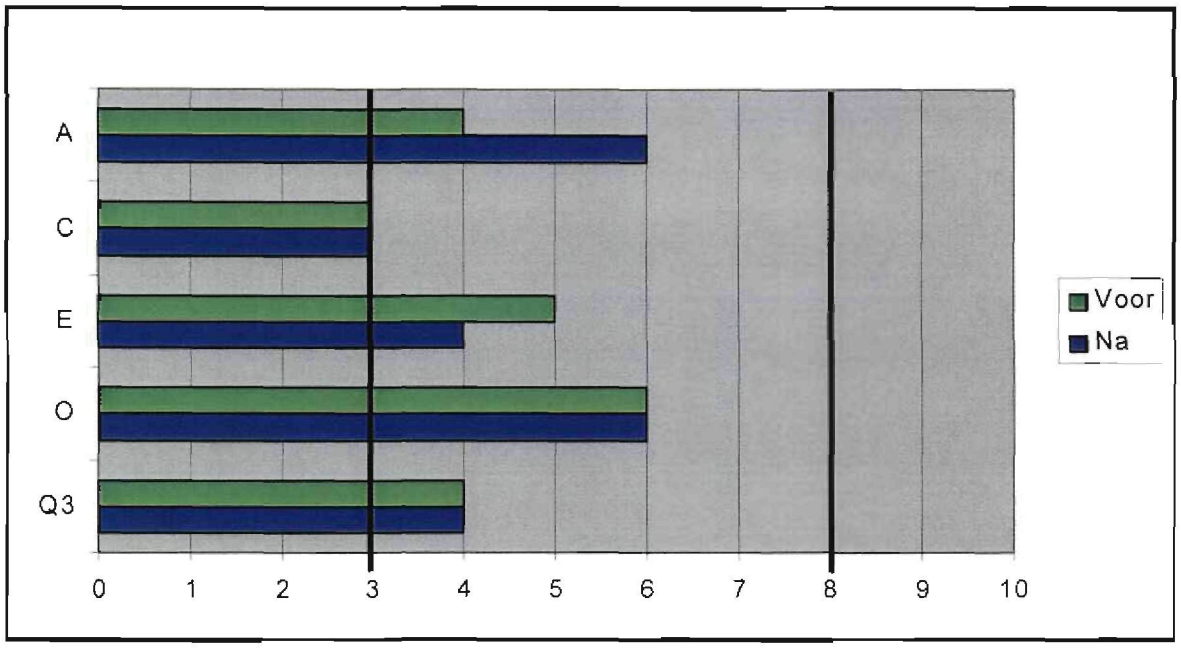
6.3.1.2 Grafiese voorstelling en bespreking van Kind A se navorsingsresultate verkry uit die HSPV

Kind A se voor- en natoetstellings verkry uit die HSPV word grafies met mekaar vergelyk en voorgestel deur **FIGUUR 6.2.** Die voor- en natoetstellings word bespreek deur te verwys na 'n ontleding en toepassing van die navorsingsresultate sowel as die aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van die terapie.

- **Grafiese voorstelling van die HSPV-faktore (A, C, E, O, Q_3)**

Kind A se navorsingsresultate vir die HSPV-faktore (A, C, E, O en Q_3) word voorgestel deur **FIGUUR 6.2.**

FIGUUR 6.2: KIND A ▸ HSPV–FAKTORE



A = Terughoudendheid-Hartlikheid; C = Emosionele onvolwassenheid-Emosionele volwassenheid; E = Onderdanigheid-Dominansie; O = Selfversekerdheid-Skuldgeneigdheid; Q_3 = Onbeheersdheid-Selfbeheersing

- **Ontleding van navorsingsresultate (HSPV-faktore A, C, E, O, Q_3)**

Uit Figuur 6.2 blyk dit dat Kind A se telling ten opsigte van faktor A (Terughoudendheid-Hartlikheid) toegeneem het tydens die natoetsing. Sy het ten opsigte van faktor C (Emosionele onvolwassenheid-Emosionele volwassenheid) dieselfde lae telling behaal tydens die voor- en natoetsing.

Haar telling ten opsigte van faktor E (Onderdanigheid-Dominansie) het afgeneem tydens die natoetsing. Ten opsigte van faktor O (Selfversekerdheid-Skuldgeneigdheid) en faktor Q_3 (Onbeheersdheid-Selfbeheersing) het sy dieselfde gemiddelde telling behaal tydens die natoetsing.

- **Toepassing van navorsingsresultate (HSPV-faktore A, C, E, O, Q_3)**

Blootstelling aan Mediese hipno-analise het 'n groter mate van hartlikheid en warmte by Kind A teweeg gebring. Sy is ook meer geneig om haar gevoelens te wys, by ander aan te pas en meer verdraagsaam te wees. Sy is minder emosioneel weerloos deurdat sy haar gevoelens kan wys, meer kontak kan maak met ander mense en meer bemoedigende sosiale bande kan smee (vgl. Bylaag 8). Bevredigende sosiale interaksie is 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5).

'n Afname in faktor E dui daarop dat sy meer neig om onderdanig te wees en die leiding van ander te aanvaar. 'n Afname in faktor E korreleer met 'n toename van haar tellings ten opsigte van selfafbrekende gedrag en selfgeringskatting, aangesien daar 'n mate van egoswakheid onderliggend is aan onderdanigheid, selfafbrekende gedrag en selfgeringskatting. Kind A se tellings ten opsigte van faktor O (Selfversekerdheid-Skuldgeneigdheid) het konstant gebly. Die 3 kerngebeurtenisse onderliggend aan die Ponce de Leon-sindroom het nie gemanifesteer as 'n skuldsindroom nie en Kind A se skuldgevoelens is dus nie terapeuties gehanteer nie (vgl. 5.2.1.7).

- **Aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van terapie (HSPV-faktore A, C, E, O, Q_3)**

'n Toename in faktor A (Terughoudendheid-Hartlikheid) dui op 'n toename in bevredigende sosiale interaksie as kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5). Kind A se tellings ten opsigte van faktor C (Emosionele onvolwassenheid-Emosionele volwassenheid) het dieselfde gebly. Die lae tellings wat Kind A behaal ten opsigte van faktor C dui op emosionele onvolwassenheid. Dit blyk dus dat Kind A nie enige groei in emosionele volwassewording toon ten opsigte van faktor C van die HSPV nie.

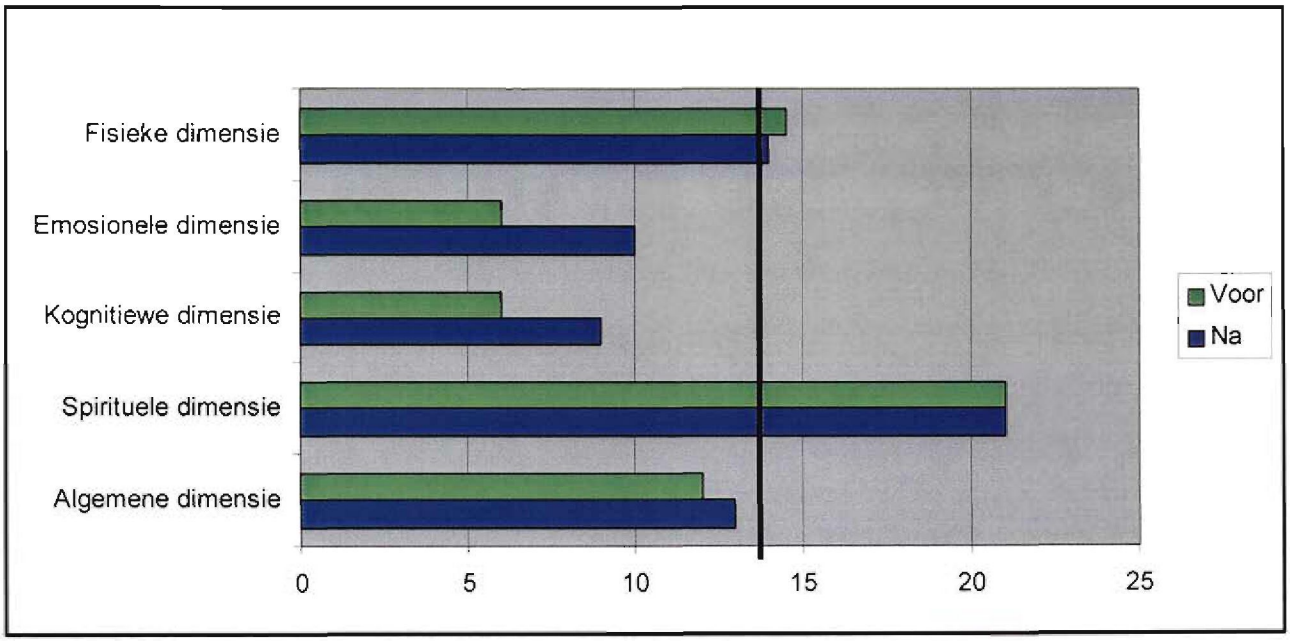
6.3.1.3 Grafiese voorstelling en bespreking van Kind A se navorsingsresultate verkry uit die Algemene welstand-vraelys

Kind A se voor- en natoetstellings verkry uit die Algemene welstand-vraelys word grafies met mekaar vergelyk en voorgestel deur **FIGUUR 6.3.1.** Die voor- en natoetstellings word bespreek deur te verwys na 'n ontleding van die navorsingsresultate, bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte, die toepassing van die navorsingsresultate sowel as die aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van die terapie.

- **Grafiese voorstelling van die navorsingsresultate verkry uit die Algemene welstand-vraelys**

Kind A se navorsingsresultate verkry uit die Algemene welstand-vraelys (fisieke, emosionele, kognitiewe, spirituele en algemene dimensie) word voorgestel deur **FIGUUR 6.3.1.**

FIGUUR 6.3.1: KIND A ▸ ALGEMENE WELSTAND-VRAELYS



- **Ontleding van navorsingsresultate (Algemene welstand-vraelys)**

Figuur 6.3.1 toon aan dat Kind A se telling afgeneem het van 14.5 tydens die voortoetsing na 14 tydens die natoetsing op die fisieke dimensie van die Algemene welstand-vraelys. Ten opsigte van die emosionele dimensie het die telling toegeneem van 6 tydens die voortoetsing na 'n telling van 10 tydens die natoetsing.

Ten opsigte van die kognitiewe dimensie het die telling toegeneem van 6 tydens die voortoetsing na 'n telling van 9 tydens die natoetsing. Ten opsigte van die spirituele dimensie het die voor- en natoetstellings dieselfde gebly op 21. Ten opsigte van die algemene dimensie het die telling toegeneem van 12 tydens die voortoetsing na 'n telling van 13 tydens die natoetsing.

- **Bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte (Algemene welstand-vraelys)**

Kind A blyk fisiek gesond te wees. Spiritualiteit kenmerk haar belewing van welstand. Hoewel haar tellings toegeneem het ten opsigte van emosionele en kognitiewe welstand, is dit nog steeds nie bevredigend nie (tellings ≤ 13).

- **Toepassing van navorsingsresultate (Algemene welstand-vraelys)**

Kind A neig om minder fisieke welstand na afloop van die terapie te beleef. Kind A het twee keer griep opgedoen in die drie maande waarin sy blootgestel is aan terapie. Kind A beleef 'n groter mate van emosionele, kognitiewe en algemene welstand na blootstelling aan Mediese hipno-analise en is dus minder emosioneel weerloos.

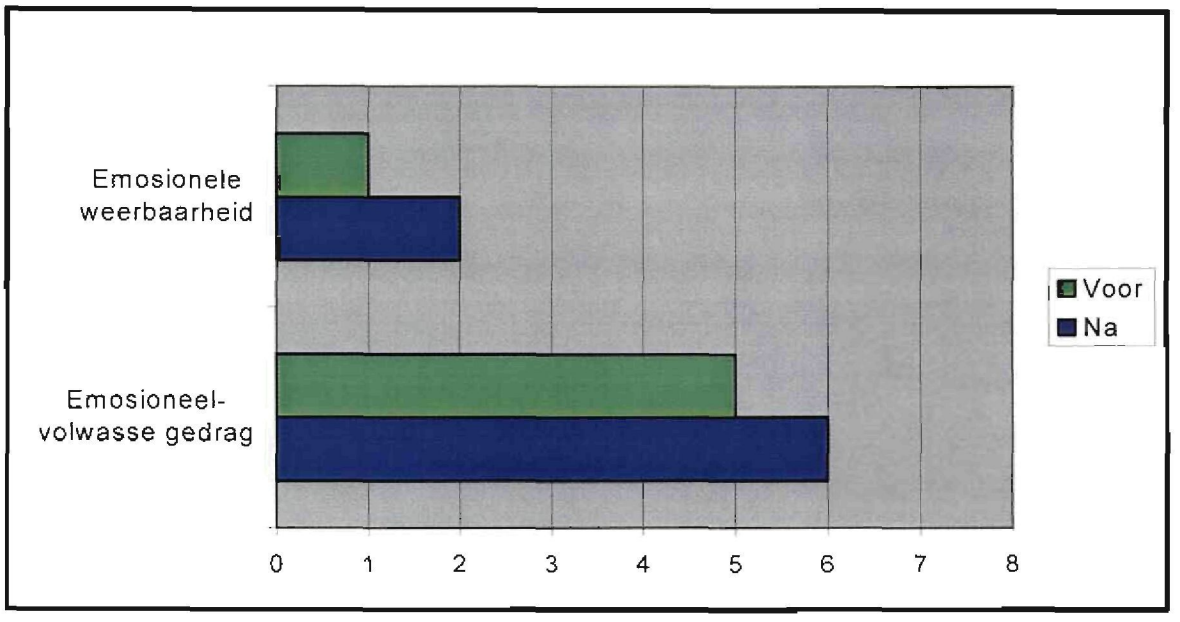
- **Aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van terapie (Algemene welstand-vraelys)**

'n Toename in kognitiewe welstand kan as versterkend gesien word ten opsigte van algemene welstand as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5). 'n Toename in emosionele en algemene welstand kan as versterkend gesien word ten opsigte van emosionele volwassewording in die geheel (vgl. 3.5).

- **Grafiese voorstellings van die navorsingresultate verkry uit die Algemene welstand-vraelys: emosionele sub-dimensies**

Kind A se navorsingsresultate verkry uit die Algemene welstand-vraelys se emosionele sub-dimensies (emosionele weerbaarheid en emosioneel-volwasse gedrag) word voorgestel deur **FIGUUR 6.3.1.1** en bespreek deur te verwys na die ontleding en toepassing van die navorsingsresultate sowel as die aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van die terapie.

FIGUUR 6.3.1.1: KIND A › ALGEMENE WELSTAND-VRAELYS EMOSIONELE SUB-DIMENSIES



- **Ontleding van navorsingsresultate (Algemene welstand-vraelys: emosionele sub-dimensies)**

Figuur 6.3.1.1 toon aan dat Kind A se telling toegeneem het van 1 tydens die voortoetsing na 'n telling van 2 tydens die natoetsing op die sub-dimensie emosionele weerbaarheid. Ten opsigte van die sub-dimensie emosioneel-volwasse gedrag het die telling toegeneem van 5 tydens die voortoetsing na 'n telling van 6 tydens die natoetsing.

- **Toepassing van navorsingsresultate (Algemene welstand-vraelys: emosionele sub-dimensies)**

Kind A is na die blootstelling aan Mediese hipno-analise meer emosioneel weerbaar en neig om meer emosioneel-volwasse op te tree. Sy is dus minder emosioneel weerloos en onvolwasse.

- **Aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van terapie (Algemene welstand-vraelys: emosionele sub-dimensies)**

'n Toename in emosionele weerbaarheid kan as versterkend gesien word ten opsigte van emosionele volwassewording in die geheel (vgl. 3.5). 'n Toename in emosioneel-volwasse gedrag kan as versterkend gesien word ten opsigte van emosionele volwassewording in die geheel (vgl. 3.5).

6.3.1.4 Grafiese voorstelling en bespreking van Kind A se navorsings-resultate verkry uit die Weerlose adolessent-vraelys

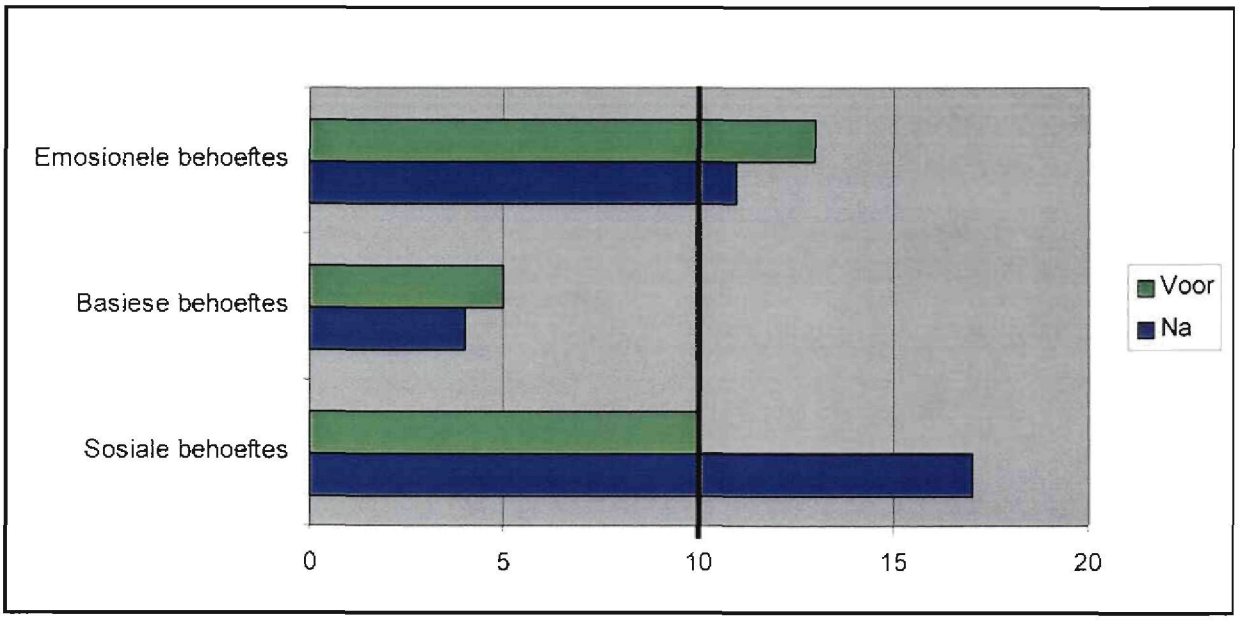
Kind A se voor- en natoetstellings verkry uit die Weerlose adolessent-vraelys word grafies met mekaar vergelyk en voorgestel deur **FIGUUR 6.4.** Die voor- en natoetstellings word bespreek deur te verwys na 'n ontleding van die navorsingsresultate, bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte, die

toepassing van die navorsingsresultate sowel as die aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van die terapie.

- **Grafiese voorstelling van die navorsingsresultate verkry uit die Weerlose adolessent-vraelys**

Kind A se navorsingsresultate verkry uit die Weerlose adolessent-vraelys (emosionele, basiese en sosiale behoeftes) word voorgestel deur **FIGUUR 6.4.**

FIGUUR 6.4: KIND A › WEERLOSE ADOLESSENT-VRAELYS



- **Ontleding van navorsingsresultate (Weerlose adolessent-vraelys)**

Uit Figuur 6.4 blyk dit dat Kind A se telling ten opsigte van Afdeling A: Emosionele behoeftes op die Weerlose adolessent-vraelys, afgeneem het van 13 tydens die voortoetsing na 'n telling van 11 tydens die natoetsing. Ten opsigte van Afdeling B: Basiese behoeftes, het die telling afgeneem van 5 tydens die voortoetsing na 'n telling van 4 tydens die natoetsing. Ten opsigte van Afdeling C: Sosiale behoeftes, het die telling toegeneem van 10 tydens die voortoetsing na 'n telling van 17 tydens die natoetsing.

- **Bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte (Weerlose adolessent-vraelys)**

Kind A blyk emosioneel weerloos te wees ten opsigte van die bevrediging van haar emosionele behoeftes en haar sosiale behoeftes (tellings ≥ 10) tydens die voor- en natoetsing.

- **Toepassing van navorsingsresultate (Weerlose adolessent-vraelys)**

Tydens die natoetsing beleef Kind A 'n groter bevrediging ten opsigte van haar emosionele behoeftes en basiese behoeftes. Sy is dus minder emosioneel weerloos ten opsigte van die bevrediging van haar emosionele en basiese behoeftes. Sy blyk meer emosioneel weerloos te wees ten opsigte van die bevrediging van haar sosiale behoeftes. Haar onbevredigde sosiale behoeftes is moontlik die gevolg van voortdurende gesinskonflik en emosionele mishandeling (vgl. Figuur 5.2.1).

- **Aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van terapie (Weerlose adolessent-vraelys)**

Kind A se emosionele volwassewording word gerem deur onbevredigde emosionele behoeftes (telling ≥ 10). Emosionele behoeftebevrediging as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5) is dus nog nie toereikend voltrek by Kind A nie. Kind A se emosionele volwassewording word ook gerem deur onbevredigde sosiale behoeftes (telling ≥ 10). Sosiale behoeftebevrediging as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5) is dus nog nie toereikend voltrek by Kind A nie.

6.3.1.5 Samevatting van Kind A se navorsingsresultate

Na die bestudering van Kind A se voor- en natoetsresultate het die navorser tot die volgende samevatting gekom betreffende die impak van Mediese hipno-analise op Kind A se emosionele volwassewordingsvoltrekking.

(a) Die impak van Mediese hipno-analise op Kind A

Die impak van Mediese hipno-analise op Kind A word geïnterpreteer uit die navorsingsresultate wat verkry is uit die MACI, HSPV, Algemene welstand-vraelys en die Weerlose adolessent-vraelys.

(i) MACI

Blootstelling aan Mediese hipno-analise het daartoe bygedra dat Kind A minder emosioneel weerloos gelaat is ten opsigte van die volgende risikofaktore vir emosionele weerloosheid:

- treurigheid;
- groepsonsekerheid;
- 'n depressiewe gemoedstoestand; en
- 'n selfmoordgeneigdheid.

Hoewel Kind A minder emosioneel weerloos gelaat is ten opsigte van groepsonsekerheid, 'n depressiewe gemoedstoestand en 'n selfmoord-geneigdheid, word haar emosionele volwassewording steeds gerem deur die aanwesigheid van sodanige problematiek (basistellings $\geq$ 85). Kind A is dus aangewese op verdere terapeutiese intervensie, nie net ten aansien van laasgenoemde problematiek nie, maar ook ten aansien van die aanwesigheid van selfgeringskatting (basistelling $\geq$ 85) en eetversteurings (basistelling $\geq$ 75).

(ii) HSPV

Blootstelling aan Mediese hipno-analise het bygedra tot 'n toename in hartlikheid by Kind A.

'n Lae telling (3) ten opsigte van faktor C (Emosionele onvolwassenheid-Emosionele volwassenheid) impliseer dat Kind A nie oor toereikende egosterkte en emosionele stabiliteit beskik nie en derhalwe baat kan vind by die voortsetting van terapeutiese intervensie.

(iii) Algemene welstand-vraelys

Blootstelling aan Mediese hipno-analise het daartoe bygedra dat Kind A 'n groter mate van:

- emosionele welstand;
- emosionele weerbaarheid;
- emosioneel-volwasse gedrag;
- kognitiewe welstand; en
- algemene welstand beleef.

Desnieteenstaande beleef Kind A nie toereikende emosionele, kognitiewe en algemene welstand nie (tellings $\leq$ 13). Sy is dus aangewese op voortgesette terapeutiese intervensie om haar emosionele, kognitiewe en algemene welstand te bevorder.

(iv) Weerlose adolessent-vraelys

Blootstelling aan Mediese hipno-analise het daartoe bygedra dat Kind A minder emosioneel weerloos is ten opsigte van die bevrediging van haar:

- emosionele behoeftes; en

- basiese behoeftes.

Kind A kan baat vind by verdere terapeutiese intervensie ten opsigte van die bevrediging van haar emosionele en haar sosiale behoeftes (tellings ≥ 10).

(b) Emosionele volwassewordingsvoltrekking van Kind A

Kind A se emosionele volwassewordingsmoontlikhede is in beweging gebring deur 'n toename in:

- dramatiserende gedrag;
- weerbarstige gedrag; en
- seksuele ongemak.

Kind A se emosionele volwassewordingsvoltrekking word versterk deur 'n toename in:

- hartlikheid;
- emosionele welstand;
- emosionele weerbaarheid;
- emosioneel-volwasse gedrag;
- algemene welstand (insluitend kognitiewe welstand); en

'n afname in:

- groepsonsekerheid;
- 'n depressiewe gemoedstoestand;
- 'n selfmoordgeneigdheid; en
- onbevredigde emosionele behoeftes.

6.3.1.6 Gevolgtrekking uit Kind A se navorsingsresultate

Na die bestudering van Kind A se voor- en natoetsresultate, het die navorser tot die volgende gevolgtrekking gekom betreffende die impak van Mediese hipno-analise op Kind A se emosionele volwassewordingsvoltrekking:

- Kind A se emosionele volwassewordingsmoontlikhede is in beweging gebring deur 'n toename in dramatiserende gedrag, weerbarstigheid en seksuele ongemak.

- Blootstelling aan Mediese hipno-analise as 'n korttermyn-gerigte terapeutiese tegniek, het Kind A in staat gestel tot groei in emosionele volwassewording deur 'n toename in die verkryging van die volgende volwassewordingskwaliteite:

  - bevrediging van affiliasiebehoeftes;
  - gesonde persoonsfunksionering;
  - 'n besef van die sinvolheid van bestaan;
  - bevredigende sosiale interaksie;
  - emosionele stabiliteit;
  - emosionele welstand;
  - emosionele weerbaarheid;
  - emosioneel-volwasse gedrag; en
  - algemene welstand.

- Hoewel groei plaasgevind het in bogenoemde volwassewordingskwaliteite is sekere volwassewordingskwaliteite (selfaanvaarding, identiteits-verwerwing, vestiging van eiewaarde, deurdagte optrede, emosionele stabiliteit, selfbeheersing en sosiale behoeftebevrediging) nog nie optimaal voltrek nie en is Kind A aangewese op voortgesette terapeutiese intervensie.

Die gebruik van Mediese hipno-analise het dus die terapeut, as opvoedkundige sielkundige, bemagtig om Kind A, as emosioneel-weerlose adolessent, te begelei tot groei in emosionele volwassewording.

6.3.2 KIND B

Kind B se voor- en natoetstellings op die MACI, HSPV, Algemene welstand-vraelys en die Weerlose adolessent-vraelys word grafies met mekaar vergelyk en voorgestel deur **FIGURE 6.5.1, 6.5.2, 6.5.3, 6.6, 6.7.1, 6.7.1.1 en 6.8.** 'n Bespreking van Kind B se voor- en natoetsresultate volg ná elke grafiese voorstelling.

6.3.2.1 Grafiese voorstellings en bespreking van Kind B se navorsings-resultate verkry uit die MACI

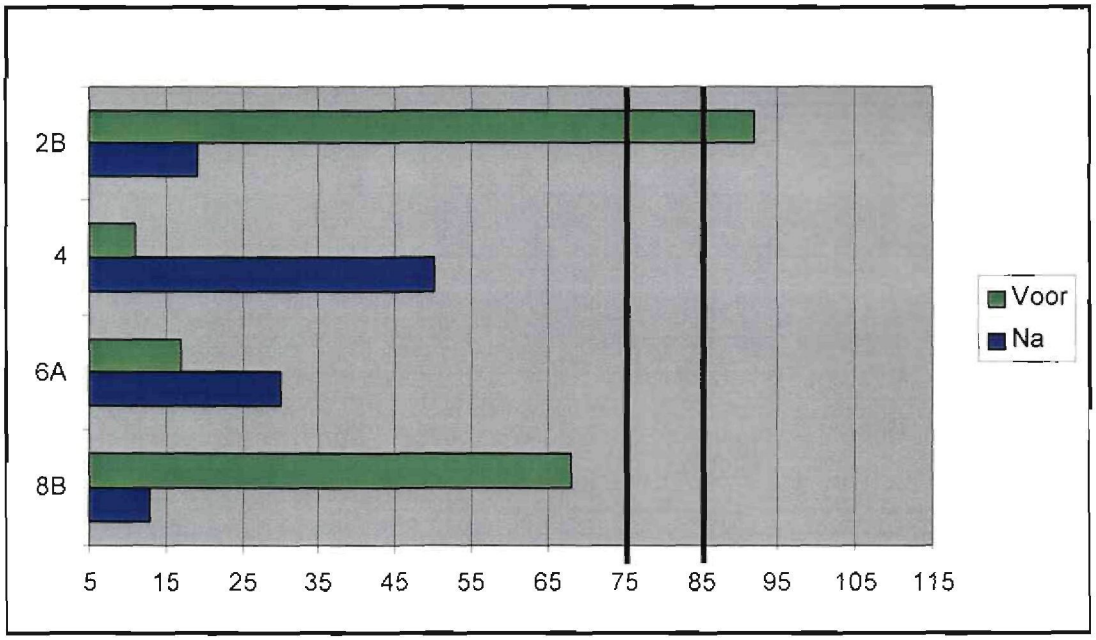
Kind B se voor- en natoetstellings verkry uit die MACI word grafies met mekaar vergelyk en voorgestel deur **FIGURE 6.5.1, 6.5.2 en 6.5.3.** Die voor- en natoetstellings word bespreek deur te verwys na 'n ontleding van die navorsingsresultate, bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte, die

toepassing van die navorsingsresultate sowel as die aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van die terapie.

- **Grafiese voorstelling van die MACI-persoonlikheidstyle (Skale 2B, 4, 6A, 8B)**

Kind B se navorsingsresultate vir die MACI-persoonlikheidstyle (skale 2B, 4, 6A en 8B) word voorgestel deur **FIGUUR 6.5.1.**

FIGUUR 6.5.1: KIND B ▸ MACI–PERSOONLIKHEIDSTYLE



2B = Treurigheid; 4 = Dramatiserend; 6A = Weerbarstigheid; 8B = Selfafbrekend

- **Ontleding van navorsingsresultate (MACI-skale 2B, 4, 6A, 8B)**

Uit Figuur 6.5.1 blyk dit dat Kind B op skaal 2B (Treurigheid) tydens die voortoetsing 'n telling behaal het van 92 wat tydens die natoetsing afgeneem het na 'n telling van 19. Ten opsigte van skaal 4 (Dramatiserend) het die telling toegeneem van 11 tydens die voortoetsing na 'n telling van 50 tydens die natoetsing.

Ten opsigte van skaal 6A (Weerbarstigheid) het die telling toegeneem van 17 tydens die voortoetsing na 'n telling van 30 tydens die natoetsing. Ten opsigte van skaal 8B (Selfafbrekend) het die telling afgeneem van 68 tydens die voortoetsing na 'n telling van 13 tydens die natoetsing.

- **Bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte (MACI-skale 2B, 4, 6A, 8B)**

Tydens die voortoetsing blyk dit dat treurigheid die mees prominente persoonlikheidstyl van Kind B is (basistelling ≥ 85). Die natoetsing dui aan dat treurigheid nie meer as probleem presenteer by Kind B nie.

Ten opsigte van die MACI-persoonlikheidstyle lê al Kind B se tellings tydens die natoetsing onder die ankerpunt (tellings ≥ 75) wat dui op die afwesigheid van sodanige persoonlik-heidstyle.

- **Toepassing van navorsingsresultate (MACI-skale 2B, 4, 6A, 8B)**

Kind B is minder treurig na afloop van die terapie. Treurigheid by Kind B kan gesien word as 'n simptoom van 'n depressiewe gemoedstoestand en korreleer derhalwe met 'n afname in haar telling op skaal FF (Depressiewe gemoedstoestand) (vgl. Figuur 6.5.3). Blootstelling aan Mediese hipno-analise het Kind B minder emosioneel weerloos gelaat ten opsigte van 'n depressiewe gemoedstoestand as risikofaktor vir emosionele weerloosheid (vgl. 3.3.3).

Kind B toon minder selfafbrekende gedrag na afloop van die terapie. Selfafbrekende gedrag kan gesien word as 'n simptoom van egoswakheid. Blootstelling aan Mediese hipno-analise het Kind B minder emosioneel weerloos gelaat ten opsigte van egoswakheid as risikofaktor vir emosionele weerloosheid (vgl. 3.3.3).

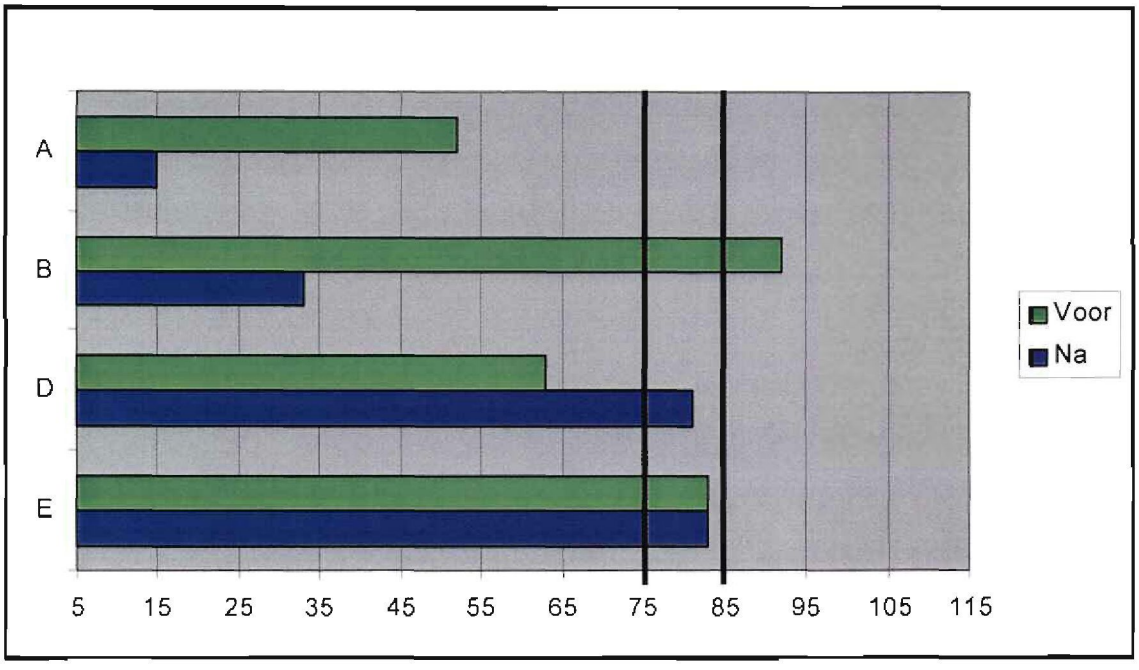
- **Aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van terapie (MACI-skale 2B, 4, 6A, 8B)**

'n Toename in dramatiserende en weerbarstige gedrag kan as 'n positiewe uitkoms gesien word van die terapie, aangesien dit dui op die in-beweging-gaan van Kind B se emosionele volwassewordingsmoontlikhede (vgl. 6.2.1). 'n Afname in selfafbrekende gedrag kan gesien word as versterkend ten opsigte van selfaanvaarding as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5).

- **'n Grafiese voorstelling van die MACI-probleemareas (skale A, B, D, E)**

Kind B se navorsingsresultate vir die MACI-probleemareas (skale A, B, D en E) word voorgestel deur **FIGUUR 6.5.2.**

FIGUUR 6.5.2: KIND B ▸ MACI–PROBLEEMAREAS



A = Identiteitsdiffusie; B = Selfgeringskatting; D = Seksuele ongemak; E = Groepsonsekerheid

- **Ontleding van navorsingsresultate (MACI-skale A, B, D, E)**

Uit Figuur 6.5.2 blyk dit dat Kind B se telling op skaal A (Identiteitsdiffusie) afgeneem het van 52 tydens die voortoetsing na 'n telling van 15 tydens die natoetsing. Ten opsigte van skaal B (Selfgeringskatting) het die telling afgeneem van 92 tydens die voortoetsing na 'n telling van 33 tydens die natoetsing. Ten opsigte van skaal D (Seksuele ongemak) het die telling toegeneem van 63 tydens die voortoetsing na 'n telling van 81 tydens die natoetsing. Ten opsigte van skaal E (Groepsonsekerheid) het die voor- en natoetstellings dieselfde gebly op 83.

- **Bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte (MACI-skale A, B, D, E)**

Tydens die voortoetsing presenteer Groepsonsekerheid (skaal E) as 'n probleemarea (basistelling ≥ 75). Selfgeringskatting (skaal B) presenteer as die mees prominente probleemarea tydens die voortoetsing (basistelling ≥ 85). Seksuele ongemak (skaal D) presenteer as 'n probleemarea tydens die natoetsing (basistelling ≥ 75).

- **Toepassing van navorsingsresultate (MACI-skale A, B, D, E)**

Kind B is minder geneig tot identiteitsdiffusie en dus minder emosioneel weerloos ten opsigte van identiteitsdiffusie as risikofaktor vir emosionele weerloosheid (vgl. 3.3.3). Kind B behaal 'n lae natoetstelling (basistelling ≤ 35) ten opsigte van identiteitsdiffusie. Volgens Millon (1993: 52) kan 'n lae telling (basistelling ≤ 35) as versterkend gesien word ten aansien van identiteitsverwerwing.

Kind B is ook minder geneig tot selfgeringskatting. Selfgeringskatting dui op 'n lae eiewaarde. Kind B is dus minder emosioneel weerloos ten opsigte van 'n lae eiewaarde as risikofaktor vir emosionele weerloosheid (vgl. 3.3.3).

- **Aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van terapie (MACI-skale A, B, D, E)**

'n Lae telling (basistelling ≤ 35) ten opsigte van identiteitsdiffusie veronderstel identiteitsverwerwing (Millon, 1993: 52) as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5). 'n Toename in seksuele ongemak by Kind B kan as positief gesien word in die lig van hierdie ondersoek, aangesien dit dui op die in-beweging-gaan van haar emosionele volwassewordingsmoontlikhede (vgl. 6.2.1). Haar telling het egter die ankerpunt (basistelling ≥ 75) oorskry wat haar emosionele volwassewording kan rem deurdat seksuele rolaanvaarding nie toereikend ontwikkel nie. 'n Afname in selfgeringskatting kan gesien word as versterkend ten opsigte van eiewaarde as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5). Kind B se emosionele volwassewording word gerem deur groepsonsekerheid. Bevrediging van affiliasiebehoeftes as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording is dus nog nie toereikend voltrek by Kind B nie (vgl. 3.5).

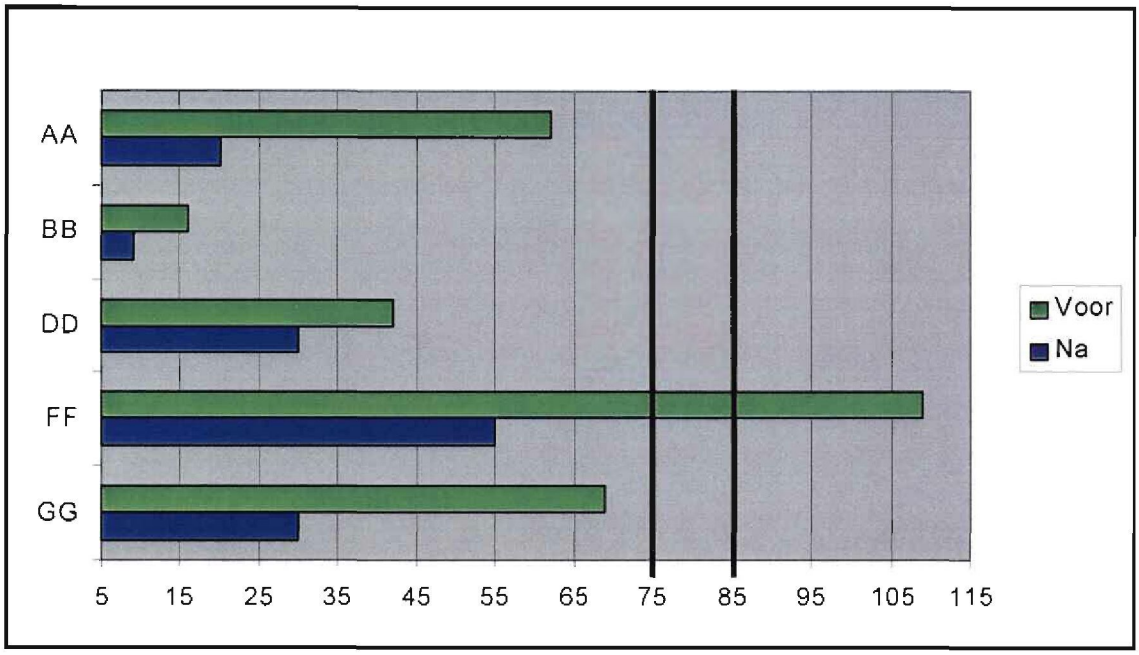
- **Grafiese voorstelling van die MACI-kliniese sindrome (Skale AA, BB, DD, FF, GG)**

Kind B se navorsingsresultate vir die MACI-kliniese sindrome (skale AA, BB, DD, FF en GG) word voorgestel deur **FIGUUR 6.5.3.**

- **Ontleding van navorsingsresultate (MACI-skale AA, BB, DD, FF, GG)**

Uit Figuur 6.5.3 blyk dit dat Kind B op skaal AA (Eetversteurings) tydens die voortoetsing 'n telling behaal het van 62 wat tydens die natoetsing afgeneem het na 'n telling van 20. Ten opsigte van skaal BB (Middelmisbruikgeneigdheid) het die telling afgeneem van 16 tydens die voortoetsing na 'n telling van 9 tydens die natoetsing.

FIGUUR 6.5.3: KIND B ▸ MACI–KLINIESE SINDROME



AA = Eetversteurings; BB = Middelmisbruikgeneigdheid; DD = Impulsiewe geneigdheid; FF = Depressiewe gemoedstoestand; GG = Selfmoordgeneigdheid

Ten opsigte van skaal DD (Impulsiewe geneigdheid) het die telling afgeneem van 42 tydens die voortoetsing na 'n telling van 30 tydens die natoetsing. Ten opsigte van skaal FF (Depressiewe gemoedstoestand) het die telling afgeneem van 109 tydens die voortoetsing na 'n telling van 55 tydens die natoetsing. Ten opsigte van skaal GG (Selfmoordgeneigdheid) het die telling afgeneem van 69 tydens die voortoetsing na 'n telling van 30 tydens die natoetsing.

- **Bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte (MACI-skale AA, BB, DD, FF, GG)**

'n Depressiewe gemoedstoestand (skaal FF) as kliniese sindroom presenteer tydens die voortoetsing as die mees prominente kliniese sindroom by Kind B (basistelling ≥ 85). Ten opsigte van die MACI-kliniese sindrome lê al Kind B se tellings tydens die natoetsing onder die ankerpunt (basistellings ≥ 75) wat dui op die afwesigheid van sodanige kliniese sindrome.

- **Toepassing van navorsingsresultate (MACI-skale AA, BB, DD, FF, GG)**

Kind B is minder geneig tot eetversteurings en dus minder emosioneel weerloos ten opsigte van eetversteurings as risikofaktor vir emosionele weerloosheid (vgl. 3.3.3). Blootstelling aan Mediese hipno-analise het Kind B ook minder emosioneel weerloos gelaat ten opsigte van middelmisbruikgeneigdheid, 'n impulsiewe geneigdheid, 'n depressiewe gemoedstoestand en 'n selfmoordgeneigdheid as risikofaktore vir emosionele weerloosheid (vgl. 3.3.3).

- **Aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van terapie (MACI-skale AA, BB, DD, FF, GG)**

'n Afname in die geneigdheid tot impulsiwiteit kan gesien word as versterkend ten opsigte van deurdagte optrede as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5). 'n Afname in Kind B se tellings ten opsigte van 'n depressiewe gemoedstoestand kan gesien word as versterkend ten aansien van gesonde persoonsfunksionering as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5).

'n Afname in Kind B se tellings ten opsigte van 'n selfmoordgeneigdheid kan gesien word as versterkend ten aansien van 'n besef van die sinvolheid van bestaan as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5).

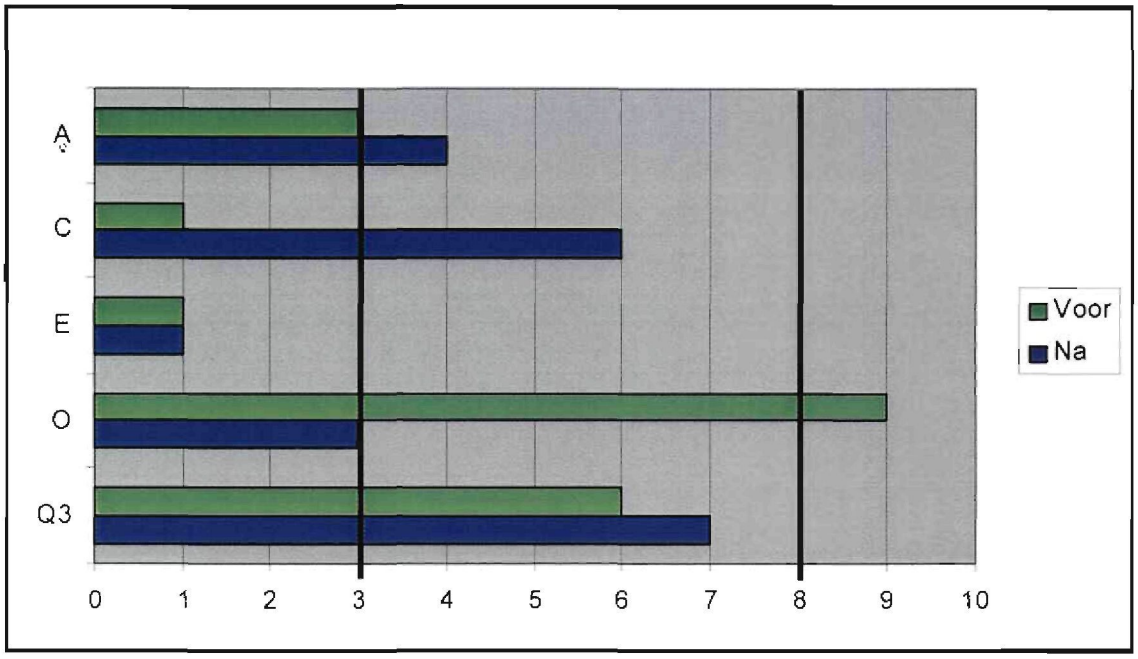
6.3.2.2 Grafiese voorstelling en bespreking van Kind B se navorsingsresultate verkry uit die HSPV

Kind B se voor- en natoetstellings verkry uit die HSPV word grafies met mekaar vergelyk en voorgestel deur **FIGUUR 6.6.** Die voor- en natoetstellings word bespreek deur te verwys na 'n ontleding en toepassing van die navorsingsresultate sowel as die aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van die terapie.

- **Grafiese voorstelling van die HSPV-faktore (A, C, E, O, Q_3)**

Kind B se navorsingsresultate vir die HSPV-faktore (A, C, E, O en Q_3) word voorgestel deur **FIGUUR 6.6.**

FIGUUR 6.6: KIND B ▸ HSPV–FAKTORE



A = Terughoudendheid-Hartlikheid; C = Emosionele onvolwassenheid-Emosionele volwassenheid; E = Onderdanigheid-Dominansie; O = Selfversekerdheid-Skuldgeneigdheid; Q_3 = Onbeheersdheid-Selfbeheersing

- **Ontleding van navorsingsresultate (HSPV-faktore A, C, E, O, Q_3)**

Uit Figuur 6.6 blyk dit dat Kind B se tellings ten opsigte van faktor A (Terughoudendheid-Hartlikheid), faktor C (Emosionele onvolwassenheid-Emosionele volwassenheid) en faktor Q_3 (Onbeheersdheid-Selfbeheersing) toegeneem het tydens die natoetsing. Sy het ten opsigte van faktor E (Onderdanigheid-Dominansie) dieselfde lae telling behaal tydens die voor- en natoetsing. Faktor O het afgeneem tydens die natoetsing.

- **Toepassing van navorsingsresultate (HSPV-faktore A, C, E, O, Q_3)**

Blootstelling aan Mediese hipno-analise het 'n groter mate van hartlikheid en warmte by Kind B teweeg gebring. Sy is ook meer geneig om haar gevoelens te wys en meer verdraagsaam te wees teenoor mense. Deurdat sy haar gevoelens kan wys en meer na buite lewend is, kan sy in 'n toenemende mate sosialiseer. Bevredigende sosiale interaksie is 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5). Kind B toon 'n groter geneigdheid tot emosionele volwassenheid en meer egosterkte na afloop van die terapie. Kind B is dus minder emosioneel weerloos ten opsigte van emosionele onvolwassenheid en egoswakheid as risikofaktore vir emosionele weerloosheid (vgl. 3.3.3). 'n Afname in die geneigdheid tot skuldgevoelens dui daarop dat Kind B minder geneig is tot selfverwyt, angstigheid en bekommernis en dus ook minder emosioneel weerloos is. 'n Lae telling van 3 ten opsigte van faktor O, dui daarop dat sy nou meer selfversekerd, bedaard en opgeruimd is en dus minder emosioneel weerloos is.

Die 3 kerngebeurtenisse onderliggend aan die Ponce de Leon-sindroom wat by Kind B geïdentifiseer is, het nie die skuldsindroom ingesluit nie en haar skuldgevoelens is dus nie terapeuties gehanteer nie. Skeidingsangs en vrees as simptome onderliggend aan die Ponce de Leon-sindroom is wel gehanteer en die afname in 'n skuldgeneigdheid kan dus as uitvloeisel daarvan gesien word (vgl. 5.2.2.7).

- **Aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van terapie (HSPV-faktore A, C, E, O, Q_3)**

'n Toename in faktor A (Terughoudendheid-Hartlikheid) dui op 'n toename in bevredigende sosiale interaksie as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5). 'n Toename in faktor C (Emosionele onvolwassenheid-Emosionele volwassenheid) dui op 'n toename in emosionele stabiliteit as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5).

Kind B is geneig tot groter selfbeheersing en selfdissipline na afloop van die terapie. 'n Toename in faktor Q_3 (Onbeheersdheid-Selfbeheersing) dui op 'n toename in selfbeheersing as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5).

6.3.2.3 Grafiese voorstelling en bespreking van Kind B se navorsingsresultate verkry uit die Algemene welstand-vraelys

Kind B se voor- en natoetstellings verkry uit die Algemene welstand-vraelys word grafies met mekaar vergelyk en voorgestel deur **FIGUUR 6.7.1.**

Die voor- en natoetstellings word bespreek deur te verwys na 'n ontleding van die navorsingsresultate, bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte, die toepassing van die navorsingsresultate sowel as die aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van die terapie.

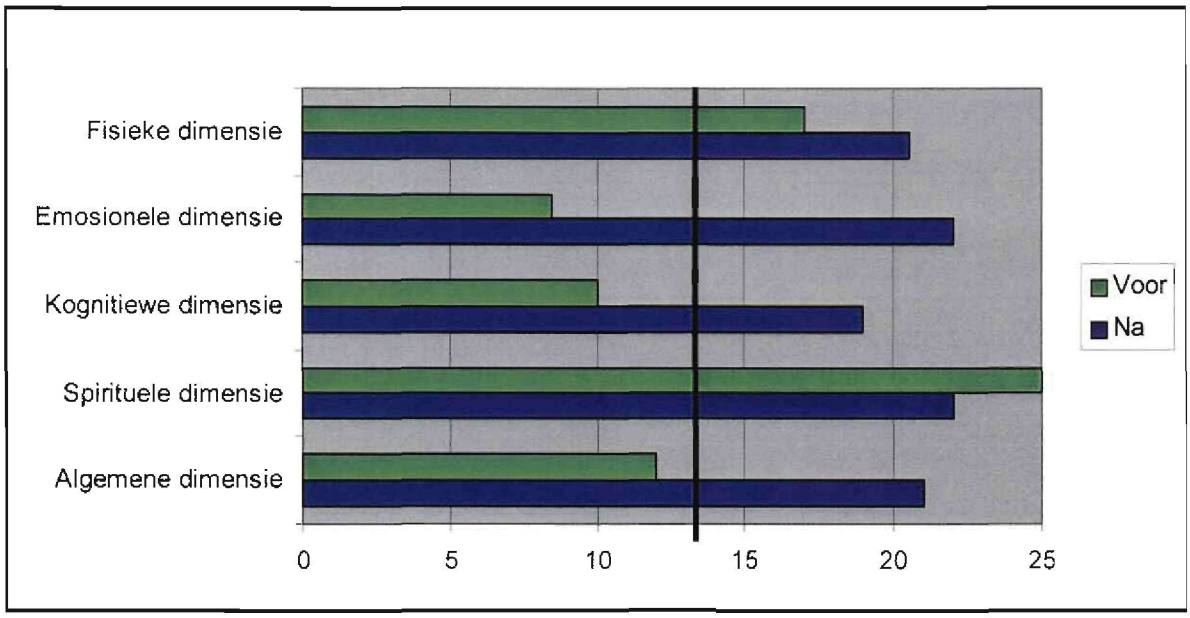
- **Grafiese voorstellings van die navorsingsresultate verkry uit die Algemene welstand-vraelys**

Kind B se navorsingsresultate verkry uit die Algemene welstand-vraelys (fisieke, emosionele, kognitiewe, spirituele en algemene dimensie) word voorgestel deur **FIGUUR 6.7.1.**

- **Ontleding van navorsingsresultate (Algemene welstand-vraelys)**

Uit Figuur 6.7.1 blyk dit dat Kind B se telling op die fisieke dimensie van die Algemene welstand-vraelys toegeneem het van 17 tydens die voortoetsing na 'n telling van 20.5 tydens die natoetsing. Ten opsigte van die emosionele dimensie het die telling toegeneem van 8.5 tydens die voortoetsing na 'n telling van 22 tydens die natoetsing. Ten opsigte van die kognitiewe dimensie het die telling toegeneem van 10 tydens die voortoetsing na 'n telling van 19 tydens die natoetsing.

FIGUUR 6.7.1: KIND B ▸ ALGEMENE WELSTAND-VRAELYS



Ten opsigte van die spirituele dimensie het die telling afgeneem van 25 tydens die voortoetsing na 'n telling van 22 tydens die natoetsing. Ten opsigte van die algemene dimensie het die telling toegeneem van 12 tydens die voortoetsing na 'n telling van 21 tydens die natoetsing.

- **Bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte (Algemene welstand-vraelys)**

Kind B het nie tydens die voortoetsing emosionele, kognitiewe of algemene welstand beleef nie (tellings ≤ 13). Kind B beleef fisieke, emosionele, kognitiewe en ook algemene welstand na afloop van die terapie.

- **Toepassing van navorsingsresultate (Algemene welstand-vraelys)**

Kind B beleef 'n groter mate van fisieke, emosionele, kognitiewe en algemene welstand na die blootstelling aan Mediese hipno-analise en is dus minder emosioneel weerloos. 'n Afname in spirituele welstand kan moontlik in verband

gebring word met 'n afname in skuldgevoelens. Sy het nie meer nodig om spiritueel te oorkompenseer as gevolg van skuldgevoelens nie.

- **Aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van terapie (Algemene welstand-vraelys)**

Emosionele en algemene welstand kan as versterkend gesien word ten opsigte van emosionele volwassewording in die geheel. Fisieke, kognitiewe en spirituele welstand kan as versterkend gesien word ten opsigte van algemene welstand as kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5).

- **Grafiese voorstelling van die navorsingresultate verkry uit die Algemene welstand-vraelys: emosionele sub-dimensies**

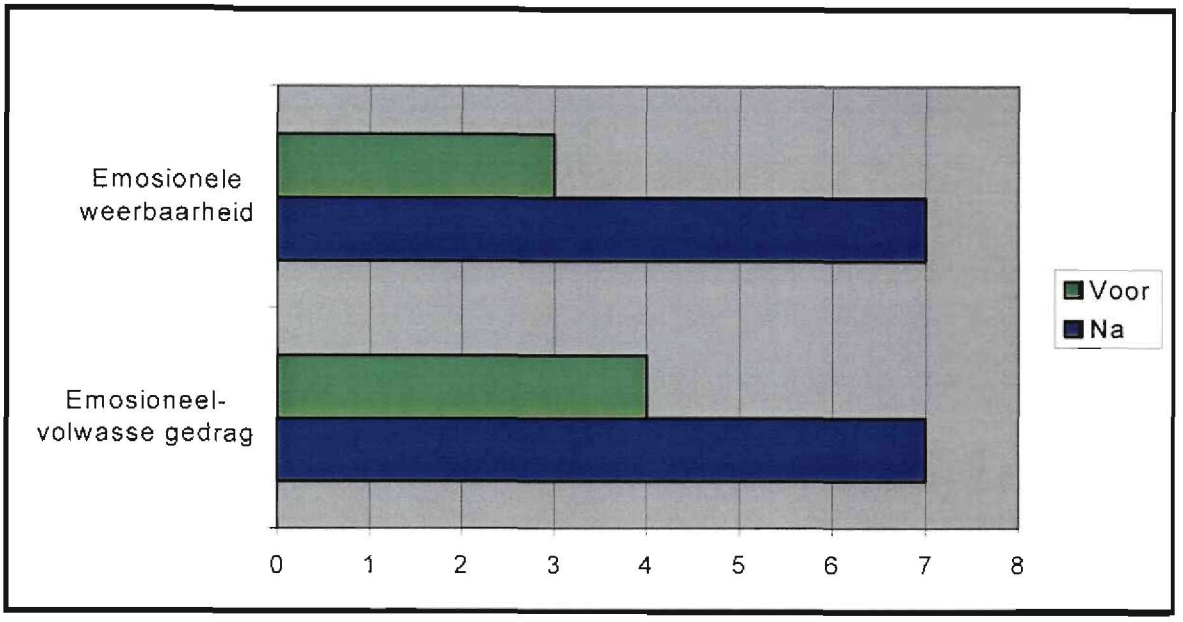
Kind B se navorsingsresultate verkry uit die Algemene welstand-vraelys se emosionele sub-dimensies (emosionele weerbaarheid en emosioneel-volwasse gedrag) word voorgestel deur **FIGUUR 6.7.1.1** en bespreek deur te verwys na die ontleding en toepassing van die navorsingsresultate sowel as die aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van die terapie.

- **Ontleding van navorsingsresultate (Algemene welstand-vraelys: emosionele sub-dimensies)**

Uit Figuur 6.7.1.1 blyk dit dat Kind B se telling op die sub-dimensie emosionele weerbaarheid toegeneem het van 3 tydens die voortoetsing na 'n telling van 7 tydens die natoetsing.

Ten opsigte van die sub-dimensie emosioneel-volwasse gedrag het die telling toegeneem van 4 tydens die voortoetsing na 'n telling van 7 tydens die natoetsing.

FIGUUR 6.7.1.1: KIND B › ALGEMENE WELSTAND-VRAELYS EMOSIONELE SUB-DIMENSIES



- **Toepassing van navorsingsresultate (Algemene welstand-vraelys: emosionele sub-dimensies)**

Kind B is na die blootstelling aan Mediese hipno-analise meer emosioneel weerbaar en neig om meer emosioneel-volwasse op te tree. Sy is dus minder emosioneel weerloos en onvolwasse.

- **Aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van terapie (Algemene welstand-vraelys: emosionele sub-dimensies)**

'n Toename in emosionele weerbaarheid en emosioneel-volwasse gedrag kan as versterkend gesien word ten opsigte van emosionele volwassewording in die geheel (vgl. 3.5).

6.3.2.4 Grafiese voorstelling en bespreking van Kind B se navorsingsresultate verkry uit die Weerlose adolessent-vraelys

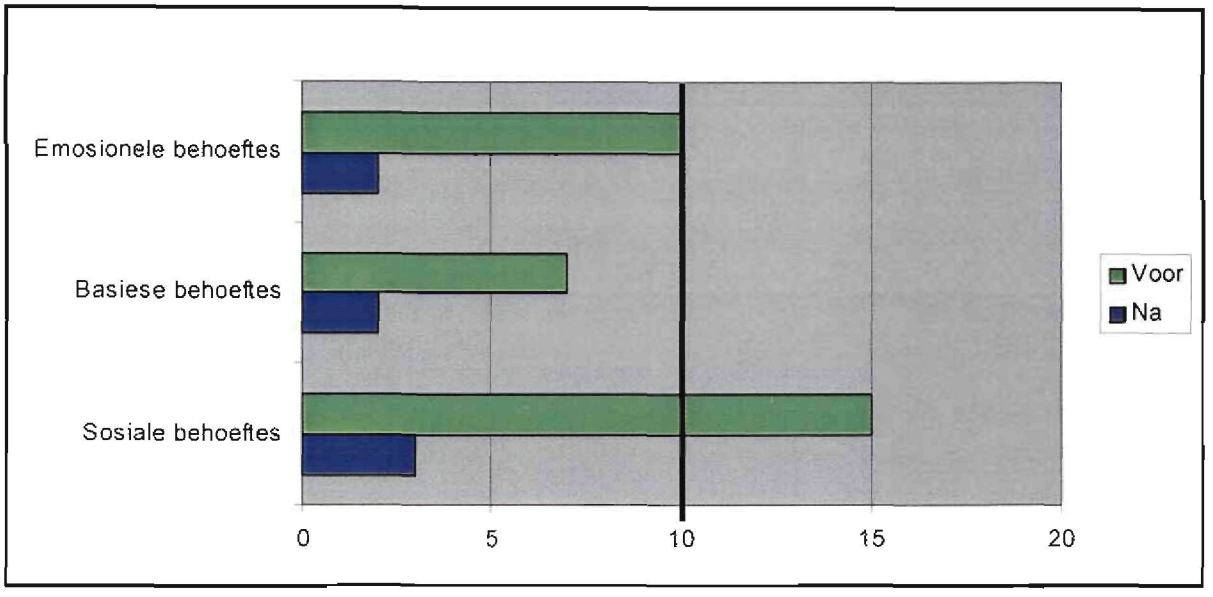
Kind B se voor- en natoetstellings verkry uit die Weerlose adolessent-vraelys word grafies met mekaar vergelyk en voorgestel deur **FIGUUR 6.8.**

Die voor- en natoetstellings word bespreek deur te verwys na 'n ontleding van die navorsingsresultate, bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte, die toepassing van die navorsingsresultate sowel as die aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van die terapie.

- **Grafiese voorstelling van die navorsingsresultate verkry uit die Weerlose adolessent-vraelys**

Kind B se navorsingsresultate verkry uit die Weerlose adolessent-vraelys (emosionele behoeftes, basiese behoeftes en sosiale behoeftes) word voorgestel deur **FIGUUR 6.8.**

FIGUUR 6.8: KIND B › WEERLOSE ADOLESSENT-VRAELYS



- **Ontleding van navorsingsresultate (Weerlose adolessent-vraelys)**

Uit Figuur 6.8 blyk dit dat Kind B se telling ten opsigte van Afdeling A: Emosionele behoeftes op die Weerlose adolessent-vraelys, afgeneem het van 10 tydens die voortoetsing na 'n telling van 2 tydens die natoetsing. Ten opsigte van Afdeling B: Basiese behoeftes, het die telling afgeneem van 7 tydens die voortoetsing na 'n telling van 2 tydens die natoetsing. Ten opsigte van Afdeling C: Sosiale behoeftes, het die telling afgeneem van 15 tydens die voortoetsing na 'n telling van 3 tydens die natoetsing.

- **Bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte (Weerlose adolessent-vraelys)**

Tydens die voortoetsing blyk dit dat Kind B emosioneel weerloos is ten opsigte van die bevrediging van haar emosionele en sosiale behoeftes (tellings $\geq$ 10). Die natoetsing dui daarop dat sy minder emosioneel weerloos is ten opsigte van haar emosionele behoeftes, basiese behoeftes en sosiale behoeftes (tellings $\leq$ 10).

- **Toepassing van navorsingsresultate (Weerlose adolessent-vraelys)**

Na die blootstelling aan Mediese hipno-analise beleef Kind B 'n groter mate van bevrediging ten opsigte van haar emosionele behoeftes, basiese behoeftes en sosiale behoeftes. Sy is dus minder emosioneel weerloos ten opsigte van behoeftebevrediging.

- **Aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van terapie (Weerlose adolessent-vraelys)**

'n Afname in onbevredigde emosionele behoeftes kan as versterkend gesien word ten opsigte van emosionele behoeftebevrediging as 'n kwaliteit van

emosionele volwassewording (vgl. 3.5). 'n Afname in onbevredigde sosiale behoeftes kan as versterkend gesien word ten opsigte van sosiale behoeftebevrediging as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5).

6.3.2.5 Samevatting van Kind B se navorsingsresultate

Na die bestudering van Kind B se navorsingsresultate het die navorser tot die volgende samevatting gekom betreffende die impak van Mediese hipno-analise op Kind B se emosionele volwassewordingsvoltrekking.

(a) Die impak van Mediese hipno-analise op Kind B

Die impak van Mediese hipno-analise op Kind B word geïnterpreteer uit die navorsingsresultate wat verkry is uit die MACI, HSPV, Algemene welstand-vraelys en die Weerlose adolessent-vraelys.

(i) MACI

Blootstelling aan Mediese hipno-analise het daartoe bygedra dat Kind B minder emosioneel weerloos gelaat is ten opsigte van die volgende risikofaktore vir emosionele weerloosheid:

- treurigheid;
- selfafbrekende gedrag;
- identiteitsdiffusie;
- selfgeringskatting;
- eetversteurings;
- middelmisbruikgeneigdheid;
- 'n impulsiewe geneigdheid;
- 'n depressiewe gemoedstoestand; en
- 'n selfmoordgeneigdheid.

Kind B is aangewese op verdere terapeutiese intervensie ten opsigte van problematiek rakende die aanwesigheid van seksuele ongemak en groeps-onsekerheid (basistellings ≥ 75).

(ii) HSPV

Blootstelling aan Mediese hipno-analise het bygedra tot 'n toename in:

- hartlikheid;
- emosionele volwassenheid;
- selfbeheersing; en

'n afname in:

- skuldgeneigdheid

'n Lae telling (3) ten opsigte van faktor E (Onderdanigheid-Dominansie) impliseer dat Kind B nie oor toereikende selfstandigheid en selfgeldendheid beskik nie en derhalwe aangewese is op voortgesette terapeutiese intervensie.

(iii) Algemene welstand-vraelys

Blootstelling aan Mediese hipno-analise het daartoe bygedra dat Kind B 'n groter mate van:

- fisieke welstand;
- emosionele welstand;
- emosionele weerbaarheid;
- emosioneel-volwasse gedrag;
- kognitiewe welstand; en
- algemene welstand beleef.

(iv) Weerlose adolessent-vraelys

Blootstelling aan Mediese hipno-analise het daartoe bygedra dat Kind B minder emosioneel weerloos is ten opsigte van die bevrediging van haar:

- emosionele behoeftes;
- basiese behoeftes; en
- sosiale behoeftes.

(b) Emosionele volwassewordingsvoltrekking van Kind B

Kind B se emosionele volwassewordingsmoontlikhede is in beweging gebring deur 'n toename in:

- dramatiserende gedrag;
- weerbarstige gedrag; en
- seksuele ongemak.

Kind B se emosionele volwassewordingsvoltrekking word versterk deur 'n toename in:

- hartlikheid;
- emosionele volwassenheid;
- selfbeheersing;
- emosionele welstand;
- emosionele weerbaarheid;
- emosioneel-volwasse gedrag;
- algemene welstand (insluitend fisieke en kognitiewe welstand); en

'n afname in:

- identiteitsdiffusie;

- selfafbrekende gedrag;
- 'n selfmoordgeneigdheid;
- selfgeringskatting;
- 'n impulsiewe geneigdheid;
- 'n depressiewe gemoedstoestand;
- onbevredigde emosionele behoeftes; en
- onbevredigde sosiale behoeftes.

6.3.2.6 Gevolgtrekking uit Kind B se navorsingsresultate

Na die bestudering van Kind B se voor- en natoetsresultate het die navorser tot die volgende gevolgtrekking gekom betreffende die impak van Mediese hipno-analise op Kind B se emosionele volwassewordingsvoltrekking:

- Kind B se emosionele volwassewordingsmoontlikhede is in beweging gebring deur 'n toename in dramatiserende gedrag, weerbarstigheid en seksuele ongemak.

- Blootstelling aan Mediese hipno-analise as 'n korttermyn-gerigte terapeutiese tegniek, het Kind B in staat gestel tot groei in emosionele volwassewording deur 'n toename in die verkryging van die volgende volwassewordingskwaliteite:

  - selfaanvaarding;
  - identiteitsverwerwing;
  - vestiging van eiewaarde;
  - deurdagte optrede;
  - gesonde persoonsfunksionering;
  - 'n besef van die sinvolheid van bestaan;
  - bevredigende sosiale interaksie;
  - emosionele stabiliteit;

- selfbeheersing;
- emosionele welstand;
- emosionele weerbaarheid;
- emosioneel-volwasse gedrag;
- algemene welstand;
- emosionele behoeftebevrediging; en
- sosiale behoeftebevrediging.

- Hoewel groei plaasgevind het in bogenoemde volwassewordingskwaliteite is sekere volwassewordingskwaliteite, naamlik selfstandigheid en die bevrediging van affiliasiebehoeftes, nog nie optimaal voltrek nie en is Kind B aangewese op voortgesette terapeutiese intervensie.

Die gebruik van Mediese hipno-analise het dus die terapeut, as opvoedkundige sielkundige, bemagtig om Kind B, as emosioneel-weerlose adolessent, te begelei tot groei in emosionele volwassewording.

6.3.3 KIND C

Kind C se voor- en natoetstellings op die MACI, HSPV, Algemene welstand-vraelys en die Weerlose adolessent-vraelys word grafies met mekaar vergelyk en voorgestel deur **FIGURE 6.9.1, 6.9.2, 6.9.3, 6.10, 6.11.1, 6.11.1.1 en 6.12.** 'n Bespreking van Kind C se voor- en natoetsresultate volg ná elke grafiese voorstelling.

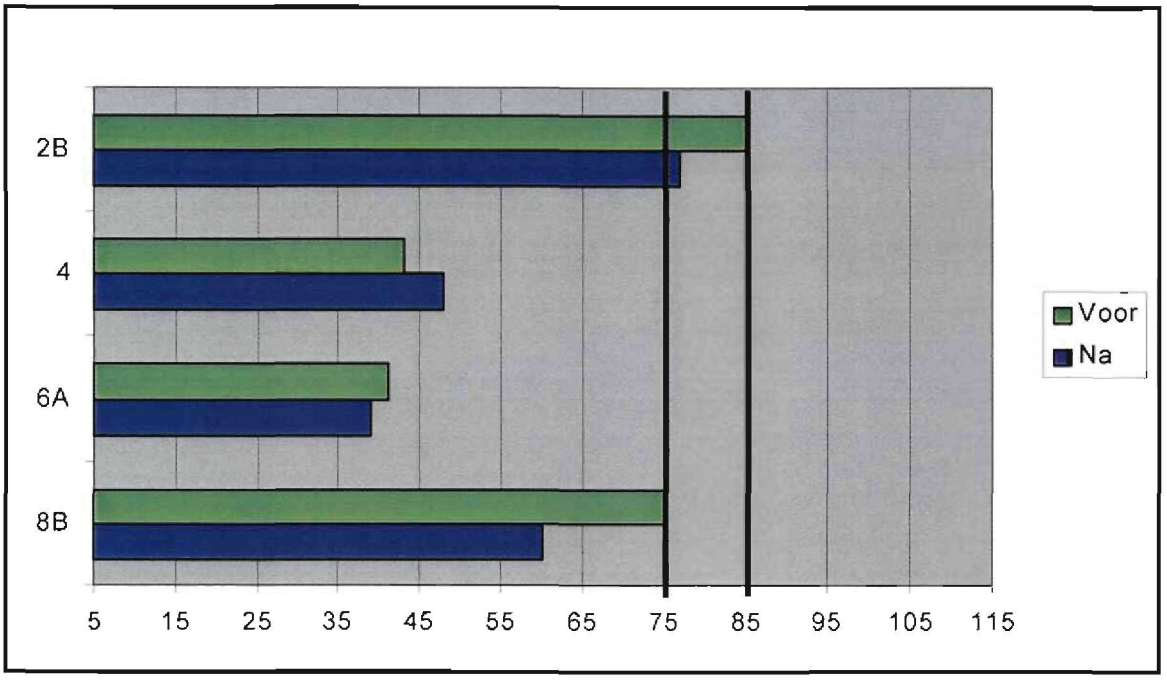
6.3.3.1 Grafiese voorstellings en bespreking van Kind C se navorsings-resultate verkry uit die MACI

Kind C se voor- en natoetstellings verkry uit die MACI word grafies met mekaar vergelyk en voorgestel deur **FIGURE 6.9.1, 6.9.2 en 6.9.3.** Die voor- en natoetstellings word bespreek deur te verwys na 'n ontleding van die navorsingsresultate, bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte, die toepassing van die navorsingsresultate sowel as die aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van die terapie.

- **Grafiese voorstelling van die MACI-persoonlikheidstyle (Skale 2B, 4, 6A, 8B)**

Kind C se navorsingsresultate vir die MACI-persoonlikheidstyle (skale 2B, 4, 6A en 8B) word voorgestel deur **FIGUUR 6.9.1.**

FIGUUR 6.9.1: KIND C ▸ MACI–PERSOONLIKHEIDSTYLE



2B = Treurigheid; 4 = Dramatiserend; 6A = Weerbarstigheid; 8B = Selfafbrekend

- **Ontleding van navorsingsresultate (MACI-skale 2B, 4, 6A, 8B)**

Uit Figuur 6.9.1 blyk dit dat Kind C op skaal 2B (Treurigheid) tydens die voortoetsing 'n telling behaal het van 85 wat tydens die natoetsing afgeneem het na 'n telling van 77. Ten opsigte van skaal 4 (Dramatiserend) het die telling toegeneem van 43 tydens die voortoetsing na 'n telling van 48 tydens die natoetsing.

Ten opsigte van skaal 6A (Weerbarstigheid) het die telling afgeneem van 41 tydens die voortoetsing na 'n telling van 39 tydens die natoetsing. Ten opsigte van skaal 8B (Selfafbrekend) het die telling afgeneem van 75 tydens die voortoetsing na 'n telling van 60 tydens die natoetsing.

- **Bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte (MACI-skale 2B, 4, 6A, 8B)**

Tydens die voortoetsing blyk dit dat treurigheid die mees prominente persoonlikheidstyl van Kind C is (basistelling ≥ 85). Selfafbrekende gedrag (skaal 8B) as persoonlikheidstyl presenteer tydens die voortoetsing (basistelling ≥ 75). Tydens die natoetsing presenteer treurigheid (skaal 2B) as persoonlikheidstyl (basistelling ≥ 75).

- **Toepassing van navorsingsresultate (MACI-skale 2B, 4, 6A, 8B)**

Kind C is minder treurig na afloop van die terapie. Treurigheid kan gesien word as 'n simptoom van 'n depressiewe gemoedstoestand. Blootstelling aan Mediese hipno-analise het Kind C minder emosioneel weerloos gelaat ten opsigte van 'n depressiewe gemoedstoestand as risikofaktor vir emosionele weerloosheid (vgl. 3.3.3).

Kind C toon minder selfafbrekende gedrag na afloop van die terapie. Selfafbrekende gedrag kan gesien word as 'n simptoom van egoswakheid. Blootstelling aan Mediese hipno-analise het Kind C minder emosioneel weerloos gelaat ten opsigte van egoswakheid as risikofaktor vir emosionele weerloosheid (vgl. 3.3.3).

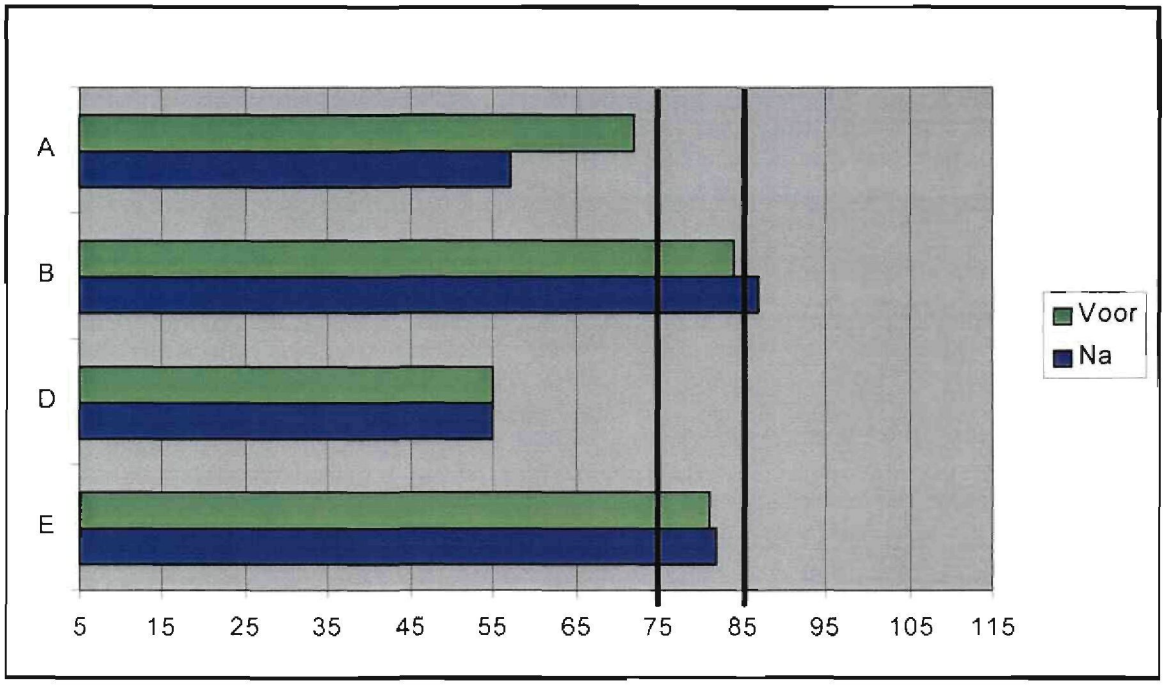
- **Aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van terapie (MACI-skale 2B, 4, 6A, 8B)**

'n Toename in dramatiserende gedrag kan as 'n positiewe uitkoms van die blootstelling aan die terapie, aangesien dit dui op die in-beweging-gaan van Kind C se emosionele volwassewordingsmoontlikhede (vgl. 6.2.1). 'n Afname in selfafbrekende gedrag kan gesien word as versterkend ten opsigte van selfaanvaarding as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5).

- **Grafiese voorstelling van die MACI-probleemareas (skale A, B, D, E)**

Kind C se navorsingsresultate vir die MACI-probleemareas (skale A, B, D en E) word voorgestel deur **FIGUUR 6.9.2.**

FIGUUR 6.9.2: KIND C › MACI–PROBLEEMAREAS



A = Identiteitsdiffusie; B = Selfgeringskatting; D = Seksuele ongemak; E = Groepsonsekerheid

- **Ontleding van navorsingsresultate (MACI-skale A, B, D, E)**

Uit Figuur 6.9.2 blyk dit dat Kind C se telling op skaal A (Identiteitsdiffusie) afgeneem het van 72 tydens die voortoetsing na 'n telling van 58 tydens die natoetsing. Ten opsigte van skaal B (Selfgeringskatting) het die telling toegeneem van 84 tydens die voortoetsing na 'n telling van 87 tydens die natoetsing. Ten opsigte van skaal D (Seksuele ongemak) het die voor- en natoetstellings dieselfde gebly op 55. Ten opsigte van skaal E (Groeps-onsekerheid) het die telling toegeneem van 81 tydens die voortoetsing na 'n telling van 82 tydens die natoetsing.

- **Bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte (MACI-skale A, B, D, E)**

Tydens die natoetsing presenteer Kind C met Groepsonsekerheid (skaal E) as probleemarea (basistelling ≥ 75) en Selfgeringskatting (skaal B) as die mees prominente probleemarea (basistelling ≥ 85).

- **Toepassing van navorsingsresultate (MACI-skale A, B, D, E)**

Kind C is minder geneig tot identiteitsdiffusie en dus minder emosioneel weerloos ten opsigte van identiteitsdiffusie as risikofaktor vir emosionele weerloosheid (vgl. 3.3.3). Kind C is meer geneig tot selfgeringskatting en groepsonsekerheid wat waarskynlik toegeskryf kan word aan die vergelykings wat hy tref in sy nuwe portuurgroep. Kind C het vir die eerste keer toegetree tot 'n adolessente vriendekring waar hy genoodsaak is om mee te ding met sy portuurgroep. Voorheen was hy daaraan gewoond om die meerdere te wees tussen die minderes.

- **Aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van terapie (MACI-skale A, B, D, E)**

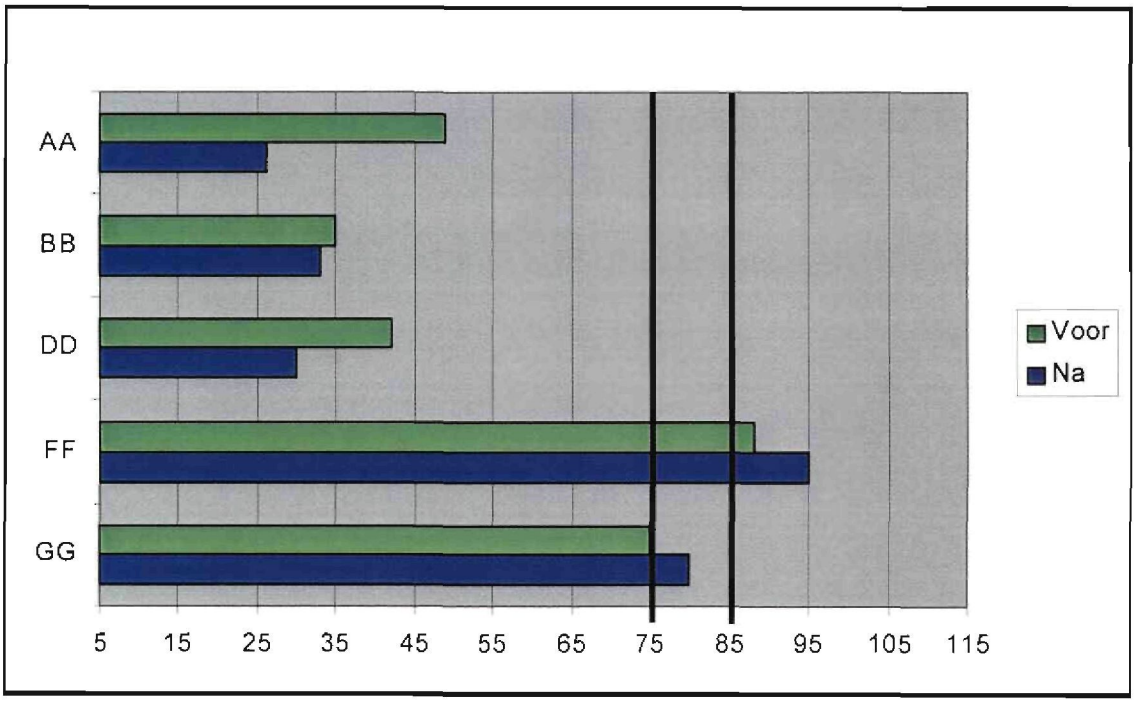
'n Afname in identiteitsdiffusie kan gesien word as versterkend tot identiteitsverwerwing as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5). Kind C se emosionele volwassewording word gerem deur selfgering-skatting. Die vestiging van eiewaarde as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording is dus nog nie toereikend ontwikkel by Kind C nie (vgl. 3.5).

Kind C se emosionele volwassewording word gerem deur groepsonsekerheid. Die bevrediging van affiliasiebehoeftes as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording is dus nog nie toereikend voltrek by Kind C nie (vgl. 3.5).

- **Grafiese voorstelling van die MACI-kliniese sindrome (Skale AA, BB, DD, FF, GG)**

Kind C se navorsingsresultate vir die MACI-kliniese sindrome (skale AA, BB, DD, FF en GG) word voorgestel deur **FIGUUR 6.9.3.**

FIGUUR 6.9.3: KIND C ▸ MACI–KLINIESE SINDROME



AA = Eetversteurings; BB = Middelmisbruikgeneigdheid; DD = Impulsiewe geneigdheid; FF = Depressiewe gemoedstoestand; GG = Selfmoordgeneigdheid

- **Ontleding van navorsingsresultate (MACI-skale AA, BB, DD, FF, GG)**

Uit Figuur 6.9.3 blyk dit dat Kind C op skaal AA (Eetversteurings) tydens die voortoetsing 'n telling behaal het van 49 wat tydens die natoetsing afgeneem het na 'n telling van 26. Ten opsigte van skaal BB (Middelmisbruikgeneigdheid) het die telling afgeneem van 35 tydens die voortoetsing na 'n telling van 33 tydens die natoetsing.

Ten opsigte van skaal DD (Impulsiewe geneigdheid) het die telling afgeneem van 42 tydens die voortoetsing na 'n telling van 30 tydens die natoetsing.

Ten opsigte van skaal FF (Depressiewe gemoedstoestand) het die telling toegeneem van 88 tydens die voortoetsing na 'n telling van 95 tydens die natoetsing. Ten opsigte van skaal GG (Selfmoordgeneigdheid) het die telling toegeneem van 75 tydens die voortoetsing na 'n telling van 80 tydens die natoetsing.

- **Bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte (MACI-skale AA, BB, DD, FF, GG)**

Tydens die voor- en natoetsing presenteer Kind C met 'n Selfmoordgeneigdheid (skaal GG) as kliniese sindroom (basistelling ≥ 75) en 'n Depressiewe gemoedstoestand (skaal FF) as die mees prominente kliniese sindroom (basistelling ≥ 85).

- **Toepassing van navorsingsresultate (MACI-skale AA, BB, DD, FF, GG)**

Kind C is minder geneig tot eetversteurings, middelmisbruikgeneigdheid en impulsiwiteit en dus minder emosioneel weerloos ten opsigte van eetversteurings, middelmisbruikgeneigdheid en impulsiwiteit as risikofaktore vir emosionele weerloosheid (vgl. 3.3.3).

Kind C blyk meer depressief te wees en geneig tot selfmoordgedrag tydens die natoetsing. Nadat hy verwyder is uit die sorg van die 3 homoseksuele mans, gaan hy tuis by vriende van sy stiefpa. Ten tye van die natoetsing is hulle 11 mense in die 2-slaapkamer huisie en word hy blootgestel aan armoede en swak ekonomiese omstandighede (vgl. Figuur 5.4.1) wat risikofaktore is vir emosionele weerloosheid (vgl. 3.3.3).

- **Aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van terapie (MACI-skale AA, BB, DD, FF, GG)**

'n Afname in die neiging tot impulsiwiteit kan gesien word as versterkend ten opsigte van deurdagte optrede as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5). Kind C se emosionele volwassewording word gerem deur die aanwesigheid van 'n depressiewe gemoedstoestand. Gesonde persoonsfunksionering as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording is dus nog nie toereikend voltrek nie (vgl. 3.5).

Kind C se emosionele volwassewording word ook gerem deur die aanwesigheid van 'n selfmoordgeneigdheid. 'n Besef van die sinvolheid van bestaan as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording is dus nog nie toereikend ontwikkel nie (vgl. 3.5).

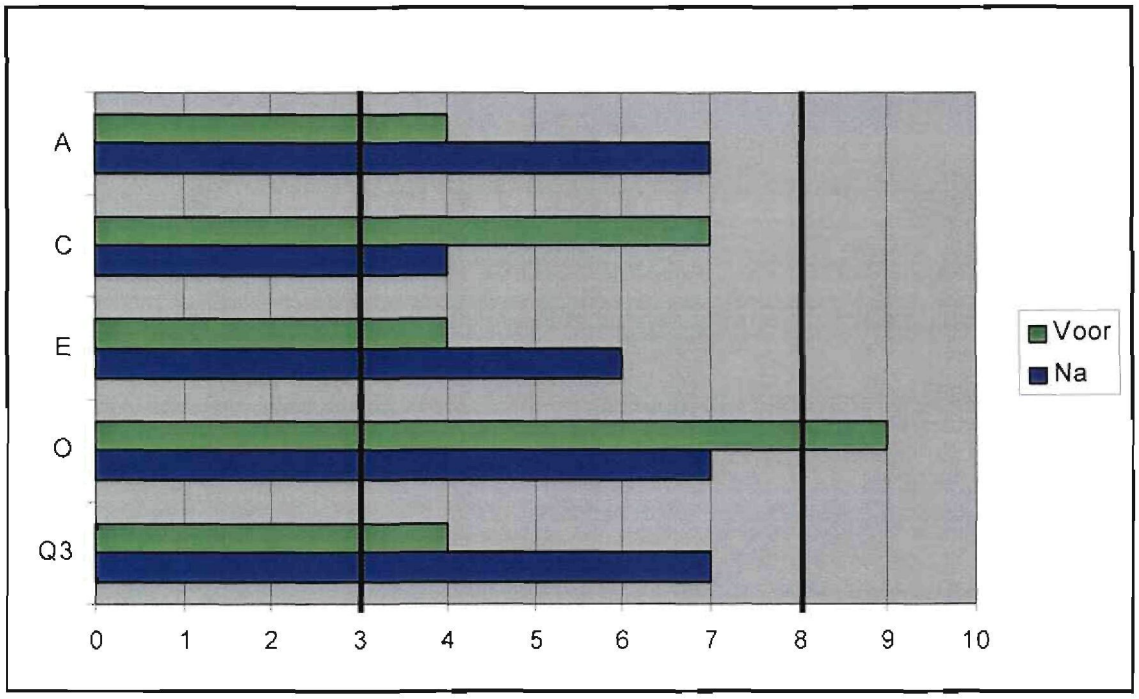
6.3.3.2 Grafiese voorstelling en bespreking van Kind C se navorsingsresultate verkry uit die HSPV

Kind C se voor- en natoetstellings verkry uit die HSPV word grafies met mekaar vergelyk en voorgestel deur **FIGUUR 6.10.** Die voor- en natoetstellings word bespreek deur te verwys na 'n ontleding en toepassing van die navorsingsresultate sowel as die aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van die terapie.

- **Grafiese voorstelling van die HSPV-faktore (A, C, E, O, Q_3)**

Kind C se navorsingsresultate vir die HSPV-faktore (A, C, E, O en Q_3) word voorgestel deur **FIGUUR 6.10.**

FIGUUR 6.10: KIND C › HSPV–FAKTORE



A = Terughoudendheid-Hartlikheid; C = Emosionele onvolwassenheid-Emosionele volwassenheid; E = Onderdanigheid-Dominansie; O = Selfversekerdheid-Skuldgeneigdheid; Q_3 = Onbeheersdheid-Selfbeheersing

- **Ontleding van navorsingsresultate (HSPV-faktore A, C, E, O, Q_3)**

Uit Figuur 6.10 blyk dit dat Kind C se tellings ten opsigte van faktor A (Terughoudendheid-Hartlikheid), faktor E (Onderdanigheid-Dominansie) en faktor Q_3 (Onbeheersdheid-Selfbeheersdheid) toegeneem het tydens die natoetsing.

Sy tellings ten opsigte van faktor C (Emosionele onvolwassenheid-Emosionele volwassenheid) en faktor O (Selfversekerdheid-Skuldgeneigdheid) het afgeneem tydens die natoetsing.

- **Toepassing van navorsingsresultate (HSPV-faktore A, C, E, O, Q_3)**

Blootstelling aan Mediese hipno-analise het 'n groter mate van hartlikheid en warmte by Kind C teweeg gebring. Kind C blyk beter aangepas te wees in skoolverband en meer te sosialiseer met lede van sy portuurgroep. Bevredigende sosiale interaksie is 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5). Kind C toon 'n afname in emosionele volwassenheid wat dui op 'n afname in emosionele stabiliteit wat korreleer met 'n toename in selfgeringskatting en 'n depressiewe gemoedstoestand wat waarskynlik toegeskryf kan word aan die lewensomstandighede waaraan hy blootgestel was op daardie stadium (armoede en swak sosio-ekonomiese omstandighede, vgl. Figuur 5.4.1).

Blootstelling aan Mediese hipno-analise het 'n groter mate van dominante gedrag teweeg gebring by Kind C, wat impliseer dat Kind C meer geneig is tot selfstandigheid, onafhanklikheid en selfgeldendheid. Selfstandigheid en onafhanklikheid is kwaliteite van emosionele volwassewording (vgl. 3.5). 'n Afname in die geneigdheid tot skuldgevoelens dui daarop dat Kind C minder geneig is tot selfverwyt, angstigheid en bekommernis en dus ook minder emosioneel weerloos is. Die 3 kerngebeurtenisse onderliggend aan die Ponce de Leon-sindroom wat by Kind C geïdentifiseer is, het die skuldsindroom ingesluit en skuldgevoelens is dus terapeuties suksesvol gehanteer gesien in die lig van 'n afname in Kind C se tellings (vgl. 5.2.3.7). Kind C is geneig tot groter selfbeheersing en selfdissipline na afloop van die terapie. Selfbeheersing en selfdissipline is kwaliteite van emosionele volwassewording (vgl. 3.5).

- **Aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van terapie (HSPV-faktore A, C, E, O, Q_3)**

'n Toename in faktor A (Terughoudendheid-Hartlikheid) dui op 'n toename in bevredigende sosiale interaksie as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5). 'n Toename in faktor E (Onderdanigheid-Dominansie) dui op 'n

toename in selfstandigheid as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5). 'n Toename in faktor Q_3 (Onbeheersdheid-Selfbeheersing) dui op 'n toename in selfbeheersing as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5).

6.3.3.3 Grafiese voorstellings en bespreking van Kind C se navorsingsresultate verkry uit die Algemene welstand-vraelys

Kind C se voor- en natoetstellings verkry uit die Algemene welstand-vraelys word grafies met mekaar vergelyk en voorgestel deur **FIGUUR 6.11.1.**

Die voor- en natoetstellings word bespreek deur te verwys na 'n ontleding van die navorsingsresultate, bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte, die toepassing van die navorsingsresultate sowel as die aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van die terapie.

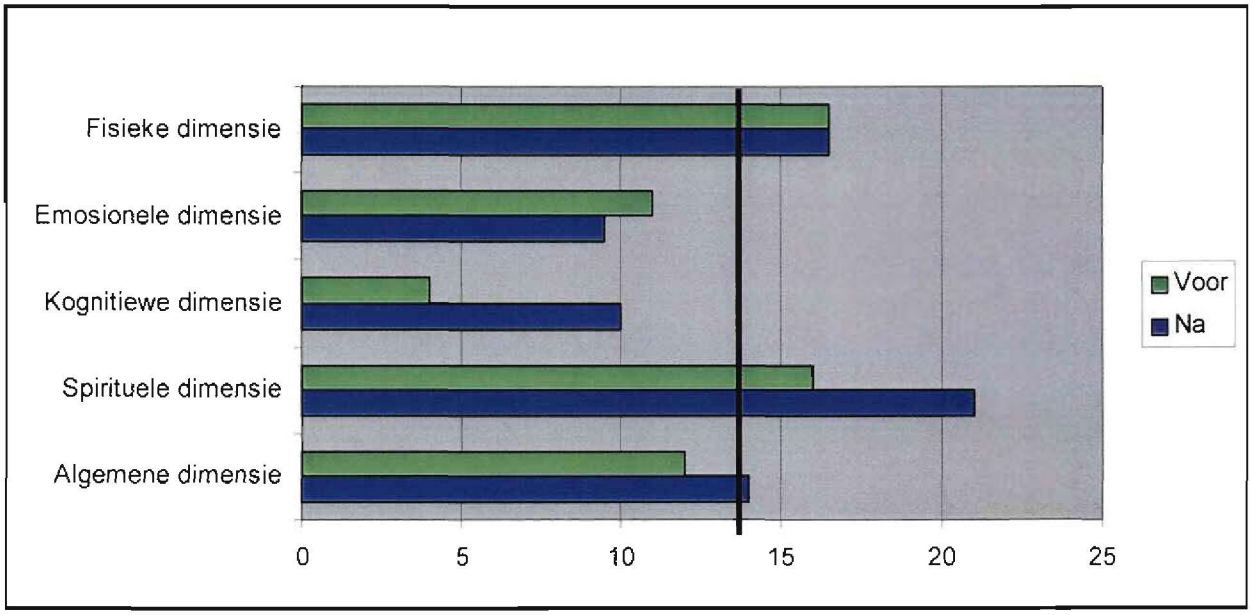
- **Grafiese voorstellings van die navorsingsresultate verkry uit die Algemene welstand-vraelys**

Kind C se navorsingsresultate verkry uit die Algemene welstand-vraelys (fisieke, emosionele, kognitiewe, spirituele en algemene dimensie) word voorgestel deur **FIGUUR 6.11.1.**

- **Ontleding van navorsingsresultate (Algemene welstand-vraelys)**

Uit Figuur 6.11.1 blyk dit dat Kind C se telling op die fisieke dimensie van die Algemene welstand-vraelys tydens die voortoetsing en natoetsing dieselfde gebly het op 16.5. Ten opsigte van die emosionele dimensie het die telling afgeneem van 11 tydens die voortoetsing na 'n telling van 9.5 tydens die natoetsing. Ten opsigte van die kognitiewe dimensie het die telling toegeneem van 4 tydens die voortoetsing na 'n telling van 10 tydens die natoetsing.

FIGUUR 6.11.1: KIND C ▸ ALGEMENE WELSTAND-VRAELYS



Ten opsigte van die spirituele dimensie het die telling toegeneem van 16 tydens die voortoetsing na 'n telling van 21 tydens die natoetsing.

Ten opsigte van die algemene dimensie het die telling toegeneem van 12 tydens die voortoetsing na 'n telling van 14 tydens die natoetsing.

- **Bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte (Algemene welstand-vraelys)**

Kind C blyk fisiek gesond te wees (telling ≥ 13). Spiritualiteit kenmerk sy belewing van welstand na afloop van die terapie (telling ≥ 13). Spirituele en fisieke welstand as deel van algemene welstand is kwaliteite van emosionele volwassewording (vgl. 3.5).

Sy algemene welstand in geheel is egter nie bevredigend nie (telling ≤ 13).

- **Toepassing van navorsingsresultate (Algemene welstand-vraelys)**

Kind C beleef 'n groter mate van kognitiewe, spirituele en algemene welstand na die blootstelling aan Mediese hipno-analise en is dus minder emosioneel weerloos ten opsigte daarvan.

'n Afname in sy telling ten opsigte van emosionele welstand kan moontlik toegeskryf aan skeidingsangs en gepaardgaande aanpassingsprobleme wat hy beleef nadat hy verwyder is uit die sorg van die 3 homoseksuele mans. Ten tye van die natoetsing was hy ook blootgestel aan swak ekonomiese omstandighede wat ook sy emosionele welstand beïnvloed het (vgl. Figuur 5.4.1).

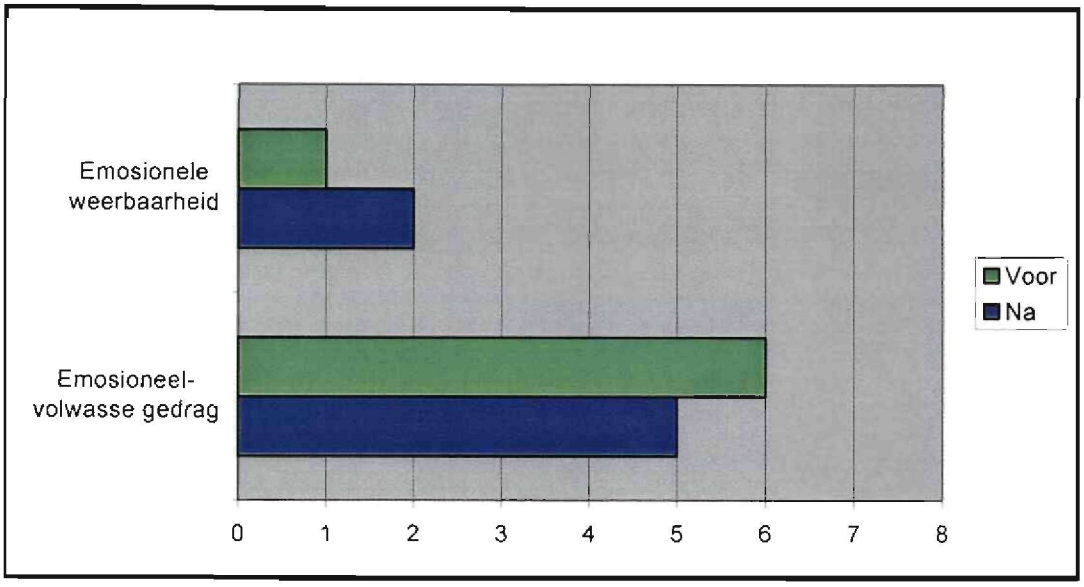
- **Aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van terapie (Algemene welstand-vraelys)**

Fisieke en spirituele welstand (tellings ≥ 13), sowel as 'n toename in kognitiewe welstand kan gesien word as versterkend ten opsigte van algemene welstand as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5).

- **Grafiese voorstelling van die navorsingresultate verkry uit die Algemene welstand-vraelys: emosionele sub-dimensies**

Kind C se navorsingsresultate verkry uit die Algemene welstand-vraelys se emosionele sub-dimensies (emosionele weerbaarheid en emosioneel-volwasse gedrag) word voorgestel deur **FIGUUR 6.11.1.1** en bespreek deur te verwys na die ontleding en toepassing van die navorsingsresultate sowel as die aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van die terapie.

FIGUUR 6.11.1.1: KIND C ▸ ALGEMENE WELSTAND-VRAELYS EMOSIONELE SUB-DIMENSIES



- **Ontleding van navorsingsresultate**
  (Algemene welstand-vraelys: emosionele sub-dimensies)

Uit Figuur 6.11.1.1 blyk dit dat Kind C se telling op die sub-dimensie emosionele weerbaarheid toegeneem het van 1 tydens die voortoetsing na 'n telling van 2 tydens die natoetsing. Ten opsigte van die sub-dimensie emosioneel-volwasse gedrag het die telling afgeneem van 6 tydens die voortoetsing na 'n telling van 5 tydens die natoetsing.

- **Toepassing van navorsingsresultate**
  (Algemene welstand-vraelys: emosionele sub-dimensies)

Kind C is na die blootstelling aan Mediese hipno-analise meer emosioneel weerbaar en dus minder emosioneel weerloos. Sy telling ten opsigte van emosioneel-volwasse gedrag het afgeneem, wat impliseer dat hy oor minder egosterkte beskik tydens die natoetsing. Minder egosterkte hou waarskynlik verband met die toename in sy telling ten opsigte van 'n depressiewe

gemoedstoestand, asook sy verlaagde emosionele volwassenheid (HSPV-faktor C).

- **Aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van terapie (Algemene welstand-vraelys: emosionele sub-dimensies)**

'n Toename in emosionele weerbaarheid kan gesien word as versterkend ten opsigte van emosionele volwassewording in die geheel (vgl. 3.5).

6.3.3.4 Grafiese voorstelling en bespreking van Kind C se navorsingsresultate verkry uit die Weerlose adolessent-vraelys

Kind C se voor- en natoetstellings verkry uit die Weerlose adolessent-vraelys word grafies met mekaar vergelyk en voorgestel deur **FIGUUR 6.12.** Die voor- en natoetstellings word bespreek deur te verwys na 'n ontleding van die navorsingsresultate, bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte, die toepassing van die navorsingsresultate sowel as die aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van die terapie.

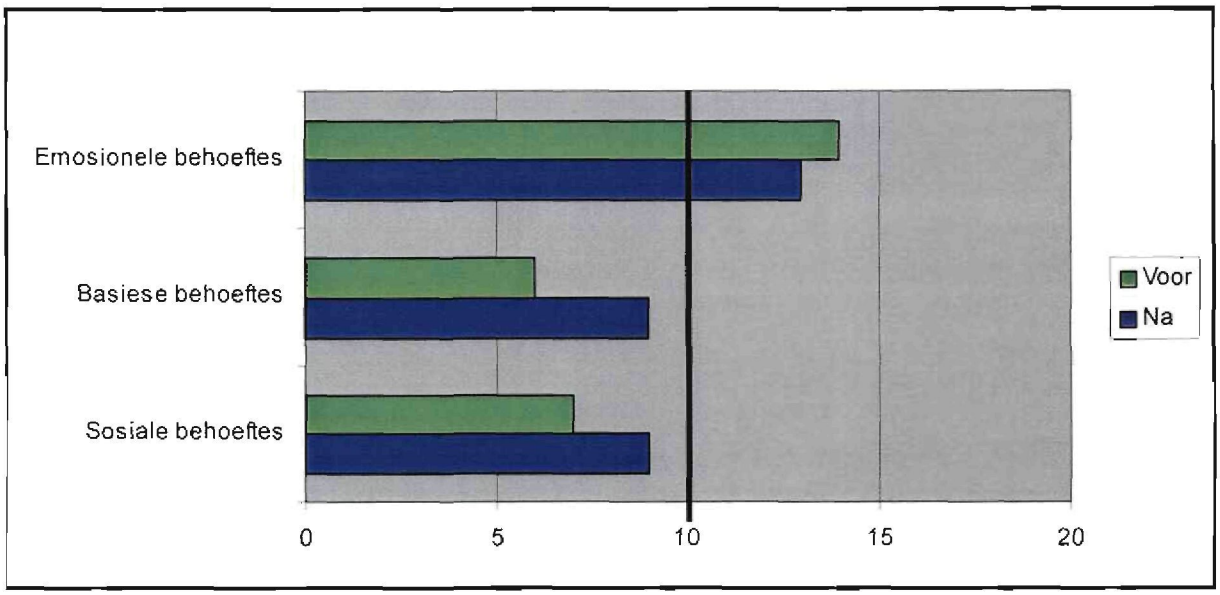
- **Grafiese voorstelling van die navorsingsresultate verkry uit die Weerlose adolessent-vraelys**

Kind C se navorsingsresultate verkry uit die Weerlose adolessent-vraelys (emosionele behoeftes, basiese behoeftes en sosiale behoeftes) word voorgestel deur **FIGUUR 6.12.**

- **Ontleding van navorsingsresultate (Weerlose adolessent-vraelys)**

Uit Figuur 6.12 blyk dit dat Kind C se telling ten opsigte van Afdeling A: Emosionele behoeftes op die Weerlose adolessent-vraelys, afgeneem het van 14 tydens die voortoetsing na 'n telling van 13 tydens die natoetsing.

FIGUUR 6.12: KIND C ▸ WEERLOSE ADOLESSENT-VRAELYS



Ten opsigte van Afdeling B: Basiese behoeftes, het die telling toegeneem van 6 tydens die voortoetsing na 'n telling van 9 tydens die natoetsing. Ten opsigte van Afdeling C: Sosiale behoeftes, het die telling toegeneem van 7 tydens die voortoetsing na 'n telling van 9 tydens die natoetsing.

- **Bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte (Weerlose adolessent-vraelys)**

Tydens die voortoetsing en natoetsing blyk dit dat Kind C emosioneel weerloos is ten opsigte van die bevrediging van sy emosionele behoeftes (telling ≥ 10).

- **Toepassing van navorsingsresultate (Weerlose adolessent-vraelys)**

Na die blootstelling aan Mediese hipno-analise beleef Kind C 'n groter mate van bevrediging ten opsigte van sy emosionele behoeftes wat hom dus minder emosioneel weerloos maak. Kind C blyk meer emosioneel weerloos te wees ten opsigte van die bevrediging van sy basiese en sosiale behoeftes. Dit kan

waarskynlik toegeskryf word aan sy kontaminerende lewensomstandighede ten tye van die natoetsing (armoede, swak sosio-ekonomiese omstandighede, ens. vgl. 5.4.1).

- **Aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van terapie (Weerlose adolessent-vraelys)**

Kind C se emosionele volwassewording word gerem deur onbevredigde emosionele behoeftes (telling ≥ 10). Emosionele behoeftebevrediging as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording is dus nog nie toereikend voltrek by Kind C nie (vgl. 3.5).

6.3.3.5 Samevatting van Kind C se navorsingsresultate

Na die bestudering van Kind C se navorsingsresultate het die navorser tot die volgende samevatting gekom betreffende die impak van Mediese hipno-analise op Kind C se emosionele volwassewordingsvoltrekking.

(a) Die impak van Mediese hipno-analise op Kind C

Die impak van Mediese hipno-analise op Kind C word geïnterpreteer uit die navorsingsresultate wat verkry is uit die MACI, HSPV, Algemene welstand-vraelys en die Weerlose adolessent-vraelys.

(i) MACI

Blootstelling aan Mediese hipno-analise het daartoe bygedra dat Kind C minder emosioneel weerloos gelaat is ten opsigte van die volgende risikofaktore vir emosionele weerloosheid:

- treurigheid;
- selfafbrekende gedrag;

- identiteitsdiffusie;
- eetversteurings;
- middelmisbruikgeneigdheid; en
- 'n impulsiewe geneigdheid.

Hoewel Kind C minder emosioneel weerloos gelaat is ten aansien van treurigheid, word sy emosionele volwassewording steeds gerem deur die aanwesigheid van treurigheid (basistelling ≥ 75). In sy geval kan die hoë telling ten opsigte van treurigheid gesien word as 'n simptoom van 'n depressiewe gemoedstoestand.

Kind C is dus aangewese op verdere terapeutiese intervensie, nie net ten aansien van treurigheid nie, maar ook ten aansien van die aanwesigheid van selfgeringskatting en 'n depressiewe gemoedstoestand (basistellings ≥ 85) en groepsonsekerheid en 'n selfmoordgeneigdheid (basistellings ≥ 75).

(ii) HSPV

Blootstelling aan Mediese hipno-analise het bygedra tot 'n toename in:

- hartlikheid;
- dominansie;
- selfbeheersing; en

'n afname in:

- 'n skuldgeneigdheid.

Kind C kan baat vind by voortgesette terapeutiese intervensie met die klem op egoversterking.

(iii) Algemene welstand-vraelys

Blootstelling aan Mediese hipno-analise het daartoe bygedra dat Kind C 'n groter mate van:

- emosionele weerbaarheid;
- kognitiewe welstand;
- spirituele welstand; en
- algemene welstand beleef.

Kind C beleef nie toereikende emosionele en kognitiewe welstand nie (tellings $\leq$ 13). Hy is dus aangewese op voortgesette terapeutiese intervensie ten opsigte van die bevordering van emosioneel-volwasse gedrag sowel as emosionele en kognitiewe welstand.

(iv) Weerlose adolessent-vraelys

Blootstelling aan Mediese hipno-analise het daartoe bygedra dat Kind C minder emosioneel weerloos is ten opsigte van die bevrediging van sy emosionele behoeftes.

Desnieteenstaande kan Kind C baat vind by voortgesette terapeutiese intervensie ten opsigte van die bevrediging van sy emosionele behoeftes (basistellings $\geq$ 10).

(b) Emosionele volwassewordingsvoltrekking van Kind C

Kind C se emosionele volwassewordingsmoontlikhede is in beweging gebring deur 'n toename in dramatiserende gedrag.

Kind C se emosionele volwassewordingsvoltrekking is versterk deur 'n toename in:

- hartlikheid;
- dominansie;
- selfbeheersing;
- algemene welstand (insluitend kognitiewe en spirituele welstand);
- emosionele weerbaarheid; en

'n afname in:

- selfafbrekende gedrag;
- identiteitsdiffusie;
- 'n impulsiewe geneigdheid; en
- onbevredigde emosionele behoeftes.

6.3.3.6 Gevolgtrekking uit Kind C se navorsingsresultate

Na die bestudering van Kind C se voor- en natoetsresultate het die navorser tot die volgende gevolgtrekking gekom betreffende die impak van Mediese hipno-analise op Kind C se emosionele volwassewordingsvoltrekking:

- Kind C se emosionele volwassewordingsmoontlikhede is in beweging gebring deur 'n toename in dramatiserende gedrag.

- Blootstelling aan Mediese hipno-analise as 'n korttermyn-gerigte terapeutiese tegniek, het Kind C in staat gestel tot groei in emosionele volwassewording deur 'n toename in die verkryging van die volgende volwassewordingskwaliteite:

    - selfaanvaarding;
    - identiteitsverwerwing;
    - deurdagte optrede;
    - bevredigende sosiale interaksie;

- selfstandigheid;
- selfbeheersing;
- emosionele weerbaarheid;
- algemene welstand; en
- emosionele behoeftebevrediging.

- Hoewel groei plaasgevind het in bogenoemde volwassewordingskwaliteite is sekere volwassewordingskwaliteite (vestiging van eiewaarde, bevrediging van affiliasiebehoeftes, emosionele welstand, 'n besef van die sinvolheid van bestaan, gesonde persoonsfunksionering, emosionele stabiliteit, sosiale behoeftebevrediging en emosioneel-volwasse gedrag) nog nie optimaal voltrek nie en is Kind C aangewese op voortgesette terapeutiese intervensie.

Die gebruik van Mediese hipno-analise het dus die terapeut, as opvoedkundige sielkundige, bemagtig om Kind C, as emosioneel-weerlose adolessent, te begelei tot groei in emosionele volwassewording.

6.3.4 KIND D

Kind D se voor- en natoetstellings op die MACI, HSPV, Algemene welstand-vraelys en die Weerlose adolessent-vraelys word grafies met mekaar vergelyk en voorgestel deur **FIGURE 6.13.1, 6.13.2, 6.13.3, 6.14, 6.15.1, 6.15.1.1 en 6.16.** 'n Bespreking van Kind D se voor- en natoetsresultate volg ná elke grafiese voorstelling.

6.3.4.1 Grafiese voorstellings en bespreking van Kind D se navorsings-resultate verkry uit die MACI

Kind D se voor- en natoetstellings verkry uit die MACI word grafies met mekaar vergelyk en voorgestel deur **FIGURE 6.13.1, 6.13.2 en 6.13.3.** Die voor- en natoetstellings word bespreek deur te verwys na 'n ontleding van die navorsingsresultate, bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte, die toepassing van die navorsingsresultate sowel as die aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van die terapie.

- **Grafiese voorstelling van die MACI-persoonlikheidstyle (Skale 2B, 4, 6A, 8B)**

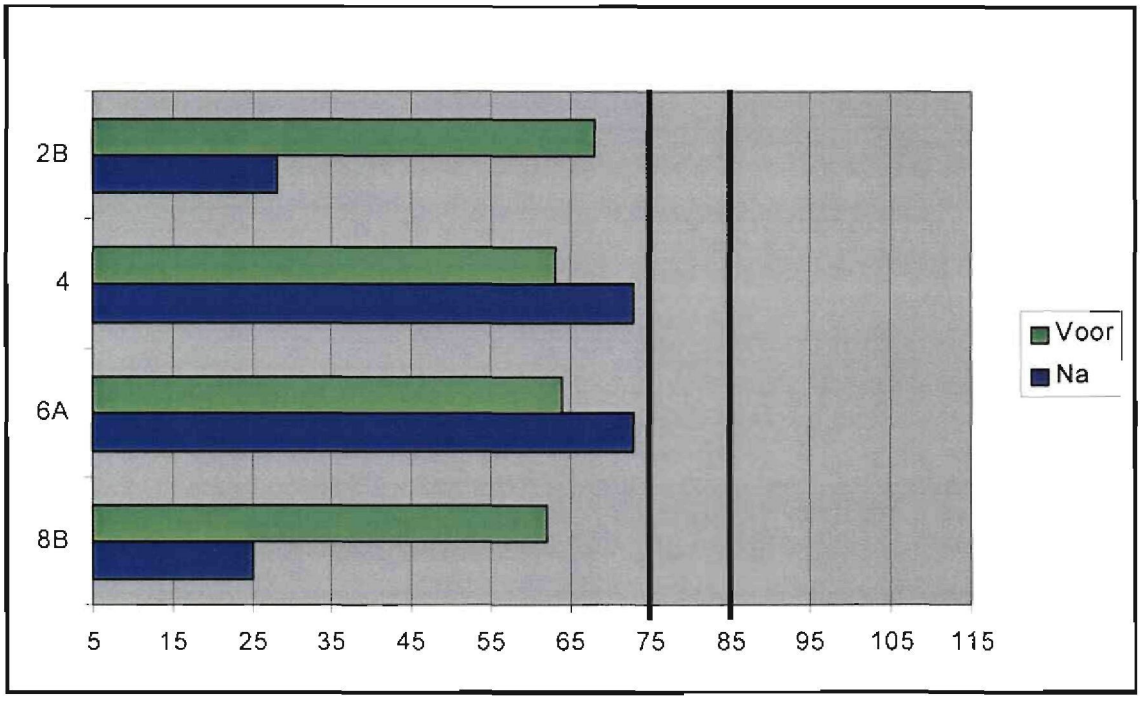
Kind D se navorsingsresultate vir die MACI-persoonlikheidstyle (skale 2B, 4, 6A en 8B) word voorgestel deur **FIGUUR 6.13.1.**

- **Ontleding van navorsingsresultate (MACI-skale 2B, 4, 6A, 8B)**

Uit Figuur 6.13.1 blyk dit dat Kind D op skaal 2B (Treurigheid) tydens die voortoetsing 'n telling behaal het van 68 wat tydens die natoetsing afgeneem het na 'n telling 28. Ten opsigte van skaal 4 (Dramatiserend) het die telling toegeneem van 63 tydens die voortoetsing na 'n telling 73 tydens die natoetsing.

Ten opsigte van skaal 6A (Weerbarstigheid) het die telling toegeneem van 64 tydens die voortoetsing na 'n telling van 73 tydens die natoetsing. Ten opsigte van skaal 8B (Selfafbrekend) het die telling afgeneem van 62 na 'n telling van 25 tydens die natoetsing.

FIGUUR 6.13.1: KIND D ▸ MACI–PERSOONLIKHEIDSTYLE



2B = Treurigheid; 4 = Dramatiserend; 6A = Weerbarstigheid; 8B = Selfafbrekend

- **Bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte (MACI-skale 2B, 4, 6A, 8B)**

Ten opsigte van die MACI-persoonlikheidstyle lê al Kind D se tellings tydens die voor- en natoetsing onder die ankerpunt (basistellings ≥ 75) wat dui op die afwesigheid van sodanige persoonlikheidstyle.

- **Toepassing van navorsingsresultate (MACI-skale 2B, 4, 6A, 8B)**

Kind D is minder treurig na afloop van die terapie. Treurigheid by Kind D kan gesien word as 'n simptoom van 'n depressiewe gemoedstoestand en korreleer derhalwe met 'n afname in haar telling op skaal FF (Depressiewe gemoedstoestand) (vgl. Figuur 6.13.3). Blootstelling aan Mediese hipno-analise het Kind D minder emosioneel weerloos gelaat ten opsigte van 'n depressiewe gemoedstoestand as risikofaktor vir emosionele weerloosheid (vgl. 3.3.3).

Kind D toon minder selfafbrekende gedrag na afloop van die terapie. Selfafbrekende gedrag kan gesien word as 'n simptoom van egoswakheid. Blootstelling aan Mediese hipno-analise het Kind D minder emosioneel weerloos gelaat ten opsigte van egoswakheid as risikofaktor vir emosionele weerloosheid (vgl. 3.3.3).

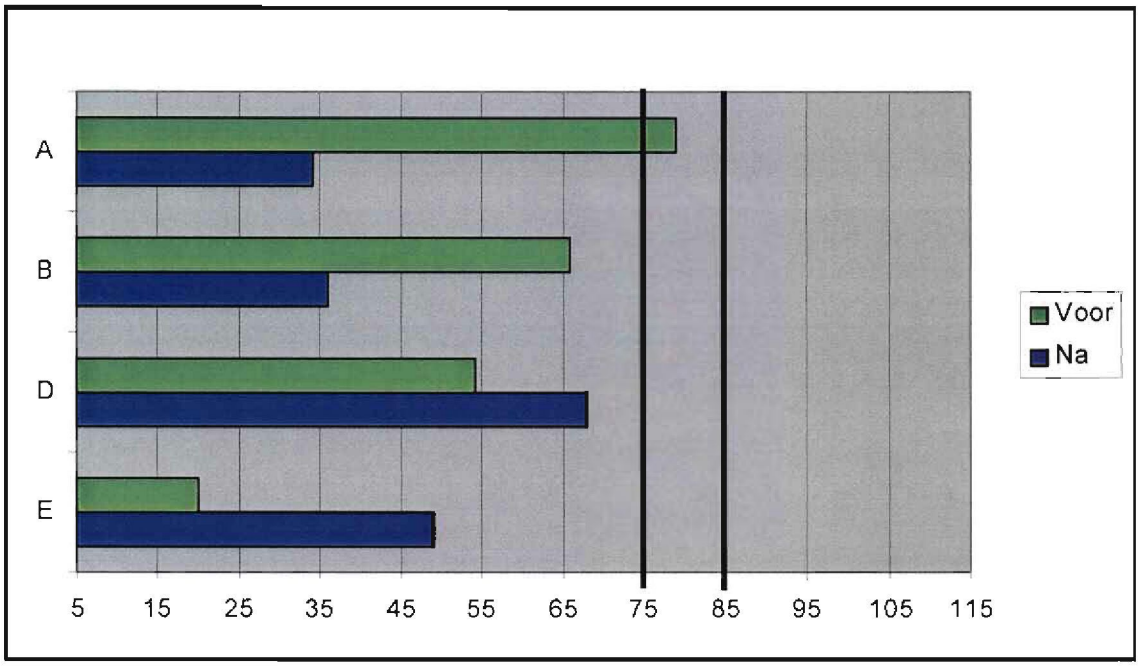
- **Aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van terapie (MACI-skale 2B, 4, 6A, 8B)**

'n Toename in dramatiserende en weerbarstige gedrag kan as 'n positiewe uitkoms gesien word van die terapie, aangesien dit dui op die in-beweging-gaan van Kind D se emosionele volwassewordingsmoontlikhede (vgl. 6.2.1). 'n Afname in selfafbrekende gedrag kan gesien word as versterkend ten opsigte van selfaanvaarding as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5).

- **Grafiese voorstelling van die MACI-probleemareas (skale A, B, D, E)**

Kind D se navorsingsresultate vir die MACI-probleemareas (skale A, B, D en E) word voorgestel deur **FIGUUR 6.13.2.**

FIGUUR 6.13.2: KIND D ▸ MACI–PROBLEEMAREAS



A = Identiteitsdiffusie; B = Selfgeringskatting; D = Seksuele ongemak; E = Groepsonsekerheid

- **Ontleding van navorsingsresultate (MACI-skale A, B, D, E)**

Uit Figuur 6.13.2 blyk dit dat Kind D se telling op skaal A (Identiteitsdiffusie) afgeneem het van 79 tydens die voortoetsing na 'n telling van 34 tydens die natoetsing. Ten opsigte van skaal B (Selfgeringskatting) het die telling afgeneem van 66 tydens die voortoetsing na 'n telling van 36 tydens die natoetsing. Ten opsigte van skaal D (Seksuele ongemak) het die telling toegeneem van 54 tydens die voortoetsing na 'n telling van 68 tydens die natoetsing. Ten opsigte van skaal E (Groepsonsekerheid) het die telling toegeneem van 20 tydens die voortoetsing na 'n telling van 49 tydens die natoetsing.

- **Bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte (MACI-skale A, B, D, E)**

Tydens die voortoetsing presenteer Kind D met identiteitsdiffusie (skaal A) as probleemarea (basistelling ≥ 75). Die natoetsing dui aan dat identiteitsdiffusie nie meer as probleem presenteer by Kind D nie.

- **Toepassing van navorsingsresultate (MACI-skale A, B, D, E)**

Kind D is minder geneig tot identiteitsdiffusie en dus minder emosioneel weerloos ten opsigte van identiteitsdiffusie as risikofaktor vir emosionele weerloosheid (vgl. 3.3.3). Kind D behaal 'n lae telling (basistelling ≤ 35) ten opsigte van identiteitsdiffusie. Volgens Millon (1993: 52) kan 'n lae telling (basistelling ≤ 35) as versterkend gesien word ten aansien van identiteitsverwerwing. Kind D is ook minder geneig tot selfgeringskatting. Selfgeringskatting dui op 'n lae eiewaarde. Kind D is dus minder emosioneel weerloos ten opsigte van 'n lae eiewaarde as risiofaktor vir emosionele weerloosheid (vgl. 3.3.3). Tydens die natoetsing blyk Kind D meer onseker te wees oor haar posisie in die portuurgroep. Groepsonsekerheid is 'n probleem wat tipies is van die adolessente-lewensfase (Gouws *et al.*, 2000: 67).

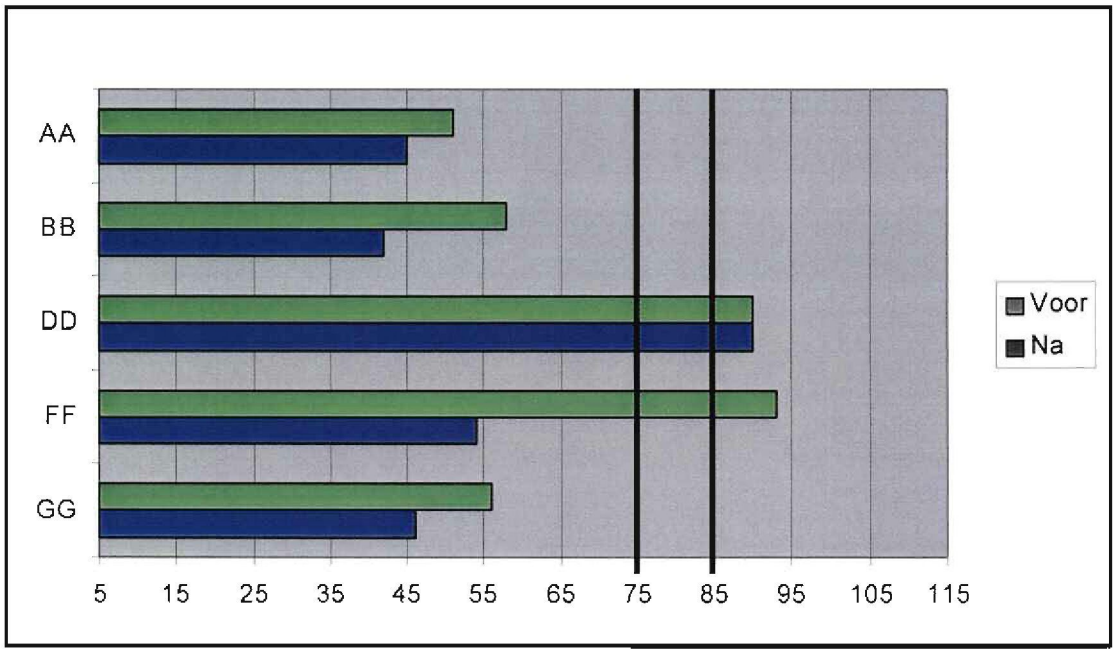
- **Aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van terapie (MACI-skale A, B, D, E)**

'n Lae telling (basistelling ≤ 35) ten opsigte van identiteitsdiffusie veronderstel identiteitsverwerwing (Millon, 1993: 52) as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording. 'n Toename in seksuele ongemak by Kind D kan as positief gesien word in die lig van hierdie ondersoek, aangesien dit dui op die in-beweging-gaan van haar emosionele volwassewordingsmoontlikhede (vgl. 3.5.1). 'n Afname in selfgeringskatting kan as versterkend gesien word ten opsigte van die vestiging van eiewaarde as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5).

- **Grafiese voorstelling van die MACI-kliniese sindrome (Skale AA, BB, DD, FF, GG)**

Kind D se navorsingsresultate vir die MACI-kliniese sindrome (skale AA, BB, DD, FF en GG) word voorgestel in **FIGUUR 6.13.3.**

FIGUUR 6.13.3: KIND D ▸ MACI–KLINIESE SINDROME



AA = Eetversteurings; BB = Middelmisbruikgeneigdheid; DD = Impulsiewe geneigdheid; FF = Depressiewe gemoedstoestand; GG = Selfmoordgeneigdheid

- **Ontleding van navorsingsresultate (MACI-skale AA, BB, DD, FF, GG)**

Uit Figuur 6.13.3 blyk dit dat Kind D op skaal AA (Eetversteurings) tydens die voortoetsing 'n telling behaal het van 51 wat tydens die natoetsing afgeneem het na 'n telling van 45. Ten opsigte van skaal BB (Middelmisbruikgeneigdheid) het die telling afgeneem van 58 tydens die voortoetsing na 'n telling van 42 tydens die natoetsing. Ten opsigte van skaal DD (Impulsiewe geneigdheid) het die voor- en natoetstellings dieselfde gebly op 90.

Ten opsigte van skaal FF (Depressiewe gemoedstoestand) het die telling afgeneem van 93 tydens die voortoetsing na 'n telling van 54 tydens die natoetsing. Ten opsigte van skaal GG (Selfmoordgeneigdheid) het die telling afgeneem van 56 tydens die voortoetsing na 'n telling van 46 tydens die natoetsing.

- **Bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte (MACI-skale AA, BB, DD, FF, GG)**

'n Impulsiewe geneigdheid (skaal DD) en 'n depressiewe gemoedstoestand (skaal FF) presenteer as die mees prominente kliniese sindrome by Kind D tydens die voortoetsing (basistellings ≥ 85). Tydens die natoetsing presenteer 'n impulsiewe geneigdheid (skaal DD) as die mees prominente kliniese sindroom (basistelling ≥ 85).

- **Toepassing van navorsingsresultate (MACI-skale AA, BB, DD, FF, GG)**

Kind D is minder geneig tot eetversteurings, middelmisbruikgeneigdheid, 'n depressiewe gemoedstoestand en 'n selfmoordgeneigdheid en dus minder emosioneel weerloos ten opsigte van bogenoemde risikofaktore vir emosionele weerloosheid (vgl. 3.3.3).

- **Aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van terapie (MACI-skale AA, BB, DD, FF, GG)**

Kind D se emosionele volwassewording word gerem deur 'n impulsiewe geneigdheid. Deurdagte optrede as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording is dus nog nie toereikend ontwikkel by Kind D nie (vgl. 3.5). 'n Afname in Kind D se tellings ten opsigte van 'n depressiewe gemoedstoestand kan gesien word as versterkend ten aansien van gesonde persoonsfunksionering as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5). 'n Afname in Kind D se

telling ten opsigte van 'n selfmoordgeneigdheid, kan gesien word as versterkend ten aansien van 'n besef van die sinvolheid van bestaan as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5).

6.3.4.2 Grafiese voorstelling en bespreking van Kind D se navorsingsresultate verkry uit die HSPV

Kind D se voor- en natoetstellings verkry uit die HSPV word grafies met mekaar vergelyk en voorgestel deur **FIGUUR 6.14.** Die voor- en natoetstellings word bespreek deur te verwys na 'n ontleding en toepassing van die navorsingsresultate sowel as die aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van die terapie.

- **Grafiese voorstelling van die HSPV-faktore (A, C, E, O, Q_3)**

Kind A se navorsingsresultate vir die HSPV-faktore (A, C, E, O en Q_3) word voorgestel deur **FIGUUR 6.14.**

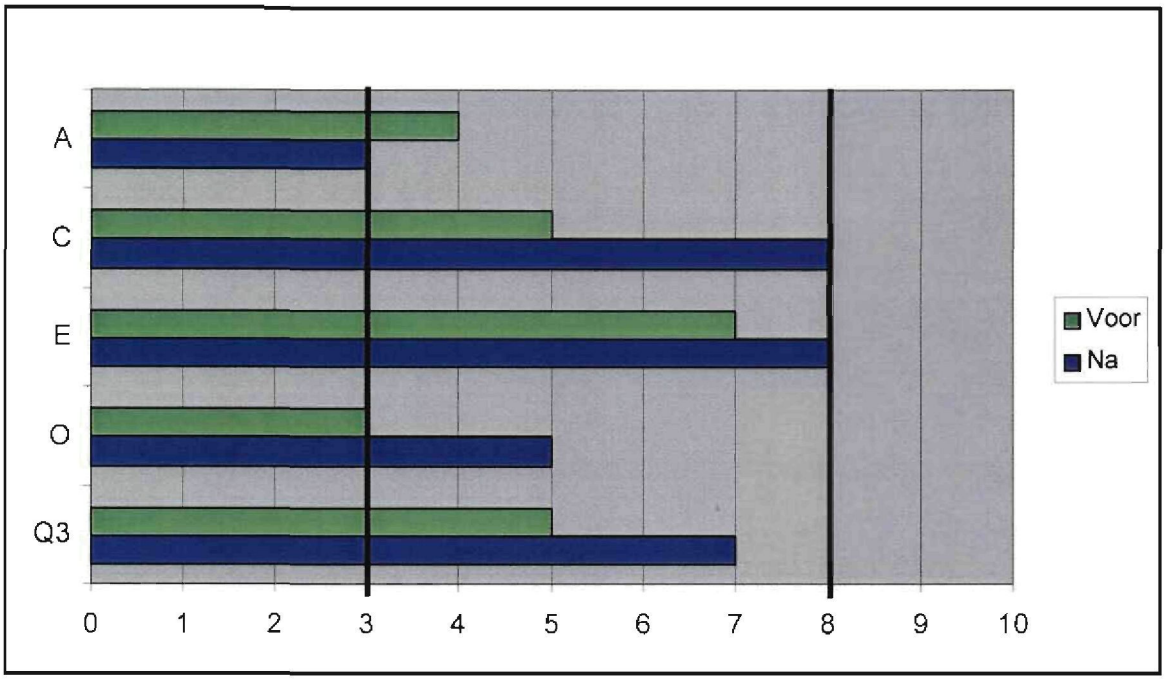
- **Ontleding van navorsingsresultate (HSPV-faktore A, C, E, O, Q_3)**

Uit Figuur 6.14 blyk dit dat Kind D se telling ten opsigte van faktor A (Terughoudendheid-Hartlikheid) afgeneem het tydens die natoetsing. Haar tellings ten opsigte van faktor C (Emosionele onvolwassenheid-Emosionele volwassenheid), faktor E (Onderdanigheid-Dominansie), faktor O (Selfversekerdheid-Skuldgeneigdheid) en faktor Q_3 (Onbeheersdheid-Selfbeheersing) het toegeneem tydens die natoetsing.

- **Toepassing van navorsingsresultate (HSPV-faktore A, C, E, O, Q_3)**

Tydens die natoetsing blyk dit dat Kind D minder hartlikheid en warmte beleef teenoor ander mense. Dit korreleer met 'n toename in skuldgeneigdheid wat dikwels aanleiding gee tot 'n groter mate van terughoudende gedrag.

FIGUUR 6.14: KIND D ▸ HSPV–FAKTORE



A = Terughoudendheid-Hartlikheid; C = Emosionele onvolwassenheid-Emosionele volwassenheid; E = Onderdanigheid-Dominansie; O = Selfversekerdheid-Skuldgeneigdheid; Q_3 = Onbeheersdheid-Selfbeheersing

Kind D was vir 'n geruime tydperk blootgestel aan seksuele molestering wat skuldgevoelens tot gevolg het. Kind D bevind haar nou in 'n lewensfase waar sy opnuut met haar seksualiteit gekonfronteer word. 'n Toename in faktor O impliseer ook 'n toename in angstigheid en bekommernis wat korreleer met die toename in haar belewing van seksuele ongemak (vgl. Figuur 6.13.2).

Blootstelling aan Mediese hipno-analise het 'n groter mate van emosionele volwassenheid en egosterkte teweeg gebring. Kind D is dus minder weerloos ten opsigte van emosionele onvolwassenheid en egoswakheid as risikofaktore vir emosionele weerloosheid (vgl. 3.3.3).

'n Toename in faktor E dui daarop dat die blootstelling aan Mediese hipno-analise 'n groter mate van selfstandigheid, onafhanklikheid en selfgeldendheid tot gevolg het. Selfstandigheid en onafhanklikheid is kwaliteite van emosionele

volwassewording (vgl. 3.5). Kind D is dus minder onderdanig en beïnvloedbaar en dus minder emosioneel weerloos. Kind D is geneig tot groter selfbeheersing en selfdissipline na afloop van die terapie en is dus minder emosioneel weerloos ten opsigte van onbeheerde, onnadenkende emosionaliteit. Selfbeheersing is 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5).

- **Aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van terapie (HSPV-faktore A, C, E, O, Q_3)**

'n Toename in faktor C (Emosionele onvolwassenheid-Emosionele volwassenheid) dui op 'n toename in emosionele stabiliteit as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5). 'n Toename in faktor E (Onderdanigheid-Dominansie) dui op 'n toename in selfstandigheid as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5).

'n Toename in faktor Q_3 (Onbeheersdheid-Selfbeheersing) dui op 'n toename in selfbeheersing as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5).

6.3.4.3 Grafiese voorstellings en bespreking van Kind D se navorsingsresultate verkry uit die Algemene welstand-vraelys

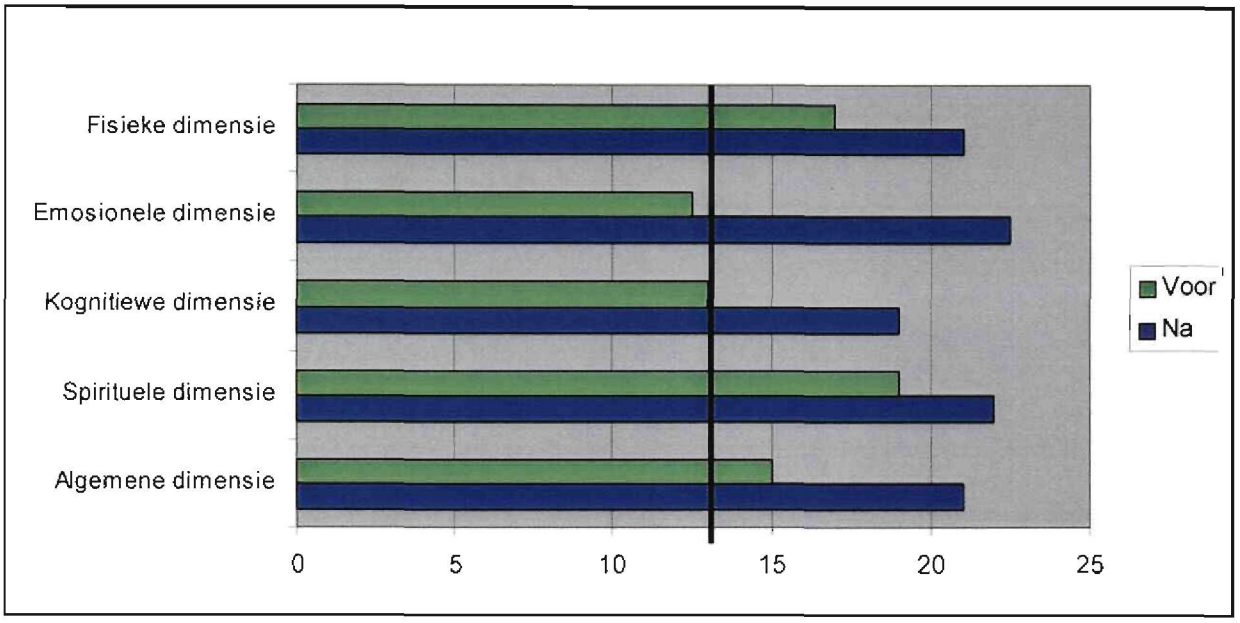
Kind D se voor- en natoetstellings verkry uit die Algemene welstand-vraelys word grafies met mekaar vergelyk en voorgestel deur **FIGUUR 6.15.1.**

Die voor- en natoetstellings word bespreek deur te verwys na 'n ontleding van die navorsingsresultate, bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte, die toepassing van die navorsingsresultate sowel as die aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van die terapie.

- **Grafiese voorstelling van die navorsingresultate verkry uit die Algemene welstand-vraelys**

Kind D se navorsingsresultate verkry uit die Algemene welstand-vraelys (fisieke, emosionele, kognitiewe, spirituele en algemene welstand) word voorgestel deur **FIGUUR 6.15.1.**

FIGUUR 6.15.1: KIND D ▸ ALGEMENE WELSTAND-VRAELYS



- **Ontleding van navorsingsresultate (Algemene welstand-vraelys)**

Uit Figuur 6.15.1. blyk dit dat Kind D se telling op die fisieke dimensie van die Algemene welstand-vraelys toegeneem het van 17 tydens die voortoetsing na 'n telling van 21 tydens die natoetsing. Ten opsigte van die emosionele dimensie het die telling toegeneem van 12.5 tydens die voortoetsing na 'n telling van 22.5 tydens die natoetsing. Ten opsigte van die kognitiewe dimensie het die telling toegeneem van 13 tydens die voortoetsing na 'n telling van 19 tydens die natoetsing.

- **Ontleding van navorsingsresultate (Algemene welstand-vraelys)**

Uit Figuur 6.15.1. blyk dit dat Kind D se telling op die fisieke dimensie van die Algemene welstand-vraelys toegeneem het van 17 tydens die voortoetsing na 'n telling van 21 tydens die natoetsing. Ten opsigte van die emosionele dimensie het die telling toegeneem van 12.5 tydens die voortoetsing na 'n telling van 22.5 tydens die natoetsing. Ten opsigte van die kognitiewe dimensie het die telling toegeneem van 13 tydens die voortoetsing na 'n telling van 19 tydens die natoetsing. Ten opsigte van die spirituele dimensie het die telling toegeneem van 19 tydens die voortoetsing na 'n telling van 22 tydens die natoetsing. Ten opsigte van die algemene dimensie het die telling toegeneem van 15 tydens die voortoetsing na 'n telling van 21 tydens die natoetsing.

- **Bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte (Algemene welstand-vraelys)**

Dit blyk dat Kind D fisieke, emosionele, kognitiewe, spirituele en gevolglik algemene welstand beleef (tellings ≥ 13).

- **Toepassing van navorsingsresultate (Algemene welstand-vraelys)**

Kind D beleef 'n groter mate van fisieke, emosionele, kognitiewe, spirituele en gevolglik ook algemene welstand na die blootstelling aan Mediese hipno-analise en is dus minder emosioneel weerloos ten opsigte daarvan.

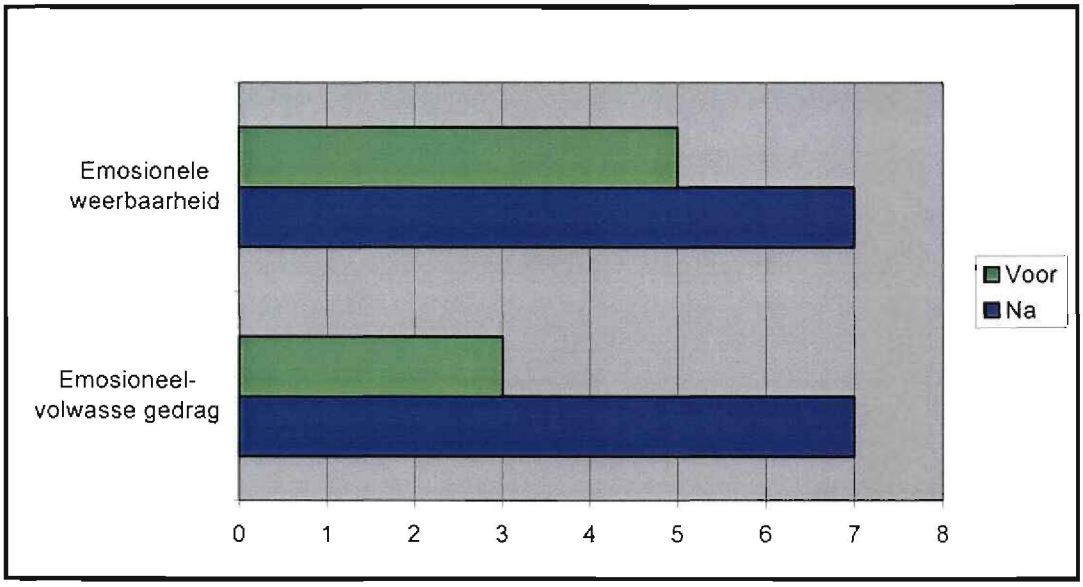
- **Aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van terapie (Algemene welstand-vraelys)**

'n Toename in emosionele welstand asook algemene welstand (fisieke, kognitiewe en spirituele welstand) kan as versterkend gesien word ten opsigte van emosionele volwassewording in die geheel (vgl. 3.5).

- **Grafiese voorstelling van die navorsingresultate verkry uit die Algemene welstand-vraelys: emosionele sub-dimensies**

Kind D se navorsingsresultate verkry uit die Algemene welstand-vraelys se emosionele sub-dimensies (emosionele weerbaarheid en emosioneel-volwasse gedrag) word voorgestel deur **FIGUUR 6.15.1.1** en bespreek deur te verwys na die ontleding en toepassing van die navorsingsresultate sowel as die aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van die terapie.

FIGUUR 6.15.1.1: KIND D ▸ ALGEMENE WELSTAND-VRAELYS EMOSIONELE SUB-DIMENSIES



- **Ontleding van navorsingsresultate (Algemene welstand-vraelys: emosionele sub-dimensies)**

Uit Figuur 6.15.1.1 blyk dit dat Kind D se telling op die sub-dimensie emosionele weerbaarheid toegeneem het van 5 tydens die voortoetsing na 'n telling van 7 tydens die natoetsing. Ten opsigte van die sub-dimensie emosioneel-volwasse gedrag het die telling toegeneem van 3 tydens die voortoetsing na 'n telling van 7 tydens die natoetsing.

- **Toepassing van navorsingsresultate (Algemene welstand-vraelys: emosionele sub-dimensies)**

Kind D is na die blootstelling aan Mediese hipno-analise meer emosioneel weerbaar en neig om meer emosioneel-volwasse op te tree. Sy is dus minder emosioneel weerloos en onvolwasse.

- **Aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van terapie (Algemene welstand-vraelys: emosionele sub-dimensies)**

'n Toename in emosionele weerbaarheid en emosioneel-volwasse gedrag kan gesien word as versterkend ten opsigte van emosionele volwassewording in die geheel (vgl. 3.5).

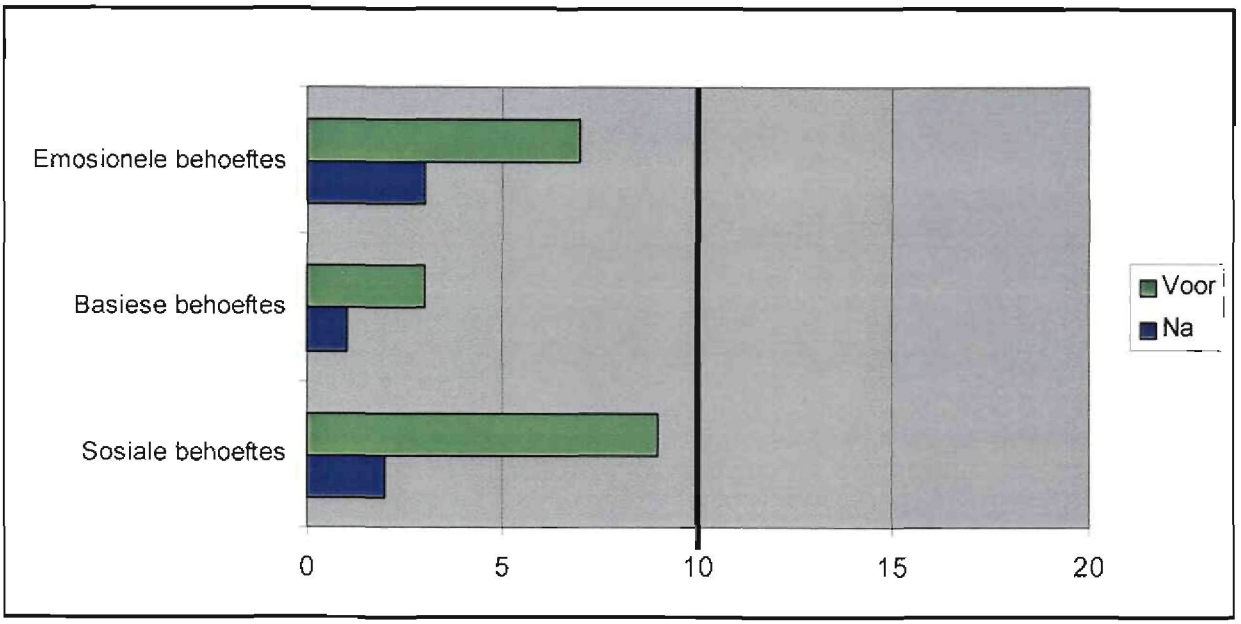
6.3.4.4 Grafiese voorstelling en bespreking van Kind D se navorsingsresultate verkry uit die Weerlose adolessent-vraelys

Kind D se voor- en natoetstellings verkry uit die Weerlose adolessent-vraelys word grafies met mekaar vergelyk en voorgestel deur **FIGUUR 6.16.** Die voor- en natoetstellings word bespreek deur te verwys na 'n ontleding van die navorsingsresultate, bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte, die toepassing van die navorsingsresultate sowel as die aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van die terapie.

- **Grafiese voorstelling van die navorsingsresultate verkry uit die Weerlose adolessent-vraelys**

Kind A se navorsingsresultate verkry uit die Weerlose adolessent-vraelys (emosionele behoeftes, basiese behoeftes en sosiale behoeftes) word voorgestel deur **FIGUUR 6.16.**

FIGUUR 6.16: KIND D ▸ WEERLOSE ADOLESSENT-VRAELYS



- **Ontleding van navorsingsresultate (Weerlose adolessent-vraelys)**

Uit Figuur 6.16 blyk dit dat Kind D se telling ten opsigte van Afdeling A: Emosionele behoeftes op die Weerlose adolessent-vraelys, afgeneem het van 7 tydens die voortoetsing na 'n telling van 3 tydens die natoetsing. Ten opsigte van Afdeling B: Basiese behoeftes, het die telling afgeneem van 3 tydens die voortoetsing na 'n telling van 1 tydens die natoetsing. Ten opsigte van Afdeling C: Sosiale behoeftes, het die telling afgeneem van 9 tydens die voortoetsing na 'n telling van 2 tydens die natoetsing.

- **Bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte (Weerlose adolessent-vraelys)**

Kind D se tellings lê onder die ankerpunt (telling ≥ 10) en dui daarop dat Kind D nie emosioneel weerloos staan ten opsigte van onbevredigde emosionele, basiese en sosiale behoeftes nie.

- **Toepassing van navorsingsresultate (Weerlose adolessent-vraelys)**

Na die blootstelling aan Mediese hipno-analise beleef Kind D 'n groter mate van bevrediging ten opsigte van haar emosionele, basiese en sosiale behoeftes, en is sy dus minder emosioneel weerloos ten opsigte daarvan. Emosionele en sosiale behoeftebevrediging is kwaliteite van emosionele volwassewording (vgl. 3.5).

- **Aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van terapie (Weerlose adolessent-vraelys)**

'n Afname in onbevredigde emosionele behoeftes kan gesien word as versterkend ten opsigte van emosionele behoeftebevrediging as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5). 'n Afname in onbevredigde sosiale behoeftes kan gesien word as versterkend ten opsigte van sosiale behoeftebevrediging as 'n kwaliteit van adolessente emosionele volwasse-wording (vgl. 3.5).

6.3.4.5 Samevatting van Kind D se navorsingsresultate

Na die bestudering van Kind D se navorsingsresultate het die navorser tot die volgende samevatting gekom betreffende die impak van Mediese hipno-analise op Kind D se emosionele volwassewordingsvoltrekking.

(a) Die impak van Mediese hipno-analise op Kind D

Die impak van Mediese hipno-analise op Kind D word geïnterpreteer uit die navorsingsresultate wat verkry is uit die MACI, HSPV, Algemene welstand-vraelys en die Weerlose adolessent-vraelys.

(i) MACI

Blootstelling aan Mediese hipno-analise het daartoe bygedra dat Kind D minder emosioneel weerloos gelaat is ten opsigte van die volgende risikofaktore vir emosionele weerloosheid:

- treurigheid;
- selfafbrekende gedrag;
- identiteitsdiffusie;
- selfgeringskatting;
- eetversteurings;
- middelmisbruikgeneigdheid;
- 'n depressiewe gemoedstoestand; en
- 'n selfmoordgeneigdheid.

Kind D is aangewese op verdere terapeutiese intervensie ten opsigte van problematiek rakende die aanwesigheid van 'n impulsiewe geneigdheid (basistelling $\geq$ 85).

(ii) HSPV

Blootstelling aan Mediese hipno-analise het positief bygedra tot 'n toename in:

- emosionele volwassenheid;
- dominansie; en
- selfbeheersing.

Kind D is aangewese op terapie ten aansien van haar terughoudende gedrag (telling van 3) en haar geneigdheid tot skuldgevoelens (telling van 8).

(iii) Algemene welstand-vraelys

Blootstelling aan Mediese hipno-analise het daartoe bygedra dat Kind D 'n groter mate van:

- fisieke welstand;
- emosionele welstand;
- emosionele weerbaarheid;
- emosioneel-volwasse gedrag;
- kognitiewe welstand;
- spirituele welstand; en
- algemene welstand beleef.

(iv) Weerlose adolessent-vraelys

Blootstelling aan Mediese hipno-analise het daartoe bygedra dat Kind D minder emosioneel weerloos is ten opsigte van die bevrediging van haar:

- emosionele behoeftes;
- basiese behoeftes; en
- sosiale behoeftes.

(b) Emosionele volwassewordingsvoltrekking van Kind D

Kind D se emosionele volwassewordingsmoontlikhede is in beweging gebring deur 'n toename in:

- dramatiserende gedrag;
- weerbarstige gedrag; en
- seksuele ongemak.

Kind D se emosionele volwassewordingsvoltrekking is versterk deur:

- emosionele volwassenheid;
- dominansie;
- selfbeheersing;
- emosionele welstand;
- emosionele weerbaarheid;
- emosioneel-volwasse gedrag;
- algemene welstand (insluitend fisieke, kognitiewe en spirituele welstand); en

'n afname in:

- identiteitsdiffusie;
- selfafbrekende gedrag;
- selfgeringskatting;
- 'n depressiewe gemoedstoestand;
- 'n selfmoordgeneigdheid;
- onbevredigde sosiale behoeftes; en
- onbevredigde emosionele behoeftes.

6.3.4.6 Gevolgtrekking uit Kind D se navorsingsresultate

Na die bestudering van Kind D se voor- en natoetsresultate het die navorser tot die volgende gevolgtrekking gekom betreffende die impak van Mediese hipno-analise op Kind D se emosionele volwassewordingsvoltrekking:

- Kind D se emosionele volwassewordingsmoontlikhede is in beweging gebring deur 'n toename in dramatiserende gedrag, weerbarstigheid en seksuele ongemak.

- Blootstelling aan Mediese hipno-analise as 'n korttermyn-gerigte terapeutiese tegniek, het Kind D in staat gestel tot groei in emosionele volwassewording deur 'n toename in die verkryging van die volgende volwassewordingskwaliteite:

  - selfaanvaarding;
  - identiteitsverwerwing;
  - vestiging van eiewaarde;
  - gesonde persoonsfunksionering;
  - 'n besef van die sinvolheid van bestaan;
  - emosionele stabiliteit;
  - selfstandigheid;
  - selfbeheersing;
  - emosionele welstand;
  - emosionele weerbaarheid;
  - emosioneel-volwasse gedrag;
  - algemene welstand;
  - emosionele behoeftebevrediging; en
  - sosiale behoeftebevrediging.

- Hoewel groei plaasgevind het in bogenoemde volwassewordingskwaliteite is sekere volwassewordingskwaliteite (deurdagte optrede, bevrediging van affiliasiebehoeftes en bevredigende sosiale interaksie) nog nie optimaal voltrek nie en is Kind D aangewese op voortgesette terapeutiese intervensie.

Die gebruik van Mediese hipno-analise het dus die terapeut, as opvoedkundige sielkundige, bemagtig om Kind D, as emosioneel-weerlose adolessent, te begelei tot groei in emosionele volwassewording.

6.3.5 KIND E

Kind E se voor- en natoetstellings op die MACI, HSPV, Algemene welstand-vraelys en die Weerlose adolessent-vraelys word grafies met mekaar vergelyk en voorgestel deur **FIGURE 6.17.1, 6.17.2, 6.17.3, 6.18, 6.19.1, 6.19.1.1 en 6.20.** 'n Bespreking van Kind E se voor- en natoetsresultate volg ná elke grafiese voorstelling.

6.3.5.1 Grafiese voorstellings en bespreking van Kind E se navorsings-resultate verkry uit die MACI

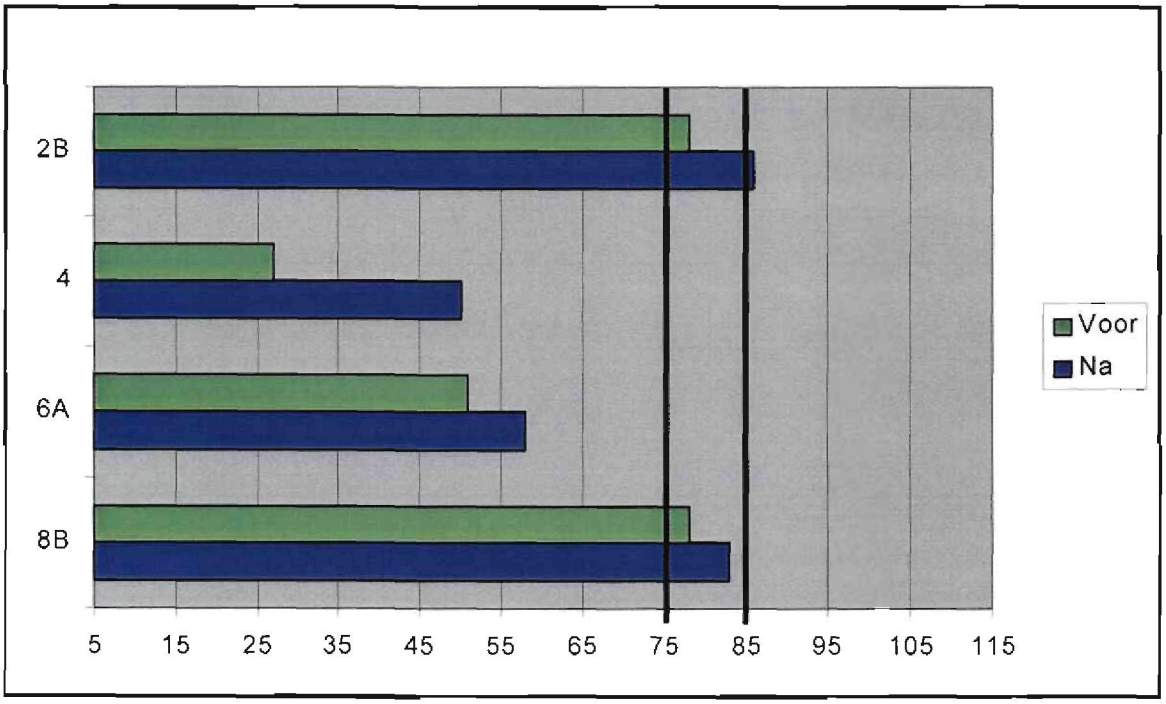
Kind E se voor- en natoetstellings verkry uit die MACI word grafies met mekaar vergelyk en voorgestel deur **FIGURE 6.17.1, 6.17.2 en 6.17.3.** Die voor- en natoetstellings word bespreek deur te verwys na 'n ontleding van die

navorsingsresultate, bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte, die toepassing van die navorsingsresultate sowel as die aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van die terapie.

- **Grafiese voorstelling van die MACI-persoonlikheidstyle (Skale 2B, 4, 6A, 8B)**

Kind E se navorsingsresultate vir die MACI-persoonlikheidstyle (skale 2B, 4, 6A en 8B) word voorgestel deur **FIGUUR 6.17.1.**

FIGUUR 6.17.1: KIND E ▸ MACI–PERSOONLIKHEIDSTYLE



2B = Treurigheid; 4 = Dramatiserend; 6A = Weerbarstigheid; 8B = Selfafbrekend

- **Ontleding van navorsingsresultate (MACI-skale 2B, 4, 6A, 8B)**

Uit Figuur 6.17.1 blyk dit dat Kind E op skaal 2B (Treurigheid) tydens die voortoetsing 'n telling behaal het van 78, wat tydens die natoetsing toegeneem het na 'n telling van 86. Ten opsigte van skaal 4 (Dramatiserend) het die telling

toegeneem van 27 tydens die voortoetsing na 'n telling van 50 tydens die natoetsing. Ten opsigte van skaal 6A (Weerbarstigheid) het die telling toegeneem van 51 tydens die voortoetsing na 'n telling van 58 tydens die natoetsing. Ten opsigte van skaal 8B (Selfafbrekend) het die telling toegeneem van 78 tydens die voortoetsing na 'n telling van 83 tydens die natoetsing.

- **Bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte (MACI-skale 2B, 4, 6A, 8B)**

Treurigheid (skaal 2B) en selfafbrekende gedrag (skaal 8B) presenteer as persoonlikheidstyle by Kind E tydens die voortoetsing (basistellings ≥ 75). Die natoetsing dui aan dat selfafbrekende gedrag (skaal 8B) as persoonlikstyl presenteer (basistelling ≥ 75) en dat treurigheid (skaal 2B) presenteer as die mees prominente persoonlikheidstyl by Kind E (basistelling ≥ 85).

- **Toepassing van navorsingsresultate (MACI-skale 2B, 4, 6A, 8B)**

Tydens die natoetsing blyk dit dat Kind E meer treurig is. Haar gesinsituasie het sodanig versleg dat sy nie meer woonagtig is in haar ouerhuis nie (vgl. Figuur 5.6.1). Treurigheid by Kind E kan gesien word as 'n simptoom van 'n depressiewe gemoedstoestand en korreleer derhalwe met 'n toename in haar telling op skaal FF (Depressiewe gemoedstoestand) (vgl. Figuur 6.17.3). Die natoetsing dui op 'n toename in selfafbrekende gedrag by Kind E. Dit is waarskynlik die gevolg van die ernstige emosionele en fisiese mishandeling wat haar huisverlating voorafgegaan het (vgl. Figuur 5.6.1).

- **Aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van terapie (MACI-skale 2B, 4, 6A, 8B)**

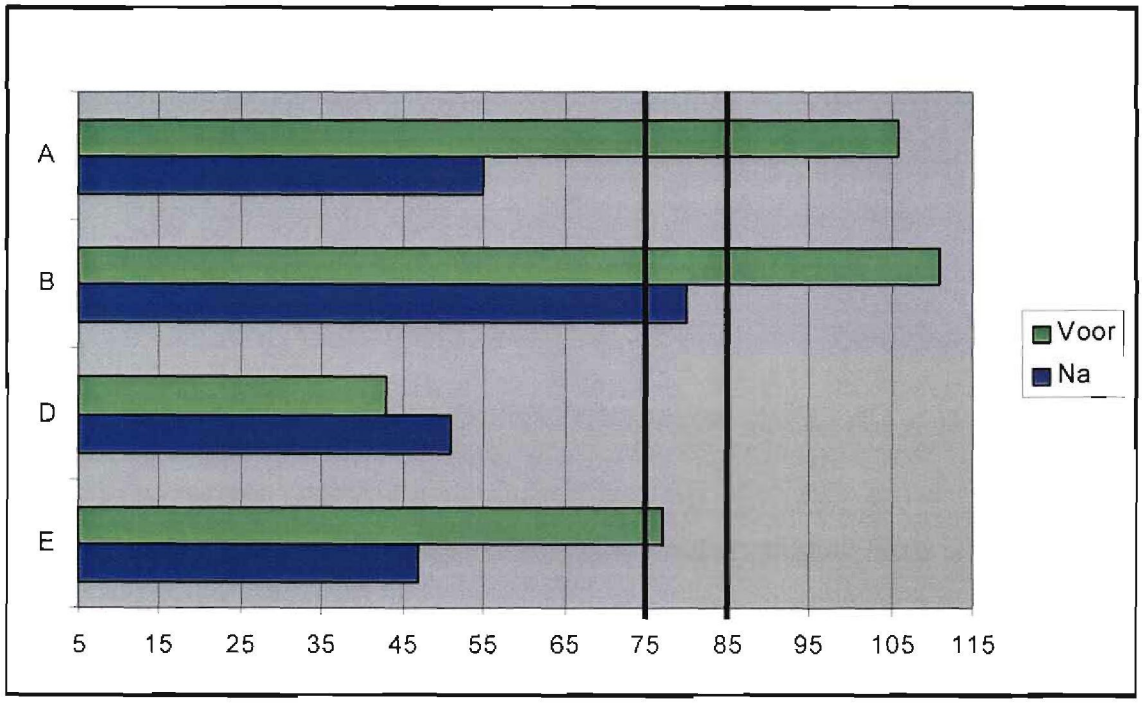
'n Toename in dramatiserende en weerbarstige gedrag kan as 'n positiewe uitkoms gesien word van die terapie, aangesien dit dui op die in-beweging-gaan van Kind E se emosionele volwassewordingsmoontlikhede (vgl. 6.2.1). Kind E

se emosionele volwassewording word egter gerem deur 'n selfafbrekende persoonlikheidstyl. Selfaanvaarding as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording is dus nog nie toereikend ontwikkel by Kind E nie (vgl. 3.5).

- **Grafiese voorstelling van die MACI-probleemareas (skale A, B, D, E)**

Kind E se navorsingsresultate vir die MACI-probleemareas (skale A, B, D en E) word voorgestel deur **FIGUUR 6.17.2.**

FIGUUR 6.17.2: KIND E ▸ MACI–PROBLEEMAREAS



A = Identiteitsdiffusie; B = Selfgeringskatting; D = Seksuele ongemak; E = Groepsonsekerheid

- **Ontleding van navorsingsresultate (MACI-skale A, B, D, E)**

Uit Figuur 6.17.2 blyk dit dat Kind E se telling op skaal A (Identiteitsdiffusie) afgeneem het van 106 tydens die voortoetsing na 'n telling van 55 tydens die natoetsing. Ten opsigte van skaal B (Selfgeringskatting) het die telling afgeneem van 111 tydens die voortoetsing na 'n telling van 80 tydens die natoetsing. Ten

opsigte van skaal D (Seksuele ongemak) het die telling toegeneem van 43 tydens die voortoetsing na 'n telling van 51 tydens die natoetsing. Ten opsigte van skaal E (Groepsonsekerheid) het die telling afgeneem van 77 tydens die voortoetsing na 'n telling van 47 tydens die natoetsing.

- **Bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte (MACI-skale A, B, D, E)**

Groepsonsekerheid (skaal E) presenteer as probleemarea by Kind E tydens die voortoetsing (basistelling ≥ 75). Identiteitsdiffusie (skaal A) en Selfgering-skatting (skaal B) presenteer as die mees prominente probleemareas tydens die voortoetsing (basistellings ≥ 85). Selfgeringskatting (skaal B) as probleemarea presenteer by Kind E tydens die natoetsing (basistelling ≥ 75). Identiteitsdiffusie en Groepsonsekerheid presenteer nie meer as probleemareas by Kind E tydens die natoetsing nie (basistellings ≥ 75).

- **Toepassing van navorsingsresultate (MACI-skale A, B, D, E)**

Kind E is minder geneig tot identiteitsdiffusie en dus minder emosioneel weerloos ten opsigte van identiteitsdiffusie as risikofaktor vir emosionele weerloosheid (vgl. 3.3.3). Kind E is minder geneig tot selfgeringskatting. Selfgeringskatting dui op 'n lae eiewaarde. Kind E is dus minder emosioneel weerloos ten opsigte van 'n lae eiewaarde as risikofaktor vir emosionele weerloosheid (vgl. 3.3.3). Kind E is ook minder onseker oor haar posisie in die portuurgroep na afloop van die terapie.

Blootstelling aan Mediese hipno-analise het Kind E minder emosioneel weerloos gelaat ten opsigte van groepsonsekerheid as risikofaktor vir emosionele weerloosheid (vgl. 3.3.3).

- **Aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van terapie (MACI-skale A, B, D, E)**

'n Afname in identiteitsdiffusie kan as versterkend gesien word ten opsigte van identiteitsverwerwing as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5).

'n Afname in selfgeringskatting kan as versterkend gesien word ten opsigte van die vestiging van eiewaarde as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5). Kind E se natoetstelling ten opsigte van selfgeringskatting (basistelling ≥ 75) dui egter daarop dat haar emosionele volwassewording nog steeds gerem word deur die aanwesigheid van 'n lae eiewaarde as probleemarea.

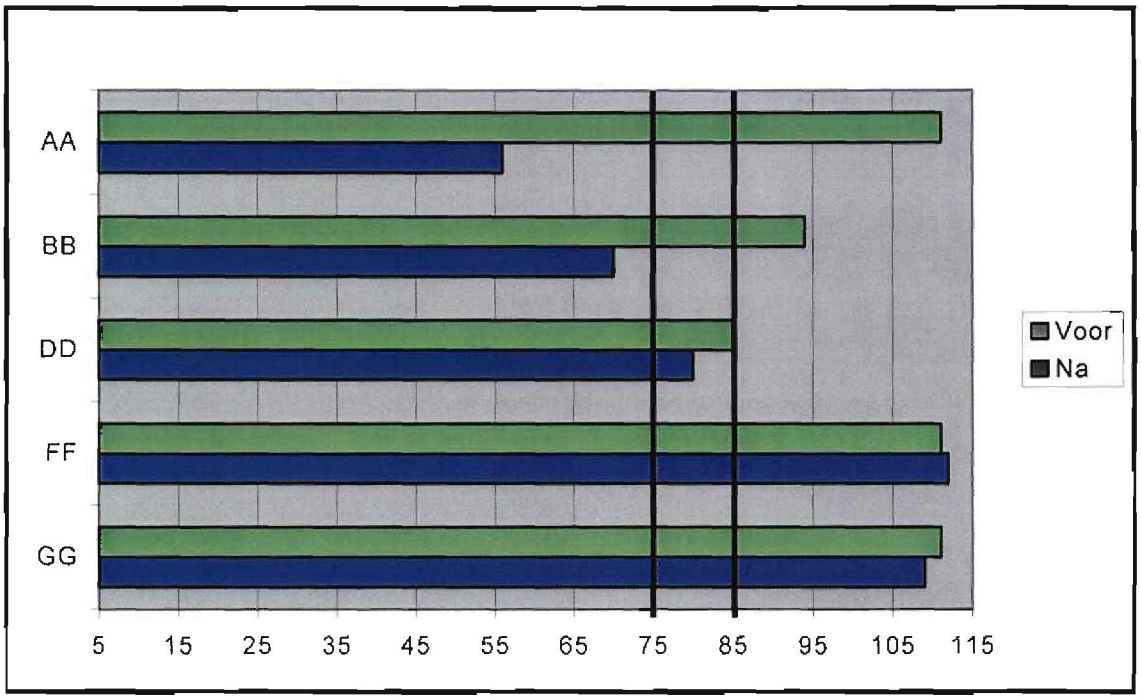
'n Toename in seksuele ongemak by Kind E kan as positief gesien word in die lig van hierdie ondersoek, aangesien dit dui op die in-beweging-gaan van haar emosionele volwassewordingsmoontlikhede (vgl. 6.2.1).

'n Afname in groepsonsekerheid kan beskou word as versterkend ten opsigte van die bevrediging van affiliasiebehoeftes as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5).

- **Grafiese voorstelling van die MACI-kliniese sindrome (Skale AA, BB, DD, FF, GG)**

Kind E se navorsingsresultate vir die MACI-kliniese sindrome (skale AA, BB, DD, FF en GG) word voorgestel deur **FIGUUR 6.17.3.**

FIGUUR 6.17.3: KIND E ▸ MACI–KLINIESE SINDROME



AA = Eetversteurings; BB = Middelmisbruikgeneigdheid; DD = Impulsiewe geneigdheid; FF = Depressiewe gemoedstoestand; GG = Selfmoordgeneigdheid

- **Ontleding van navorsingsresultate (MACI-skale AA, BB, DD, FF, GG)**

Uit Figuur 6.17.3 blyk dit dat Kind E op skaal AA (Eetversteurings) tydens die voortoetsing 'n telling behaal het van 111 wat tydens die natoetsing afgeneem het na 'n telling van 56. Ten opsigte van skaal BB (Middelmisbruikgeneigdheid) het die telling afgeneem van 94 tydens die voortoetsing na 'n telling van 70 tydens die natoetsing. Ten opsigte van skaal DD (Impulsiewe geneigdheid) het die telling afgeneem van 85 tydens die voortoetsing na 'n telling van 80 tydens die natoetsing.

Ten opsigte van skaal FF (Depressiewe gemoedstoestand) het die telling toegeneem van 111 tydens die voortoetsing na 'n telling van 112 tydens die natoetsing. Ten opsigte van skaal GG (Selfmoordgeneigdheid) het die telling

afgeneem van 111 tydens die voortoetsing na 'n telling van 109 tydens die natoetsing.

- **Bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte (MACI-skale AA, BB, DD, FF, GG)**

Eetversteurings (skaal AA), Middelmisbruikgeneigdheid (skaal BB), Impulsiewe geneigdheid (skaal DD), Depressiewe gemoedstoestand (skaal FF) en Selfgeringskatting (skaal GG) presenteer as die mees prominente kliniese sindrome tydens die voortoetsing (basistellings ≥ 85). 'n Impulsiewe geneigdheid (skaal DD) as kliniese sindroom presenteer tydens die natoetsing by Kind E (basistelling ≥ 75). 'n Depressiewe gemoedstoestand (skaal FF) en 'n Selfmoordgeneigdheid (skaal GG) presenteer as die mees prominente kliniese sindrome by Kind E tydens die natoetsing (basistellings ≥ 85).

- **Toepassing van navorsingsresultate (MACI-skale AA, BB, DD, FF, GG)**

Kind E is minder geneig tot eetversteurings en dus minder emosioneel weerloos ten opsigte van eetversteurings as risikofaktor vir emosionele weerloosheid (vgl. 3.3.3). Blootstelling aan Mediese hipno-analise het Kind E ook minder emosioneel weerloos gelaat ten opsigte van middelmisbruikgeneigdheid, 'n impulsiewe geneigdheid en 'n selfmoordgeneigheid as risikofaktore vir emosionele weerloosheid (vgl. 3.3.3).

Kind E blyk meer depressief te wees tydens die natoetsing wat waarskynlik toegeskryf kan word aan die feit dat haar stiefvader haar emosioneel en fisies mishandel het en haar daarna die huis belet het (vgl. Figuur 5.6.1).

- **Aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van terapie (MACI-skale AA, BB, DD, FF, GG)**

'n Afname in 'n impulsiewe geneigdheid by Kind E kan as versterkend gesien word ten opsigte van deurdagte optrede as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5). Kind E se natoetstelling ten opsigte van 'n impulsiewe geneigdheid (basistelling ≥ 75) dui egter daarop dat haar emosionele volwassewording nog steeds gerem word deur die aanwesigheid van 'n impulsiewe geneigdheid as kliniese sindroom. Deurdagte optrede as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording is dus nog nie toereikend ontwikkel by Kind E nie (vgl. 3.5).

Kind E se emosionele volwassewording word gerem deur die aanwesigheid van 'n depressiewe gemoedstoestand (basistelling ≥ 85). Gesonde persoonsfunksionering as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording is dus nog nie toereikend voltrek nie (vgl. 3.5).

'n Afname in 'n selfmoordgeneigdheid by Kind E kan as versterkend gesien word ten opsigte van 'n besef van die sinvolheid van bestaan. Kind E se natoetstelling (basistelling ≥ 85) dui egter daarop dat haar emosionele volwassewording nog steeds gerem word deur die aanwesigheid van 'n selfmoordgeneigdheid as kliniese sindroom. 'n Besef van die sinvolheid van bestaan as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording is dus nog nie toereikend ontwikkel nie (vgl. 3.5).

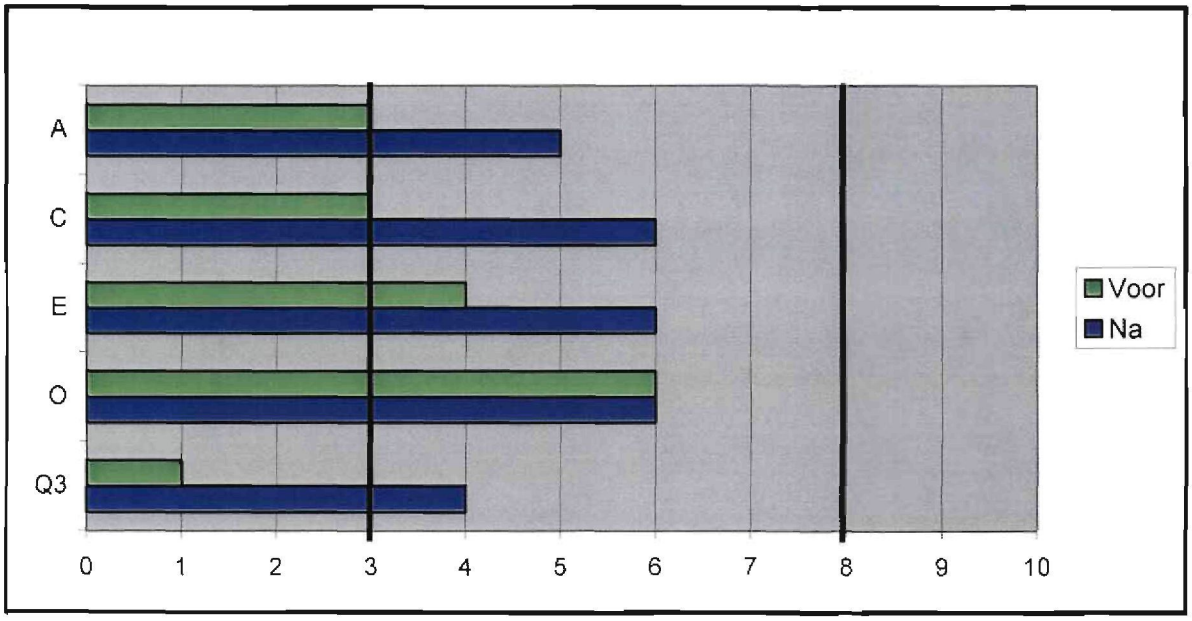
6.3.5.2 Grafiese voorstelling en bespreking van Kind E se navorsingsresultate verkry uit die HSPV

Kind E se voor- en natoetstellings verkry uit die HSPV word grafies met mekaar vergelyk en voorgestel deur **FIGUUR 6.18.** Die voor- en natoetstellings word bespreek deur te verwys na 'n ontleding en toepassing van die navorsingsresultate sowel as die aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van die terapie.

- **Grafiese voorstelling van die HSPV-faktore (A, C, E, O, Q_3)**

Kind E se navorsingsresultate vir die HSPV-faktore (A, C, E, O en Q_3) word voorgestel deur **FIGUUR 6.18.**

FIGUUR 6.18: KIND E ▸ HSPV–FAKTORE



A = Terughoudendheid-Hartlikheid; C = Emosionele onvolwassenheid-Emosionele volwassenheid; E = Onderdanigheid-Dominansie; O = Selfversekerdheid-Skuldgeneigdheid; Q_3 = Onbeheersdheid-Selfbeheersing

- **Ontleding van navorsingsresultate (HSPV-faktore A, C, E, O, Q_3)**

Uit Figuur 6.18 blyk dit dat Kind E se tellings ten opsigte van faktor A (Terughoudendheid-Hartlikheid), faktor C (Emosionele onvolwassenheid-Emosionele volwassenheid), faktor E (Onderdanigheid-Dominansie) en faktor Q_3 (Onbeheersdheid-Selfbeheersing) toegeneem het tydens die natoetsing. Sy het ten opsigte van faktor O (Selfversekerdheid-Skuldgeneigdheid) dieselfde telling behaal tydens die voortoetsing en natoetsing.

- **Toepassing van navorsingsresultate (HSPV-faktore A, C, E, O, Q_3)**

Blootstelling aan Mediese hipno-analise het 'n groter mate van hartlikheid en warmte by Kind E teweeg gebring. Sy is ook meer geneig om haar gevoelens te wys en meer verdraagsaam te wees teenoor mense. Sy is minder emosioneel weerloos deurdat sy haar gevoelens kan wys, meer kontak kan maak met ander mense en meer betekenisvolle sosiale bande kan smee. Bevredigende sosiale interaksie is 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5). Kind E blyk beter aangepas te wees in skoolverband en meer te sosialiseer met lede van haar portuurgroep. Die bevrediging van affiliasiebehoeftes is 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5).

Kind E toon 'n groter geneigdheid tot emosionele volwassenheid en meer egosterkte na afloop van die terapie. Kind E is dus minder emosioneel weerloos ten opsigte van emosionele onvolwassenheid en egoswakheid as risikofaktore vir emosionele weerloosheid (vgl. 3.3.3). Kind E is geneig tot groter selfbeheersing en selfdissipline na afloop van die terapie en dus minder emosioneel weerloos ten opsigte van onbeheerde, onnadenkende emosionaliteit (vgl. 3.3.3). Kind E se tellings ten opsigte van faktor O (Selfversekerdheid-Skuldgeneigdheid) het konstant gebly. Die 3 kerngebeurtenisse onderliggend aan die Ponce de Leon-sindroom het nie gemanifesteer as 'n skuldsindroom nie en Kind E se skuldgevoelens is dus nie terapeuties hanteer nie (vgl. 5.2.5.7).

- **Aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van terapie (HSPV-faktore A, C, E, O, Q_3)**

'n Toename in faktor C (Emosionele onvolwassenheid-Emosionele volwassenheid) dui op 'n toename in emosionele stabiliteit as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5). 'n Toename in faktor E (Onderdanigheid-Dominansie) dui op 'n toename in selfstandigheid as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5). 'n Toename in faktor Q_3 (Onbeheersd-

heid-Selfbeheersing) dui op 'n toename in selfbeheersing as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5).

6.3.5.3 Grafiese voorstellings en bespreking van Kind E se navorsingsresultate verkry uit die Algemene welstand-vraelys

Kind E se voor- en natoetstellings verkry uit die Algemene welstand-vraelys word grafies met mekaar vergelyk en voorgestel deur **FIGUUR 6.19.1.** Die voor- en natoetstellings word bespreek deur te verwys na 'n ontleding van die navorsingsresultate, bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte, die toepassing van die navorsingsresultate sowel as die aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van die terapie.

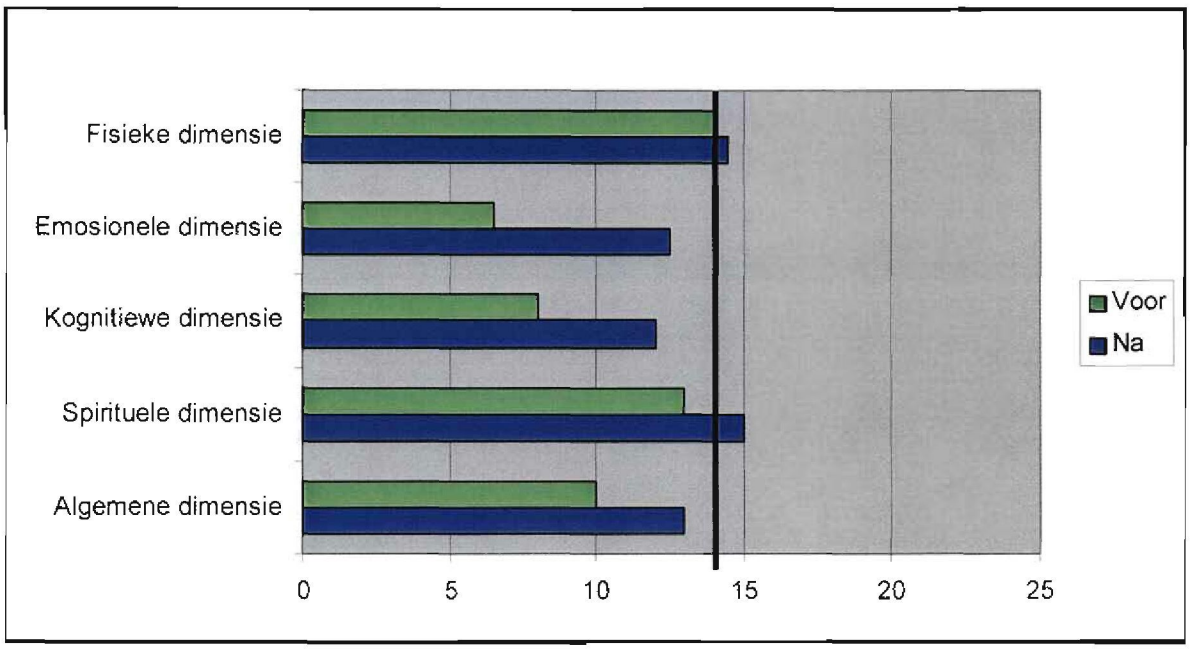
- **Grafiese voorstelling van die navorsingsresultate verkry uit die Algemene welstand-vraelys**

Kind E se navorsingsresultate verkry uit die Algemene welstand-vraelys (fisieke, emosionele, kognitiewe, spirituele en algemene dimensie) word voorgestel deur **FIGUUR 6.19.1.**

- **Ontleding van navorsingsresultate (Algemene welstand-vraelys)**

Uit Figuur 6.19.1 blyk dit dat Kind E se telling ten opsigte van die fisieke dimensie van die Algemene welstand-vraelys toegeneem het van 14 tydens die voortoetsing na 'n telling van 14.5 tydens die natoetsing. Ten opsigte van die emosionele dimensie het die telling toegeneem van 6.5 tydens die voortoetsing na 'n telling 12.5 tydens die natoetsing. Ten opsigte van die kognitiewe dimensie het die telling toegeneem van 8 tydens die voortoetsing na 'n telling van 12 tydens die natoetsing.

FIGUUR 6.19.1: KIND E ▸ ALGEMENE WELSTAND-VRAELYS



Ten opsigte van die spirituele dimensie het die telling toegeneem van 13 tydens die voortoetsing na 'n telling van 15 tydens die natoetsing.

Ten opsigte van die algemene dimensie het die telling toegeneem van 10 tydens die voortoetsing na 'n telling van 13 tydens die natoetsing.

- **Bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte (Algemene welstand-vraelys)**

Kind E blyk fisiek gesond te wees (telling ≥ 13). Spiritualiteit kenmerk haar belewing van welstand tydens die natoetsing (telling ≥ 13). Tydens die voortoetsing beleef Kind E slegs fisieke welstand (telling ≥ 13). Tydens die natoetsing beleef sy fisieke, spirituele en algemene welstand (tellings ≥ 13).

- **Toepassing van navorsingsresultate (Algemene welstand-vraelys)**

Kind E beleef 'n groter mate van fisieke, emosionele, kognitiewe, spirituele en gevolglik algemene welstand na die blootstelling aan Mediese hipno-analise en is dus minder emosioneel weerloos ten opsigte daarvan.

- **Aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van terapie (Algemene welstand-vraelys)**

Fisieke en spirituele welstand (tellings ≥ 13) sowel as 'n toename in emosionele, kognitiewe en algemene welstand kan gesien word as versterkend ten opsigte van emosionele volwassewording in die geheel (vgl. 3.5).

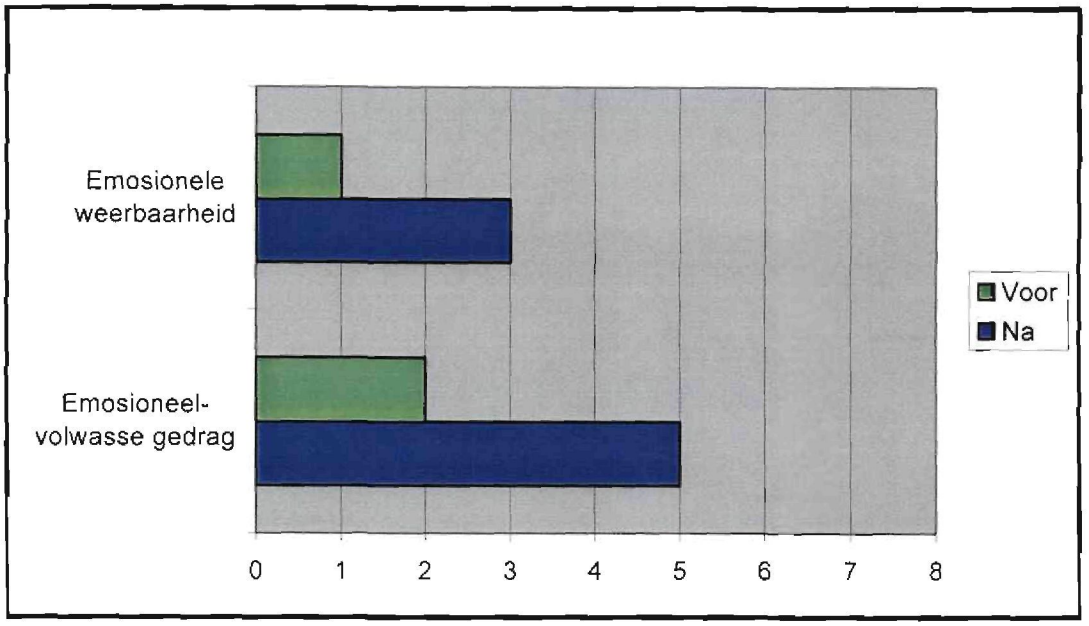
- **Grafiese voorstelling van die navorsingresultate verkry uit die Algemene welstand-vraelys: emosionele sub-dimensies**

Kind E se navorsingsresultate verkry uit die Algemene welstand-vraelys se *emosionele sub-dimensies* (*emosionele weerbaarheid* en *emosioneel-volwasse gedrag*) word voorgestel deur **FIGUUR 6.19.1.1** en bespreek deur te verwys na die ontleding en toepassing van die navorsingsresultate sowel as die aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van die terapie.

- **Ontleding van navorsingsresultate (Algemene welstand-vraelys: emosionele sub-dimensies)**

Uit Figuur 6.19.1.1 blyk dit dat Kind E se telling ten opsigte van die sub-dimensie emosionele weerbaarheid toegeneem het van 1 tydens die voortoetsing na 'n telling van 3 tydens die natoetsing. Ten opsigte van die sub-dimensie emosioneel-volwasse gedrag het die telling toegeneem van 2 tydens die voortoetsing na 'n telling 5 tydens die natoetsing.

FIGUUR 6.19.1.1: KIND E ▸ ALGEMENE WELSTAND-VRAELYS EMOSIONELE SUB-DIMENSIES



- **Toepassing van navorsingsresultate (Algemene welstand-vraelys: emosionele sub-dimensies)**

Kind E is na die blootstelling aan Mediese hipno-analise meer emosioneel weerbaar en neig om meer emosioneel-volwasse op te tree. Sy is dus minder emosioneel weerloos en onvolwasse.

- **Aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van terapie Algemene welstand-vraelys: emosionele sub-dimensies)**

'n Toename in emosionele weerbaarheid en emosioneel-volwasse gedrag kan gesien word as versterkend ten opsigte van emosionele volwassewording in die geheel (vgl. 3.5).

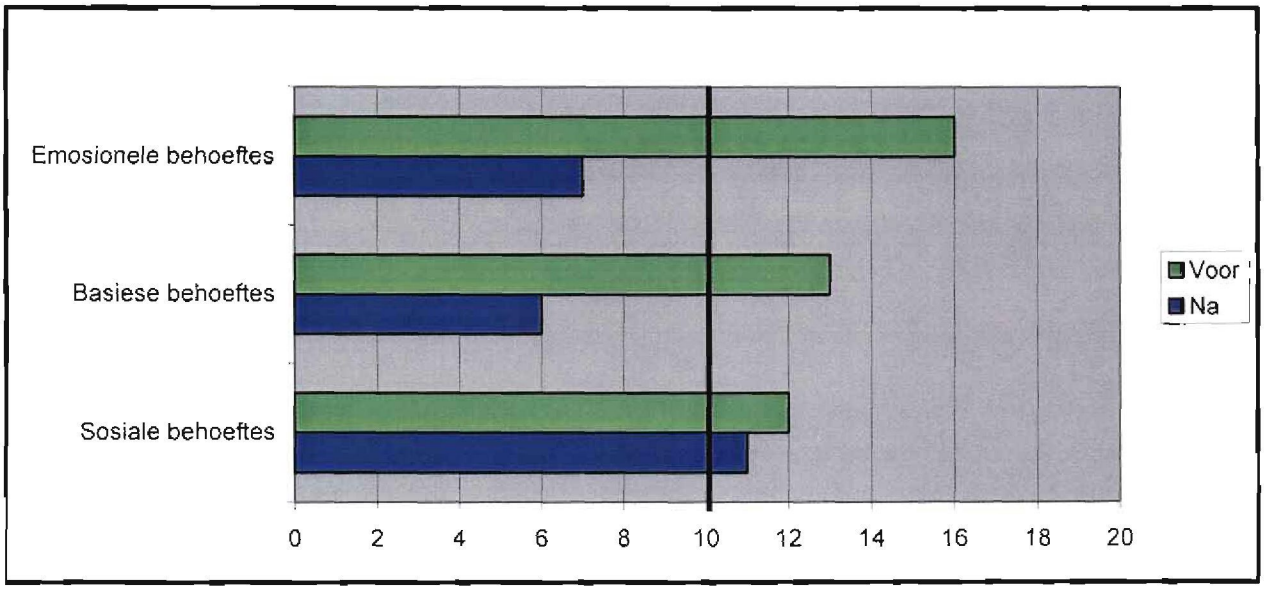
6.3.5.4 Voorstelling en bespreking van Kind E se navorsings-resultate verkry uit die Weerlose adolessent-vraelys

Kind E se voor- en natoetstellings verkry uit die Weerlose adolessent-vraelys word grafies met mekaar vergelyk en voorgestel deur **FIGUUR 6.20.** Die voor- en natoetstellings word bespreek deur te verwys na 'n ontleding van die navorsingsresultate, bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte, die toepassing van die navorsingsresultate sowel as die aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van die terapie.

- **Grafiese voorstelling van die navorsingsresultate verkry uit die Weerlose adolessent-vraelys**

Kind E se navorsingsresultate verkry uit die Weerlose adolessent-vraelys (emosionele behoeftes, basiese behoeftes en sosiale behoeftes) word voorgestel deur **FIGUUR 6.20.**

FIGUUR 6.20: KIND E ▸ WEERLOSE ADOLESSENT-VRAELYS



- **Ontleding van navorsingsresultate (Weerlose adolessent-vraelys)**

Uit Figuur 6.20 blyk dit dat Kind E se telling ten opsigte van Afdeling A: Emosionele behoeftes op die Weerlose adolessent-vraelys, afgeneem het van 16 tydens die voortoetsing na 'n telling van 7 tydens die natoetsing. Ten opsigte van Afdeling B: Basiese behoeftes, het die telling afgeneem van 13 tydens die voortoetsing na 'n telling van 6 tydens die natoetsing. Ten opsigte van Afdeling C: Sosiale behoeftes, het die telling afgeneem van 12 tydens die voortoetsing na 'n telling van 11 tydens die natoetsing.

- **Bespreking van die tellings in terme van die ankerpunte (Weerlose adolessent-vraelys)**

Kind E blyk emosioneel weerloos te wees ten opsigte van haar emosionele behoeftes, basiese behoeftes en sosiale behoeftes tydens die voortoetsing (tellings $\geq$ 10). Hoewel sy minder weerloos is ten opsigte van onbevredigde sosiale behoefte tydens die natoetsing, oorskry haar telling steeds die ankerpunt (telling $\geq$ 10).

- **Toepassing van navorsingsresultate (Weerlose adolessent-vraelys)**

Na die blootstelling aan Mediese hipno-analise beleef Kind E 'n groter mate van bevrediging ten opsigte van haar emosionele behoeftes, basiese behoeftes en sosiale behoeftes en is sy dus minder emosioneel weerloos ten opsigte daarvan.

- **Aktualisering van emosionele volwassewording as uitkoms van terapie (Weerlose adolessent-vraelys)**

'n Afname in onbevredigde emosionele behoeftes kan gesien word as versterkend ten opsigte van emosionele behoeftebevrediging as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5). 'n Afname in onbevredigde sosiale

behoeftes kan gesien word as versterkend ten opsigte van sosiale behoeftebevrediging as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5).

Kind E se natoetstelling (telling ≥ 10) dui egter daarop dat haar emosionele volwassewording steeds gerem word deur onbevredigde sosiale behoeftes. Sosiale behoeftebevrediging as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording is dus nog nie toereikend voltrek by Kind E nie (vgl. 3.5).

6.3.5.5 Samevatting van Kind E se navorsingsresultate

Na die bestudering van Kind E se navorsingsresultate het die navorser tot die volgende samevatting gekom betreffende die impak van Mediese hipno-analise op Kind E se emosionele volwassewordingsvoltrekking.

(a) Die impak van Mediese hipno-analise op Kind E

Die impak van Mediese hipno-analise op Kind E word geïnterpreteer uit die navorsingsresultate wat verkry is uit die MACI, HSPV, Algemene welstand-vraelys en die Weerlose adolessent-vraelys.

(i) MACI

Blootstelling aan Mediese hipno-analise het daartoe bygedra dat Kind E minder emosioneel weerloos gelaat is ten opsigte van die volgende risikofaktore vir emosionele weerloosheid:

- identiteitsdiffusie;
- selfgeringskatting;
- groepsonsekerheid;
- eetversteurings;
- middelmisbruikgeneigdheid;
- 'n impulsiewe geneigdheid; en

- 'n selfmoordgeneigdheid.

Hoewel Kind E minder emosioneel weerloos gelaat is ten aansien van selfgeringskatting en 'n impulsiewe geneigdheid, word haar emosionele volwassewording steeds gerem deur die aanwesigheid van sodanige problematiek (basistellings ≥ 75). Ten spyte van 'n afname van 'n selfmoord-geneigdheid by Kind E, word haar emosionele volwassewording steeds daardeur gerem (basistelling ≥ 85).

Kind E is dus aangewese op verdere terapeutiese intervensie nie net ten aansien van laasgenoemde problematiek nie, maar ook ten aansien van die aanwesigheid van 'n depressiewe gemoedstoestand en treurigheid (basistellings ≥ 85), sowel as selfafbrekende gedrag (basistelling ≥ 75).

(ii) HSPV

Blootstelling aan Mediese hipno-analise het bygedra tot 'n toename in:

- hartlikheid;
- emosionele volwassenheid;
- dominansie; en
- selfbeheersing.

(iii) Algemene welstand-vraelys

Blootstelling aan Mediese hipno-analise het daartoe bygedra dat Kind E 'n groter mate van:

- fisieke welstand;
- emosionele welstand;
- emosionele weerbaarheid;
- emosioneel-volwasse gedrag;

- kognitiewe welstand;
- spirituele welstand; en
- algemene welstand beleef.

Desnieteenstaande beleef Kind E nie toereikende emosionele en kognitiewe welstand nie (telling $\leq$ 13). Sy is dus aangewese op voortgesette terapeutiese intervensie om haar emosionele en kognitiewe welstand te bevorder.

(iv) Weerlose adolessent-vraelys

Blootstelling aan Mediese hipno-analise het daartoe bygedra dat Kind E minder emosioneel weerloos is ten opsigte van die bevrediging van haar:

- emosionele behoeftes;
- basiese behoeftes; en
- sosiale behoeftes.

Desnieteenstaande beleef Kind E nie toereikende sosiale behoeftebevrediging nie (telling $\geq$ 10) en is sy aangewese op voortgesette terapeutiese intervensie ten opsigte daarvan.

(b) Emosionele volwassewordingsvoltrekking van Kind E

Kind E se emosionele volwassewordingsmoontlikhede is in beweging gebring deur 'n toename in:

- dramatiserende gedrag;
- weerbarstige gedrag; en
- seksuele ongemak.

Kind E se emosionele volwassewordingsvoltrekking is versterk deur 'n toename in:

- hartlikheid;
- emosionele volwassenheid;
- dominansie;
- selfbeheersing;
- emosionele welstand;
- emosionele weerbaarheid;
- emosioneel-volwasse gedrag;
- algemene welstand (insluitend fisieke, kognitiewe en spirituele welstand); en

'n afname in:

- identiteitsdiffusie;
- selfgeringskatting;
- groepsonsekerheid;
- 'n impulsiewe geneigdheid;
- 'n selfmoordgeneigdheid;
- onbevredigde emosionele behoeftes; en
- onbevredigde sosiale behoeftes.

6.3.5.6 Gevolgtrekking uit Kind E se navorsingsresultate

Na die bestudering van Kind E se voor- en natoetsresultate het die navorser tot die volgende gevolgtrekking gekom betreffende die impak van Mediese hipno-analise op Kind E se emosionele volwassewordingsvoltrekking:

- Kind E se emosionele volwassewordingsmoontlikhede is in beweging gebring deur 'n toename in dramatiserende gedrag, weerbarstigheid en seksuele ongemak.

- Blootstelling aan Mediese hipno-analise as 'n korttermyn-gerigte terapeutiese tegniek, het Kind E in staat gestel tot groei in emosionele volwassewording deur 'n toename in die verkryging van die volgende volwassewordingskwaliteite:

  - identiteitsverwerwing;
  - vestiging van eiewaarde;
  - bevrediging van affiliasiebehoeftes;
  - deurdagte optrede;
  - 'n besef van die sinvolheid van bestaan;
  - bevredigende sosiale interaksie;
  - emosionele stabiliteit;
  - selfstandigheid;
  - selfbeheersing;
  - emosionele welstand;
  - emosionele weerbaarheid;
  - emosioneel-volwasse gedrag;
  - algemene welstand;
  - emosionele behoeftebevrediging; en
  - sosiale behoeftebevrediging.

- Hoewel groei plaasgevind het in bogenoemde volwassewordingskwaliteite is sekere volwassewordingskwaliteite, naamlik selfaanvaarding en gesonde persoonsfunksionering nog nie optimaal voltrek nie en is Kind E aangewese op voortgesette terapeutiese intervensie, veral wanneer haar lewensomstandighede na afloop van die terapie in oënskou geneem word.

Die gebruik van Mediese hipno-analise het dus die terapeut, as opvoedkundige sielkundige, bemagtig om Kind E, as emosioneel-weerlose adolessent, te begelei tot groei in emosionele volwassewording.

6.4 AANWENDING VAN DIE EMOSIONELE VOLWASSE-WORDINGSDINGSKWALITEITE TEN AANSIEN VAN DIE EVALUERINGSMEDIA

In **TABELLE 6.1, 6.2, 6.3 en 6.4** word die geïdentifiseerde emosionele volwassewordingskwaliteite (vgl. 3.5) ten aansien van die MACI, HSPV, Algemene welstand-vraelys en Weerlose adolessent-vraelys aangewend om groei in emosionele volwassewording by die proefpersone te evalueer.

Die aantal proefpersone is die hoeveelheid proefpersone wat tydens die natoetsing 'n toename of afname getoon het ten opsigte van die spesifieke persoonlikheidskenmerk.

6.4.1 AANWENDING VAN DIE EMOSIONELE VOLWASSEWORDINGS-KWALITEITE TEN AANSIEN VAN DIE MACI

In **TABEL 6.1** word die geïdentifiseerde emosionele volwassewordingskwaliteite (vgl. 3.5) ten aansien van die MACI aangewend om groei in emosionele volwassewording by die proefpersone te evalueer.

TABEL 6.1: AANWENDING VAN DIE EMOSIONELE VOLWASSE-WORDINGSKWALITEITE TEN AANSIEN VAN DIE MACI

AANTAL PROEF-PERSONE	TOENAME IN PERSOONLIKHEIDS-KENMERKE	AANDUIDEND VAN DIE IN-BEWEGING-GAAN VAN DIE EMOSIONEEL-WEERLOSE ADOLESSENTE SE EMOSIONELE VOLWASSEWORDINGS-MOONTLIKHEDE
5	Dramatiserend	
4	Weerbarstigheid	
4	Seksuele ongemak	
AANTAL PROEF-PERSONE	**AFNAME IN PERSOONLIKHEIDS-KENMERKE**	**TOENAME IN EMOSIONELE VOLWASSEWORDINGSKWALITEITE**
3	Selfafbrekend	SELFAANVAARDING
4	Identiteitsdiffusie	IDENTITEITSVERWERWING
3	Selfgeringskatting	VESTIGING VAN EIEWAARDE
2	Groepsonsekerheid	BEVREDIGING VAN AFFILIASIEBEHOEFTES
3	Impulsiewe geneigdheid	DEURDAGTE OPTREDE
3	Depressiewe gemoedstoestand	GESONDE PERSOONSFUNKSIONERING
4	Selfmoordgeneigdheid	'N BESEF VAN DIE SINVOLHEID VAN BESTAAN

6.4.2 AANWENDING VAN DIE EMOSIONELE VOLWASSEWORDINGS-KWALITEITE TEN AANSIEN VAN DIE HSPV

In **TABEL 6.2** word die geïdentifiseerde emosionele volwassewordingskwaliteite (vgl. 3.5) ten aansien van die HSPV aangewend om groei in emosionele volwassewording by die proefpersone te evalueer.

TABEL 6.2: AANWENDING VAN DIE EMOSIONELE VOLWASSE-WORDINGSKWALITEITE TEN AANSIEN VAN DIE HSPV

AANTAL PROEF-PERSONE	PERSOONLIKHEIDSKENMERKE	TOENAME IN KWALITEITE VAN EMOSIONELE VOLWASSEWORDING
4	Hartlikheid	BEVREDIGENDE SOSIALE INTERAKSIE
3	Emosionele volwassenheid	EMOSIONELE STABILITEIT
4	Dominansie	SELFSTANDIGHEID
4	Selfbeheersing	SELFBEHEERSING

6.4.3 AANWENDING VAN DIE EMOSIONELE VOLWASSEWORDINGS-KWALITEITE TEN AANSIEN VAN DIE ALGEMENE WELSTAND-VRAELYS

In **TABEL 6.3** word die geïdentifiseerde emosionele volwassewordingskwaliteite (vgl. 3.5) ten aansien van die Algemene welstand-vraelys aangewend om groei in emosionele volwassewording by die proefpersone te evalueer.

TABEL 6.3: AANWENDING VAN DIE EMOSIONELE VOLWASSE-WORDINGSKWALITEITE TEN AANSIEN VAN DIE ALGEMENE WELSTAND-VRAELYS

AANTAL PROEFPERSONE	WELSTANDSDIMENSIES	TOENAME IN KWALITEITE VAN EMOSIONELE VOLWASSEWORDING
5	Algemene dimensie	ALGEMENE WELSTAND
4	Emosionele dimensie	EMOSIONELE WELSTAND

5	Sub-dimensie: Emosionele weerbaarheid	**EMOSIONELE WEERBAARHEID**
4	Sub-dimensie: Emosioneel-volwasse gedrag	**EMOSIONEEL-VOLWASSE GEDRAG**

6.4.4 AANWENDING VAN DIE EMOSIONELE VOLWASSEWORDINGS-KWALITEITE TEN AANSIEN VAN DIE WEERLOSE ADOLESSENT-VRAELYS

In **TABEL 6.4** word die geïdentifiseerde emosionele volwassewordingskwaliteite (vgl. 3.5) ten aansien van die Weerlose adolessent-vraelys aangewend om groei in emosionele volwassewording by die proefpersone te evalueer.

TABEL 6.4: AANWENDING VAN DIE EMOSIONELE VOLWASSE-WORDINGSKWALITEITE TEN AANSIEN VAN DIE WEERLOSE ADOLESSENT-VRAELYS

AANTAL PROEFPERSONE	PERSOONSBEHOEFTES	TOENAME IN EMOSIONELE VOLWASSEWORDINGS-KWALITEITE
5	Emosionele behoeftes	**EMOSIONELE BEHOEFTEBEVREDIGING**
3	Sosiale behoeftes	**SOSIALE BEHOEFTEBEVREDIGING**

6.5 HOOFSTUKSAMEVATTING

Die navorsingsbevindinge ten aansien van die proefpersone se groei in emosionele volwassewording soos gemeet deur die MACI, HSPV, Algemene welstand-vraelys en Weerlose adolessent-vraelys word saamgevat in **TABEL 6.5**.

TABEL 6.5: SAMEVATTING VAN DIE NAVORSINGSBEVINDINGE

MEET-INSTRU-MENTE	GEëVALUEERDE PERSOONLIKHEIDS-KENMERKE	EMOSIONELE VOLWASSE-WORDINGSKWALITEITE	AANTAL PROEF-PERSONE
MACI	Selfafbrekend	SELFAANVAARDING	3
MACI	Identiteitsdiffusie	IDENTITEITSVERWERWING	4
MACI	Selfgeringskatting	VESTIGING VAN EIEWAARDE	3
MACI	Groepsonsekerheid	BEVREDIGING VAN AFFILIASIEBEHOEFTES	2
MACI	Impulsiewe geneigdheid	DEURDAGTE OPTREDE	3
MACI	Depressiewe gemoedstoestand	GESONDE PERSOONSFUNKSIONERING	3
MACI	Selfmoordgeneigdheid	BESEF VAN SINVOLHEID VAN BESTAAN	4
HSPV	Hartlikheid	BEVREDIGENDE SOSIALE INTERAKSIE	4
HSPV	Emosionele volwassenheid	EMOSIONELE STABILITEIT	3
HSPV	Dominansie	SELFSTANDIGHEID	4
HPSV	Selfbeheersing	SELFBEHEERSING	4
AWV	Emosionele welstand	EMOSIONELE WELSTAND	4
AWV	Emosionele weerbaarheid	EMOSIONELE WEERBAARHEID	5
AWV	Emosioneel-volwasse gedrag	EMOSIONEEL-VOLWASSE GEDRAG	4
AWV	Algemene welstand	ALGEMENE WELSTAND	5
WAV	Onbevredigde emosionele behoeftes	EMOSIONELE BEHOEFTEBEVREDIGING	5
WAV	Onbevredigde sosiale behoeftes	SOSIALE BEHOEFTEBEVREDIGING	3

- **MACI** *("Millon Adolescent Clinical Inventory")*
- **HSPV** (Hoërskoolpersoonlikheidsvraelys)
- **AWV** (Algemene welstand-vraelys)
- **WAV** (Weerlose adolessent-vraelys)

Die **aantal proefpersone** is die hoeveelheid proefpersone wat tydens die natoetsing 'n toename of afname getoon het ten opsigte van die spesifieke persoonlikheidskenmerk.

Uit voorafgaande tabelle kan die gevolgtrekking gemaak word dat Mediese hipno-analise die proefpersone se geremde emosionele volwassewording in beweging gebring het. Die persoonlikheidskenmerk wat die minste groei getoon het, is die bevrediging van affiliasiebehoeftes. Dit sou verband kon hou met die proefpersone se verarmde ondersteuningsnetwerke. Kohen (1986: 399) se aanmaning dat Mediese hipno-analise veral suksesvol is wanneer ouers bereid is om saam te werk, kan nie geïgnoreer word nie.

6.6 HOOFSTUKAFSLUITING

Blootstelling aan Mediese hipno-analise het die proefpersone se geremde emosionele volwassewording in beweging gebring met 'n toename in groei in verskeie emosionele volwassewordingskwaliteite as uitkoms.

Die navorsingsbevindinge van hierdie studie dui daarop dat Mediese hipno-analise die opvoedkundige sielkundige kan bemagtig om emosioneel-weerlose adolessente te begelei tot groei in emosionele volwassewording.

In die slothoofstuk word die algemene bevindinge van die studie samevattend weergegee.

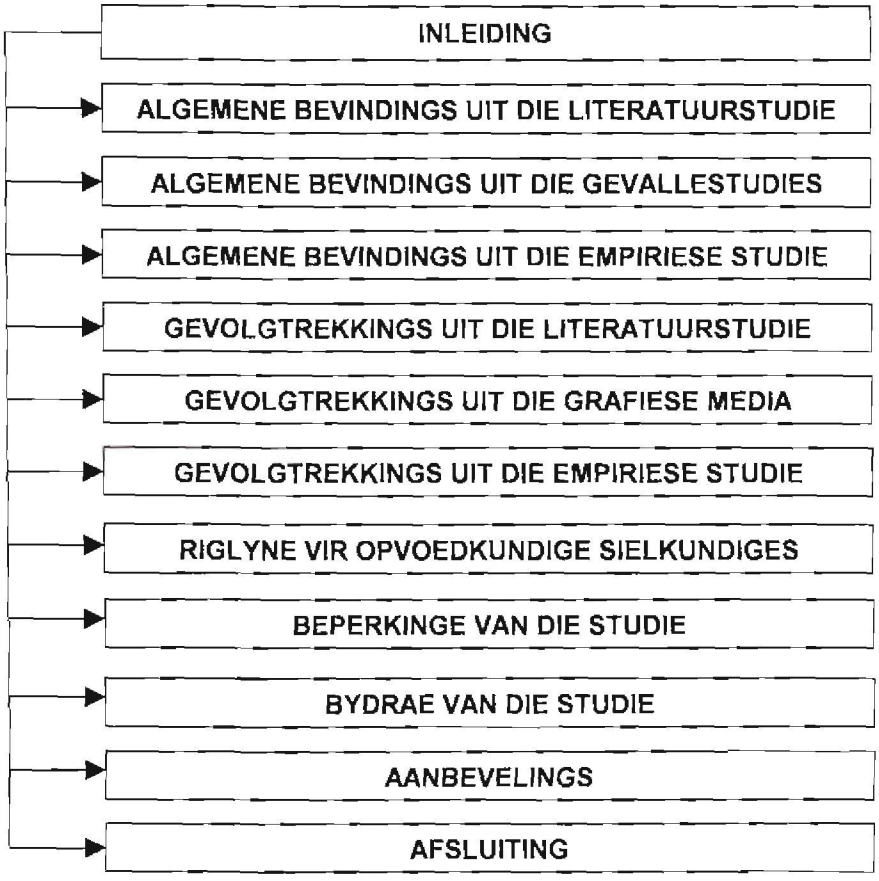
HOOFSTUK 7

SAMEVATTING, GEVOLGTREKKING EN AANBEVELINGS

7. HOOFSTUKORIëNTERING

Die doel van hierdie hoofstuk is om die navorsingsbevindings samevattend weer te gee, riglyne vir opvoedkundige sielkundiges te gee ten opsigte van die gebruik van Mediese hipno-analise, beperkinge en bydrae van die studie uit te wys en aanbevelings aan die hand te doen vir verdere navorsing. Aan die hand van **SKEMA 7** word 'n kort oorsig oor Hoofstuk 7 gegee:

SKEMA 7: OORSIG OOR HOOFSTUK 7



7.1 INLEIDING

As praktiserende opvoedkundige sielkundige, kom die navorser gereeld in kontak met adolessente wat emosioneel weerloos staan teen die aanslae van die lewe. Hulle beskik nie oor voldoende innerlike en interpersoonlike hulpbronne om met die lewensstressors op 'n produktiewe wyse te cope nie.

Adolessente kan psigiese probleme ondervind vanweë onverwerkte trauma uit die verlede. Die adolessent se persepsies en verwysingsraamwerk uit die verlede rig sy denke en optrede in die hede en gevolglik neig hy daartoe om stresvolle lewensgebeure as bedreigend te beleef eerder as geleenthede tot groei. Beide fisiese en emosionele trauma het gevolglik 'n remmende uitwerking op die emosionele ontwikkeling van die adolessent. Die remmende effek op die adolessent se emosionele volwassewording hou verreikende implikasies vir die adolessent se persoonsfunksionering en selfaktualisering in.

Die vraag het ontstaan of dit moontlik is om emosionele weerloosheid by adolessente met behulp van Mediese hipno-analise terapeuties te hanteer en dié adolessente sodoende te begelei tot groei in emosionele volwassewording. Die doel van die ondersoek was dan ook om te bepaal of Mediese hipno-analise 'n effektiewe terapeutiese tegniek is vir die begeleiding van emosioneel-weerlose adolessente tot groei in emosionele volwassewording.

Ten einde te bepaal of Mediese hipno-analise as terapeutiese tegniek effektief is in die begeleiding van emosioneel-weerlose adolessente tot emosionele volwassewording, is 'n een-groep voor-eksperimentele navorsingsontwerp gebruik met 'n voortoetsing en 'n natoetsing waartydens verskeie toetse, vraelyste en tegnieke ingeskakel is as evalueringsmaatstawwe.

Vyf gevallestudies is blootgestel aan Mediese hipno-analise. Die Ponce de Leon-sindroom (as een van die onbewuste diagnoses van die Mediese hipno-analise-model) is gehanteer volgens die tripleerde allergeenteorie waar drie

kerngebeurtenisse geïdentifiseer is as die begin en latere intensivering van die Ponce de Leon-sindroom. Emosionele volwassewordingskwaliteite vir persoonlike groei in emosionele volwassewording is as 'n evaluasiemaatstaf ten opsigte van emosionele volwassewordingsvoltrekking gestel.

7.2 ALGEMENE BEVINDINGS UIT DIE LITERATUURSTUDIE

Die algemene bevindings van die studie, soos dit uit die literatuurstudie realiseer, word gerapporteer in **TABEL 7.1**.

TABEL 7.1: ALGEMENE BEVINDINGS UIT DIE LITERATUURSTUDIE

DOELSTELLINGS	BEVINDINGS
SUB-DOELSTELLING 1 van hierdie studie is om deur middel van 'n literatuurstudie die teoretiese beginsels onderliggend aan Mediese hipno-analise as 'n terapeutiese tegniek te beskryf.	Die literatuurstudie wat in Hoofstuk 2 onderneem is, bevestig dat Mediese hipno-analise se teoretiese onderbou goed gefundeer is. Dit rus op vier hoekstene, naamlik die tripleerde allergeenteorie, die rangorde van lewensprioriteite, diagnostiese terminologie en die toepassing van dubbele diagnoses (Geer, 2000: 117-118; Modlin, 1999: 14; Roets, 2001: 73-75; Scholtemeyer, 2002: 91-114; Scott Sr., 1996: 57-92; Zelling, 1995: 54). Vir 'n verdere omkrywing van die hoekstene onderliggend aan Mediese hipno-analise word die leser terugverwys na Hoofstuk 2 (vgl. 2.5.4). **Sub-doelstelling 1 vir hierdie studie is dus bereik.**

SUB-DOELSTELLING 2 van hierdie studie is om vanuit die literatuur bydraende faktore tot verhoogde emosionele weerloosheid tydens adolessensie te identifiseer.	Uit die literatuurstudie word veranderinge en transisies, die uitwerking van stres, die oorskryding van innerlike hulpbronne en onproduktiewe coping as bydraende faktore tot verhoogde emosionele weerloosheid by adolessente geïdentifiseer (Gouws *et al.*, 2002: 148; Kumpfer, 1999: 196; Sherrod *et al.*, 1993: 218). Vir 'n bespreking van bogenoemde bydraende faktore word die leser terugverwys na Hoofstuk 3 (vgl. 3.4). **Sub-doelstelling 2 vir hierdie studie is dus bereik.**
SUB-DOELSTELLING 3 vir hierdie studie is om vanuit die literatuur oorsake en risikofaktore vir emosionele weerloosheid by adolessente te identifiseer.	Verskeie oorsake is uit die literatuur geïdentifiseer vir emosionele weerloosheid by adolessente (vgl. 3.2). Die oorsake sluit onder meer lewensveranderende gebeurtenisse, disfunksionele gesinsverhoudinge en -konflik, groepsdruk en groepsonsekerheid, die afwesigheid van 'n effektiewe ondersteuningsnetwerk, blootstelling aan trauma en disfunksionele opvoeding in (Buchanan, 2000: 192-193; Faul, 1994: 22; Frydenberg, 1997: 120, 132). Uit voorafgaande geïdentifiseerde oorsake onderliggend aan emosionele weerloosheid, het sekere risikofaktore vir emosionele weerloosheid (vgl. 3.3.3) na vore gekom (Aseltine Jr. & Gore, 1993: 248; Fischhoff & Willis, 2001: 109-144; MacFarlane, 2000: 45). **Sub-doelstelling 3 vir hierdie studie is dus bereik.**

SUB-DOELSTELLING 4 vir hierdie studie is om emosionele volwassewordingskwaliteite te identifiseer, wat kan dien as maatstaf vir die evaluering van groei in emosionele volwassewording by adolessente.	Uit die literatuur is verskeie kwaliteite geïdentifiseer wat kan dien as maatstaf vir die evaluering van groei in emosionele volwassewording by adolessente (Frydenberg, 1997: 198-199; Gouws *et al.*, 2000: 97-98; Inkeles & Leiderman, 1998: 52; Ryff & Singer, 1996: 15; Wissing & Van Eeden, 2002: 32). Vir 'n bespreking van die emosionele volwassewordingskwaliteite word die leser terugverwys na Hoofstuk 3 (vgl. 3.5). **Sub-doelstelling 4 vir hierdie studie is dus bereik.**

7.3 ALGEMENE BEVINDINGS UIT DIE GEVALLESTUDIES

Die algemene bevindings van die studie, soos dit uit die gevallestudies realiseer, word gerapporteer in **TABEL 7.2**. Die toepassing van die tripleerde allergeenteorie het gelei tot die identifisering van die drie kerngebeurtenisse onderliggend aan die geremde fisiese en/of emosionele ontwikkeling van die proefpersone.

Uit die gevallestudies het dit duidelik geword dat die drie kerngebeurtenisse (naamlik die inisiële sensitiserende gebeurtenis, die simptoom-produserende gebeurtenis en die simptoom-intensiverende gebeurtenis) wat by die proefpersone geïdentifiseer is, die verband tussen die onbewuste diagnose van die Ponce de Leon-sindroom (vgl. 2.5.4.3) en emosionele weerloosheid versterk.

In **TABEL 7.2.1** word 'n kort opsomming gegee van die gevoelens voortspruitend uit die drie kerngebeurtenisse wat aanleiding gegee het tot die ontstaan van die Ponce de Leon-sindroom.

TABEL 7.2: ALGEMENE BEVINDINGS UIT DIE GEVALLESTUDIES

DOELSTELLING	BEVINDING
SUB-DOELSTELLING 5 vir hierdie studie is om aan te dui hoe die toepassing van Mediese hipno-analise as terapeutiese tegniek die emosioneel-weerlose adolessent kan help om gebeure wat hom emosioneel weerloos laat, te hanteer en te verwerk.	Mediese hipno-analise maak van ouderdomsregressies gebruik om die adolessent terug te neem na problematiese tye in sy verlede. Tydens die regressies word die eerste drie traumatiese gebeurtenisse wat met die simptoom in verband staan, gehanteer (Hammond, 1990: 514; Modlin, 1999: 66; Scholtemeyer, 2002: 37; Wolberg, 1996: 404; Yapko, 1995: 108). Die teoretiese beginsel staan as die tripleerde allergeenteorie bekend (Scott Sr., 1996: 59). Met behulp van die ouderdomsregressies vind herlewing van die trauma plaas en kan betekeniswysiging en kognitiewe herstrukturering op onbewuste sowel as bewuste vlak aangebring word sodat die remming in die adolessent se volwassewordingsvoltrekking opgehef word (vgl. 2.5.3). Die leser word terugverwys na Hoofstuk 5 vir 'n bespreking van die gevallestudies. Die terapeutiese prosedure van Mediese hipno-analise wat bestaan uit die analitiese fase en die rehabilitasie-fase (wat verloop volgens die *"seven R's"*) word bespreek in Hoofstuk 2 (vgl. 2.5.6). **Sub-doelstelling 5 vir hierdie studie is dus bereik.**

SUB-DOELSTELLING 6 vir hierdie studie is om riglyne vir opvoedkundige sielkundiges aan die hand te doen ten opsigte van die gebruik van Mediese hipno-analise as hulpverleningstegniek.	Die hantering van die 5 gevallestudies het daartoe bygedra dat die navorser riglyne aan die hand kan doen vir opvoedkundige sielkundiges ten opsigte van die gebruik van Mediese hipno-analise as hulpverleningstegniek. Die riglyne word later in hierdie hoofstuk (vgl. 7.8) gegee. **Sub-doelstelling 6 vir hierdie studie is dus bereik.**

TABEL 7.2.1: ALGEMENE BEVINDINGS TEN OPSIGTE VAN DIE PONCE DE LEON-SINDROOM

GEVOELENS VOORTSPRUITEND UIT DIE DRIE KERNGEBEURTENISSE WAT AANLEIDING GEGEE HET TOT DIE ONTSTAAN VAN DIE PONCE DE LEON-SINDROOM	**KIND A** ISG: Op 9-maande pre-natale ouderdom ► Vrees SPG: Op 7-jarige ouderdom ► Skeidingsangs SIG: Op 14-jarige ouderdom ► Skeidingsangs (vgl. 5.2.1.7) **KIND B** ISG: Op 3-maande pre-natale ouderdom ► Skeidingsangs SPG: Op 8-maande pre-natale ouderdom ► Skeidingsangs SIG: Op 12-jarige ouderdom ► Vrees (vgl. 5.2.2.7) **KIND C** ISG: Op 1-maand pre-natale ouderdom ► Skeidingsangs SPG: Op 3-dae post-natale ouderdom ► Skeidingsangs SIG: Op 17-jarige ouderdom ► Skuldgevoelens (vgl. 5.2.3.7)

GEVOELENS VOORTSPRUITEND UIT DIE DRIE KERNGEBEURTENISSE WAT AANLEIDING GEGEE HET TOT DIE ONTSTAAN VAN DIE PONCE DE LEON-SINDROOM (VERVOLG)	**KIND D** ISG: Post-nataal ► Skeidingsangs SPG: Op 6-jarige ouderdom ► Skuldgevoelens SIG: Op 12-jarige ouderdom ► Skeidingsangs (vgl. 5.2.4.7) **KIND E** ISG: Op 6-maande pre-natale ouderdom ► Vrees SPG: Op 6-maande pre-natale ouderdom ► Skeidingsangs SIG: Op 3-jarige ouderdom ► Skeidingsangs (vgl. 5.2.5.7)

Uit voorafgaande tabel is dit duidelik dat die identifisering van die Ponce de Leon-sindroom by die proefpersone gekenmerk word deur inisiële sensitiserende gebeurtenisse wat almal pre- of post-nataal figureer.

Die skeidingsangssindroom (waar verwerping in terme van Mediese hipno-analise as skeidingsangs gekonseptualiseer word) presenteer by al die emosioneel-weerlose proefpersone (òf as die ISG, òf as die SPG, òf as die SIG). Dit dien as 'n bedreiging van oorlewing op die eerste rangorde van lewensprioriteite in terme van die Mediese hipno-analise-model.

Die navorser het bevind dat skuldgevoelens en die belewing van 'n doodsvrees saam met verwerping presenteer by die emosioneel-weerlose adolessente wat as proefpersone aan die navorsing deelgeneem het.

7.4 ALGEMENE BEVINDINGS UIT DIE EMPIRIESE STUDIE

In **TABEL 7.3** word die algemene bevindings ten opsigte van die sub-hipoteses gerapporteer.

TABEL 7.3: ALGEMENE BEVINDINGS TEN OPSIGTE VAN DIE SUB-HIPOTESES

SUB-HIPOTESES	BEVINDINGS
SUB-HIPOTESE 1: Die voorkoms van emosionele weerloosheid by adolessente kan in verband gebring word met traumatiese belewinge vanaf konsepsie tot vroeë kinderjare.	Die voorkoms van emosionele weerloosheid by adolessente kan in verband gebring word met traumatiese belewinge vanaf konsepsie tot vroeë kinderjare soos blyk uit die gevallestudies. Tabel 7.2.1 bied 'n opsomming van die ouderdomme waarop die proefpersone traumatiese gebeurtenisse beleef het. Die inisiële sensitiserende gebeurtenisse van die proefpersone het almal pre- of post-nataal gefigureer, terwyl die SPG voor die ouderdom van 8 jaar gefigureer het. **Sub-hipotese 1 word dus vir hierdie studie aanvaar.**
SUB-HIPOTESE 2: Ouderdomsregressies kan inligting verskaf ten opsigte van die inisiële gebeurtenisse wat aanleiding gee tot emosionele weerloosheid by adolessente.	Ouderdomsregressies kan inligting verskaf ten opsigte van die inisiële gebeurtenisse wat aanleiding gee tot emosionele weerloosheid by adolessente, soos blyk uit die gevallestudies. Die leser word terugverwys na die navorser se beskrywings van die inisiële sensitiserende gebeurtenisse (vgl. 5.2.1.8, 5.2.2.8, 5.2.3.8, 5.2.4.8 en 5.2.5.8) van die proefpersone wat aanleiding gegee het tot 'n remming in hul volwassewordingsvoltrekking. **Sub-hipotese 2 word dus vir hierdie studie aanvaar.**

SUB-HIPOTESE 3: Wysiging van gedagte- en gedragspatrone wat afkomstig is uit adolessente se vroegste herinneringe, kan in verband gebring word met groei in emosionele volwassewording by adolessente.	Die Mediese hipno-analise-model is gebruik om gedagte- en gedragspatrone wat afkomstig is uit die adolessente se vroegste herinneringe, te wysig en sodoende hul emosionele volwassewording in beweging te bring. Die grafiese media (vgl. 5.2.1.10, 5.2.2.10, 5.2.3.10, 5.2.4.10 en 5.2.5.10) sowel as die kwantitatiewe toetsresultate (vgl. 6.3.1.6, 6.3.2.6, 6.3.3.6, 6.3.4.6 en 6.3.5.6) bevestig dat groei in emosionele volwassewording by die proefpersone wel plaasgevind het. **Sub-hipotese 3 word dus vir hierdie studie aanvaar en kan as ondersteunend gesien word ten opsigte van die hoofhipotese.**

Al drie die sub-hipoteses wat geformuleer is om getoets te word tydens die bestek van hierdie studie (vgl. 4.2.2), is dus aanvaar.

In **TABEL 7.4** word die algemene bevinding ten opsigte van die hoofhipotese gerapporteer.

TABEL 7.4: ALGEMENE BEVINDING TEN OPSIGTE VAN DIE HOOFHIPOTESE

HOOFHIPOTESE	BEVINDING
	Die emosioneel-weerlose adolessente toon oor die algemeen groei in die *geïdentifiseerde emosionele volwasse-wordingskwaliteite* ná die toepassing van Mediese hipno-analise. 'n Skematiese uiteensetting van die aantal proefpersone wat groei toon ten opsigte van 'n spesifieke emosionele volwasse-wordingskwaliteit word vir elke meet-instrument gerapporteer. Die leser word terugverwys na Hoofstuk 6 (vgl. Tabel 6.1 ten aansien van die MACI, Tabel 6.2 ten aansien van die HSPV, Tabel 6.3 ten aansien van die Algemene welstand-vraelys, Tabel 6.4 ten aansien van die Weerlose adolessent-vraelys en Tabel 6.5) vir 'n samevatting van die bevindings. Ten opsigte van die grafiese media word die leser terugverwys na Hoofstuk 5 (vgl. 5.2.1.10, 5.2.2.10, 5.2.3.10, 5.2.4.10 en 5.2.5.10) waar die proefpersone se groei in emosionele volwassewording aangedui word. **Die hoofhipotese word dus vir hierdie studie aanvaar.**

7.5 GEVOLGTREKKINGS UIT DIE LITERATUURSTUDIE

Die navorser het uit die literatuur tot die volgende gevolgtrekkings gekom **(TABEL 7.5)** ten aansien van die gebruik van Mediese hipno-analise om die

emosioneel-weerlose adolessent te begelei tot groei in emosionele volwassewording.

TABEL 7.5: OPSOMMING VAN GEVOLGTREKKINGS UIT DIE LITERATUURSTUDIE

MEDIESE HIPNO-ANALISE AS TERAPEUTIESE TEGNIEK	Die Mediese hipno-analise-model word gebruik om emosioneel-weerlose adolessente se geremde emosionele volwassewordings-voltrekking weer in beweging te bring en die emosioneel-weerlose adolessente te begelei tot persoonlike groei in emosionele volwassewording. Mediese hipno-analise as terapeutiese tegniek is versoenbaar met die opvoedkundig-sielkundige benadering en derhalwe kan dit deur opvoedkundige sielkundiges as 'n tegniek binne die raamwerk van die opvoedkundige sielkunde aangewend word. Mediese hipno-analise beskik oor 'n goedgefundeerde teoretiese onderbou wat rus op vier hoekstene, naamlik die tripleerde allergeenteorie, die rangorde van lewensprioriteite, diagnostiese terminologie en die toepassing van dubbele diagnoses wat in samehang met mekaar gesien moet word (vgl. 2.5.4). Mediese hipno-analise is 'n geskikte tegniek vir diagnostiese sowel as terapeutiese doeleindes by adolessente. Die leser word terugverwys na Hoofstuk 2 (vgl. 2.5).
ADOLESSENSIE	Adolessensie is 'n tydperk wat vir elke individu in tydsduur verskil. Adolessensie is 'n tydperk van eksperimente, besluitneming, foutering, en groei tot fisiologiese, intellektuele, spirituele en emosionele volwassewording. Adolessensie is dus die fase tot geleidelike volwassewording waar die adolessent met elke geleentheid 'n toename in verantwoordelikhede en vryheid kry. Die positiewe ontwikkelings-uitkoms van die adolessente-fase is die verwerwing van identiteit-sekerheid. Die negatiewe ontwikkelingsuitkomste van die adolessente-fase is identiteitsdiffusie, minderwaardigheid, rolverwarring, ens. wat emosionele weerloosheid in die hand kan werk en veroorsaak dat die adolessent mag toegee aan destruktiewe gedrag en selfs selfver-nietiging. Hoofstuk 3 (vgl. 3.2) kan vir die leser meer lig werp op die begrip *adolessensie*.

EMOSIONELE WEERLOOSHEID	Emosionele weerloosheid dui op die adolessent se gebrek aan innerlike en interpersoonlike hulpbronne en vaardighede om 'n spesifieke situasie of gebeurtenis toereikend te hanteer (vgl. 3.4). Oorsake wat aanleiding gee tot emosionele weerloosheid by adolessente is onder meer lewensveranderende gebeurtenisse, disfunksionele gesins-verhoudings en gesinskonflik, groepsdruk en groepsonsekerheid, disfunksionele opvoeding, die afwesigheid van 'n effektiewe ondersteuningsnetwerk en die blootstelling aan trauma (vgl. 3.3.2). Die navorser het verskillende risikofaktore geïdentifiseer wat aanleiding tot emosionele weerloosheid kan gee. Die navorser verwys die leser terug na Hoofstuk 3 (vgl. 3.3.3) vir 'n uiteensetting van die risikofaktore vir emosionele weerloosheid.
ADOLESSENSIE AS TYDPERK VAN VERHOOGDE EMOSIONELE WEERLOOSHEID	VERANDERINGE EN TRANSISIES: Adolessensie as lewensfase is 'n tydperk wat tot verhoogde weerloosheid kan aanleiding gee vanweë verskillende fisiologiese, intellektuele, spirituele en emosionele veranderinge en transisies wat gelyktydig plaasvind. 'n Oorsig van hierdie transisies word in Hoofstuk 3 (vgl. 3.4.1) gegee. UITWERKING VAN STRES: Die adolessent se beoordeling van sy eie vermoë om lewensstressors te hanteer, bepaal of hy dit as stres beleef of nie (vgl. 3.4.2). Aanduiders van adolessente-stres in die huisomgewing, skoolomgewing en in die gemeenskap word in Tabel 3.2 opgesom. OORSKRYDING VAN INNERLIKE HULPBRONNE: Wanneer die adolessent nie innerlike hulpbronne beskikbaar het of kan benut nie, vind die oorskryding van innerlike hulpbronne plaas (vgl. 3.4.3). Die verskillende innerlike hulpbronne wat vir die adolessent beskikbaar kan wees, word in Figuur 3.2 opgesom. ONPRODUKTIEWE COPING: Indien die adolessent se innerlike hulpbronne oorskry word en hy nie toereikende interpersoonlike ondersteuning ontvang nie (soos die geval blyk te wees by 4 van die 5 gevallestudies) gee dit aanleiding tot onproduktiewe coping met lewensstressors (vgl. 3.4.4). Persoonlike groei tot emosionele volwassewording word gerem deur onproduktiewe coping met traumatiese gebeure. Fisiese en emosionele trauma werk remmend in op die adolessent se verkryging van emosionele volwasse-wordingskwaliteite. Die leser word terugverwys na Hoofstuk 3 (vgl. 3.4) ten aansien van bostaande bydraende faktore tot verhoogde emosionele weerloosheid tydens adolessensie.

EMOSIONELE VOLWASSE-WORDING	In Hoofstuk 3 (vgl. 3.5) is emosionele volwassewordingskwaliteite geïdentifiseer wat dien as evaluasiemaatstaf vir emosionele volwassewordingsvoltrekking. Identiteitsverwerwing, 'n besef van die sinvolheid van bestaan, eiewaarde, bevredigende sosiale interaksie, deurdagte optrede, selfbeheersing, emosionele stabiliteit, selfstandigheid, selfaanvaarding, algemene welstand en emosionele welstand is onder meer geïdentifiseer as emosionele volwassewordingskwaliteite. Vir 'n omvattende uiteensetting word die leser terugverwys na Hoofstuk 3 (vgl. 3.5).

7.6 GEVOLGTREKKINGS UIT DIE GRAFIESE MEDIA

Ten opsigte van die grafiese media word selfaanvaarding, identiteitsverwerwing, emosionele stabiliteit, selfstandigheid, emosionele weerbaarheid, algemene welstand, emosionele behoeftebevrediging, seksuele rolaanvaarding en aanvaarding van verantwoordelikheid (vgl. 3.5) as volwassewordingskwaliteite gebruik om groei in emosionele volwassewording te evalueer.

In **TABEL 7.6** word die groei in die emosionele volwassewordingskwaliteite by die vyf proefpersone ten aansien van die grafiese media wat ingeskakel is (emosionele volwassewordingsdiagramme) aangedui (vgl. 5.2.1.10, 5.2.2.10, 5.2.3.10, 5.2.4.10 en 5.2.5.10).

Ten opsigte van die grafiese media (vgl. Tabel 7.6) is dit duidelik dat die proefpersone oorwegend positiewe groei getoon het in emosionele volwassewording soos geëvalueer deur bogenoemde kwaliteite van emosionele volwassewording.

Die gevolgtrekking kan dus gemaak word dat Mediese hipno-analise 'n effektiewe terapeutiese tegniek is om emosioneel-weerlose adolessente te begelei tot groei in emosionele volwassewording.

TABEL 7.6: GEVOLGTREKKINGS UIT DIE GRAFIESE MEDIA TEN OPSIGTE VAN GROEI IN EMOSIONELE VOLWASSEWORDING

KWALITEITE VAN EMOSIONELE VOLWASSEWORDING	KIND A	KIND B	KIND C	KIND D	KIND E
SELFAANVAARDING		✔	✔	✔	
IDENTITEITSVERWERWING	✔	✔	✔	✔	✔
EMOSIONELE STABILITEIT		✔	✔	✔	
SELFSTANDIGHEID	✔		✔	✔	✔
EMOSIONELE WEERBAARHEID	✔	✔	✔	✔	✔
ALGEMENE WELSTAND	✔	✔	✔	✔	✔
EMOSIONELE BEHOEFTEBEVREDIGING		✔	✔	✔	✔
SEKSUELE ROLAANVAARDING	✔	✔	✔	✔	
AANVAARDING VAN VERANTWOORDELIKHEID	✔	✔		✔	

7.7 GEVOLGTREKKINGS UIT DIE EMPIRIESE STUDIE

In **TABEL 7.7** word die groei in die emosionele volwassewordingskwaliteite by die vyf proefpersone ten aansien van die empiriese navorsingsresultate aangedui.

TABEL 7.7: GEVOLGTREKKINGS UIT DIE EMPIRIESE STUDIE TEN OPSIGTE VAN GROEI IN EMOSIONELE VOLWASSEWORDING

KWALITEITE VAN EMOSIONELE VOLWASSEWORDING	KIND A	KIND B	KIND C	KIND D	KIND E
SELFAANVAARDING		✔	✔	✔	
IDENTITEITSVERWERWING		✔	✔	✔	✔
VESTIGING VAN EIEWAARDE		✔		✔	✔
BEVREDIGING VAN AFFILIASIEBEHOEFTES	✔				✔
DEURDAGTE OPTREDE		✔	✔		✔
GESONDE PERSOONSFUNKSIONERING	✔	✔		✔	
BESEF VAN SINVOLHEID VAN BESTAAN	✔	✔		✔	✔
BEVREDIGENDE SOSIALE INTERAKSIE	✔	✔	✔		✔
EMOSIONELE STABILITEIT		✔		✔	✔
SELFSTANDIGHEID	✔		✔	✔	✔
SELFBEHEERSING		✔	✔	✔	✔
EMOSIONELE WELSTAND	✔	✔		✔	✔
EMOSIONELE WEERBAARHEID	✔	✔	✔	✔	✔
EMOSIONEEL-VOLWASSE GEDRAG	✔	✔		✔	✔
ALGEMENE WELSTAND	✔	✔	✔	✔	✔
EMOSIONELE BEHOEFTEBEVREDIGING	✔	✔	✔	✔	✔
SOSIALE BEHOEFTEBEVREDIGING		✔		✔	✔

Ten opsigte van die empiriese studie (vgl. Tabel 7.7) is dit duidelik dat die proefpersone oorwegend positiewe groei getoon het in emosionele volwassewording soos geëvalueer deur die geïdentifiseerde emosionele volwassewordingskwaliteite (vgl. 3.5).

Die gevolgtrekking kan dus gemaak word dat Mediese hipno-analise 'n effektiewe terapeutiese tegniek is om emosioneel-weerlose adolessente te begelei tot groei in emosionele volwassewording, soos ook bevestig deur die grafiese media.

7.8 RIGLYNE VIR OPVOEDKUNDIGE SIELKUNDIGES

Die navorser, as opvoedkundige sielkundige, is van mening dat die wyse waarop die 5 gevallestudies gerapporteer is, definitiewe riglyne kan verskaf aan ander opvoedkundige sielkundiges wat opleiding ontvang het in hipnoterapie en meer spesifiek in Mediese hipno-analise. Die riglyne wat in die rapportering ingebed is, word nie hier herhaal nie. Die hantering van die gevallestudies en die in-diepte insig wat daaruit verkry is, dra daartoe by dat die navorser verdere riglyne aan die hand doen vir opvoedkundige sielkundiges ten opsigte van die gebruik van Mediese hipno-analise as hulpverleningstegniek:

- Die terapeut tree op as 'n fasiliteerder tussen die onbewuste van die persoon en die persoon self. Gevolglik moet die terapeut met selfvertroue, verantwoordelikheid, sensitiwiteit en die nodige respek die intervensie onderneem.

- Wanneer 'n ouderdomsregressie onderneem is en die persoon dit as traumaties beleef, moet die terapeut die persoon emosioneel sodanig versorg *("nurture")* dat die persoon weer gemaklik, rustig en veilig voel.

- Toereikende kennis en insig aangaande die fisiologiese en psigologiese aspekte van die pre-natale tydperk is 'n essensiële voorwaarde vir die sinvolle hantering van die ouderdomsregressies.

- Pre-natale en geboorte-herinneringe word vasgevang in die onbewuste. Indien die herinneringe deur die persoon as traumaties beleef is en onbewustelik beteken is as 'n fisiese, emosionele en/of spirituele doodsbedreiging, kan dit aanleiding gee tot psigosomatiese siektes en simptome.

  Die Ponce de Leon-sindroom figureer in terme van Mediese hipno-analise op die tweede rangorde van lewensprioriteite (ego-oorlewing). In terme hiervan bepaal 'n individu se onbewuste 'n geskikte simptoom wat die innerlike trauma weerspieël. Hierdie keuse van 'n simptoom kan ook dien as 'n verdediging teen die trauma wat deur die onbewuste as 'n erger bedreiging gekonseptualiseer word. Die oorsprong van die Ponce de Leon-sindroom is dus in terme van die rangorde van lewensprioriteite op die eerste orde (spirituele oorlewing) met byvoorbeeld emosies van skuld, skeidingsangs (verwerping word as skeidingsangs binne die Mediese hipno-analise-raamwerk gekonseptualiseer) of 'n belewenis van sinloosheid ten opsigte van sy bestaan.

- Opvoedkundige sielkundiges wat oor 'n Fase 3-opleiding in Kliniese hipnose beskik, kan die pre-natale en geboorteregressies hanteer en so die inisiële sensitiserende gebeurtenis, wat gewoonlik pre-nataal presenteer (Ritzman, 1987: 106), identifiseer, eksploreer en kognitief herstruktureer.

- Dit is gewoonlik nodig om meer as twee regressies te onderneem na die pre-natale tydperk om traumatiese gebeure deur te werk en foutiewe persepsies te wysig. Dit is dikwels nodig om 'n pre-natale regressie te herhaal om seker te maak dat die foutiewe persepsies wel gewysig is en

dat daar nie ander negatiewe betekenisgewing bestaan nie. Die sukses van terapie hang dus in 'n groot mate af van die effektiewe hantering van die pre-natale en geboorte-herinneringe.

- Die onbewuste gedagtegang van die persoon *("train of thought")* moet gewysig word om permanente verandering teweeg te bring.

  Volgens die tripleerde allergeenteorie van die Mediese hipno-analise-model word trauma tot in die onbewuste verdring en presenteer die persoon aanvanklik met geen simptome nie. Tydens soortgelyke fisiese en psigiese trauma in die toekoms, word die aanvanklike trauma ook geaktiveer en reageer die persoon psigofisies in die hede presies soos in die verlede, aangesien die trauma in die verlede geaktiveer is deur die omstandighede of trauma in die hede (Scott Sr., 1996: 59-60).

- Die onbewuste aanvaar suggesties wat die persoon se gedagtes, gedrag en denke kan beïnvloed. Wanneer negatiewe suggesties uit die verlede gehanteer word en met positiewe suggesties vervang word, is die persoon vry om die simptoom te laat vaar wat dit vergestalt het.

- Die eerste drie sinne waarmee die persoon sy probleem beskryf, is veral van belang. Volgens Scott Sr. (1996: 98) en Ayers (1994: 57) is die antwoord op die vraag "Wat is die probleem?" die adolessent se onbewuste diagnose van sy eie probleem en dien dit as leidraad om voorlopige onbewuste diagnoses te maak.

- Die hantering van die Ponce de Leon-sindroom kan lei tot die spontane resolusie van simptome wat deur ander onbewuste sindrome voorgestel word, aangesien die ISG, SPG en SIG wat onderliggend is aan een onbewuste diagnose ook onderliggend kan wees aan ander onbewuste diagnoses.

- Die Ponce de Leon-sindroom figureer vanuit die veronderstelling dat emosionele of fisiese trauma op enige van die rangordes van lewensprioriteite (maar veral op die eerste rangorde) daartoe aanleiding kan gee dat die ontwikkeling van 'n individu se ego fikseer op 'n bepaalde ouderdom of ontwikkelingsfase. Hierdie fiksasie gee aanleiding tot 'n remming (teëhou of vertraging) in die adolessent se fisiese en/of emosionele volwassewording.

- Die oorsake onderliggend aan die simptome waarmee die emosioneel-weerlose adolessent presenteer, kan meestal op die eerste rangorde van lewensprioriteite van die Mediese hipno-analise gevind word wat skeiding van liefde aandui. Skeidingsangs is onderliggend aan 'n verskeidenheid simptome by die adolessent.

  In die literatuur word skeidingsangs aangedui as die resultaat van 'n verlies aan liefde as gevolg van een of ander vorm van skeiding wat tot die belewenis van onsekerheid lei. Hierdie onsekerheid word deur baie professionele persone beskou as 'n vorm van depressie wat manifesteer, aangesien die individu in konstante vrees leef vir verdere bedreiging. Hierdie onbewuste dinamika behoort in ag geneem te word.

- Die terapeut kan die ouderdomsregressies met mekaar laat ineenvloei en 'n groter integrasie bewerkstellig deur aan die begin van elke hipnose-sessie 'n samevatting te gee van die vorige hipnose-sessie(s) en so ook te bevestig dat die negatiewe en foutiewe persepsies en betekenisse wel gewysig is.

- Die Mediese hipno-analise *"scripts"* kan op verskeie wyses aangewend word tydens die terapeutiese proses. Dit kan onder meer gebruik word as egoversterking en om insig teweeg te bring, positiewe suggesties te herhaal, nuutgevonde selfkontrole te versterk en verandering in te oefen.

- Vir navorsingsdoeleindes is verskillende tegnieke gebruik in die diagnostisering van die Ponce de Leon-sindroom. In die praktyk kan oorweging geskenk word slegs aan beperkte evaluasietegnieke, waaronder Bryan se woordassosiasietoets verkieslik ingesluit moet wees.

7.9 BEPERKINGE VAN DIE STUDIE

Die navorser is van mening dat die volgende as beperkend beskou kan word ten opsigte van hierdie studie:

- 'n Kwalitatiewe studie se navorsingsresultate kan nie veralgemeen word na die algemene populasie soos by 'n kwantitatiewe studie nie. Die empiriese navorsingsresutate wat verkry is uit hierdie studie kan dus ook nie veralgemeen word na die algemene populasie nie, aangesien die getal proefpersone beperk is.

- By drie van die vyf proefpersone ontbreek toereikende behoeftebevrediging op die derde rangorde van lewensprioriteite van Mediese hipno-analise wat volgens die navorser oorlewing op die eerste rangorde van lewensprioriteite kan beïnvloed. Spirituele oorlewing op die eerste rangorde van lewensprioriteite kan dus beïnvloed word deur ontoereikende behoeftebevrediging op die derde rangorde van lewensprioriteite waarvoor daar nie in hierdie studie gekontroleer is nie.

- Die navorser kon slegs beperkte kontrole uitoefen op die proefpersone se lewensomstandighede in die tydperk tussen die voor- en natoetsing. Drie van die vyf proefpersone is in daardie tydperk blootgestel aan ingrypende, traumatiese veranderinge in hul huislike- en versorgingsituasie. Die navorser is van mening dat hierdie gebeure die proefpersone verder getraumatiseer het en derhalwe 'n invloed kon uitoefen op die natoetsresultate.

- 'n Tydperk van drie maande het verloop tussen die voor- en natoetsing. Daar is nie dokumentasie ten opsigte van permanente veranderinge gerapporteer nie. Baie positiewe uitkomste van terapie vergestalt eers in die tydperk ná die afhandeling van terapie.

- Die Ponce de Leon-sindroom presenteer meestal in terme van die Mediese hipno-analise in assosiasie met verkeie ander onbewuste diagnoses. Die isolering van die Ponce de Leon-sindroom binne die konteks van die ander onbewuste sindrome is moeilik definieerbaar op sy eie.

- Die adolessente wat deur die onderwysers geïdentifiseer is vir hierdie studie, is emosioneel weerloos ten opsigte van verskeie risikofaktore. Die proefpersone was erg getraumatiseer en die fisiese en emosionele trauma kon nie voldoende gehanteer word tydens die duur van die terapeutiese intervensie tydens hierdie studie nie.

7.10 BYDRAE VAN DIE STUDIE

Die navorser is van mening dat haar studie die volgende bydrae kan maak:

- 'n Opsomming van bestaande mites en wanopvattings aangaande hipnose word gegee.

- Die effektiwiteit van 'n Mediese hipno-analise-werkswyse word binne 'n opvoedkundig-sielkundige paradigma gestaaf.

- Die ooreenkomste tussen die opvoedkundig-sielkundige werkswyse en die Mediese hipno-analise-werkswyse ten einde adolessente te begelei tot persoonsaktualisering is aangedui.

- Riglyne is vir opvoedkundige sielkundiges gestel vir die aanwending van Mediese hipno-analise as hulpverleningstegniek.

- Deur middel van die gevallestudies is 'n bydrae gelewer tot die Mediese hipno-analise-werkswyse ten opsigte van die hantering van die Ponce de Leon-sindroom.

- Die beskrywing van ouderdomsregressies kan aan die opvoedkundige sielkundige riglyne gee vir die hantering van ouderdomsregressies. Deur van ouderdomsregressies gebruik te maak, kan die opvoedkundige sielkundige (wat oor toereikende kliniese hipnose opleiding beskik) die adolessent help om onbewuste trauma en konflikte te identifiseer, terapeuties te hanteer en betekeniswysiging op onbewuste vlak teweeg te bring wat 'n meer permanente effek het.

- Die positiewe uitkoms van die gebruik van Mediese hipno-analise by adolessente kan dien as motivering vir opvoedkundige sielkundiges om opleiding te ondergaan in Mediese hipno-analise.

- Die opsommende tabelle en figure dra by tot vakinligting en bied ook aan die leser 'n goeie oorsig oor die werking van Mediese hipno-analise en die onbewuste gedagtegang.

- Emosionele volwassewordingskwaliteite is geïdentifiseer en in verband gebring met toetsitems van gestandaardiseerde meetinstrumente.

- 'n Bydrae is gelewer tot die Mediese hipno-analise deur volwasse-wordingskwaliteite te identifiseer waaraan die effek van die hulpverlening gemeet kan word.

- Uit die literatuur is risikofaktore vir emosionele weerloosheid by adolessente geïdentifiseer en in verband gebring met emosionele volwassewordingskwaliteite om emosionele groei te evalueer.

- 'n Holistiese benadering is gevolg ten opsigte van die identifiserings-, diagnostiserings- en hulpverleningspraktyk, waar al vier dimensies van menslike funksionering (fisiologies, intellektueel, spiritueel en emosioneel) in ag geneem word.

- Volgens Wissing en Van Eeden (2002: 32) het daar aan die begin van die millennium 'n sterk belangstelling in emosionele welstand na vore gekom. Ryan en Deci (in Wissing & Van Eeden, 2002: 32-33) beweer ook dat die konseptualisering van welstand nog aanvegbaar en onopgelos is. Die Algemene welstand-vraelys kan 'n bydrae lewer tot die bestaande kennis oor adolessente-welstand en ook tot die sielkunde.

- Die ontwikkeling van 'n Algemene welstand-vraelys bied aan die opvoedkundige sielkundige 'n informele instrument vir die evaluering van adolessente se algemene welstand en kan as 'n voorloper beskou word in 'n poging om 'n gestandaardiseerde algemene welstand-vraelys te ontwikkel.

- Emosioneel-weerlose adolessente beleef statisties-beduidende groei in identiteitsverwerwing, selfstandigheid, selfbeheersing, emosionele weerbaarheid en algemene welstand (op die 5 %-peil van betekenis) sowel as 'n toename in kognitiewe welstand (op die 1 %-peil van betekenis), na blootstelling aan Mediese hipno-analise. 'n Beduidende toename (op die 5 %-peil van betekenis) is gerapporteer ten opsigte van weerbarstigheid, seksuele ongemak en dramatiserende gedrag wat in die lig van hierdie ondersoek dui op die in-beweging-gaan van die emosioneel-weerlose adolessente se emosionele volwassewordings-moontlikhede **(BYLAAG 15)**.

- Die studie verskaf riglyne ten opsigte van die interpretasie van die emosionele volwassewordingsdiagram wat met groot vrug aangewend kan word by emosioneel-weerlose adolessente.

- Binne die bestek van twaalf (90-minuut) terapiesessies is adolessente wat erg getraumatiseer was, se emosionele volwassewording in beweging gebring. In 'n tyd van beperkte mediese fondsvoordele, bied Mediese hipno-analise 'n korttermyn alternatief vir tradisionele psigoterapie.

- Daar bestaan hoop vir emosioneel-weerlose adolessente. Hoewel daar nie altyd toereikende interpersoonlike ondersteuningsbronne beskikbaar is nie, kan hul eie innerlike hulpbronne ontgin, benut en versterk word met behulp van Mediese hipno-analise.

7.11 AANBEVELINGS VIR VERDERE STUDIE

Na aanleiding van die onderhawige studie word die volgende navorsings-relevante aanbevelings gedoen:

- Meer empiriese studies ten aansien van die effek van Mediese hipno-analise op adolessente wat depressief is, dwelmmiddels- en/of alkohol misbruik, aan eetversteurings ly en selfmoordgedrag toon kan onderneem word. Statisties-beduidende resultate kan die effektiwiteit van Mediese hipno-analise as terapeutiese tegniek vir gebruik by adolessente verder ondersteun.

- 'n Longitudinale studie om die effek van Mediese hipno-analise op emosioneel-weerlose adolessente te evalueer kan oor 'n tydperk van 2 jaar met tydintervalle van 6-maande gedoen word sodat die korttermyn, mediumtermyn en langtermyn uitwerking van Mediese hipno-analise beoordeel kan word.

- Die gebruik van 'n kontrolegroep kan die geldigheid en betroubaarheid van die studie verhoog.

- Vir voor- en natoetsdoeleindes is verskillende tegnieke gebruik ten opsigte van die identifisering van die Ponce de Leon-sindroom. In die praktyk kan oorweging geskenk word aan beperkte tegnieke in assosiasie met Bryan se woordassosiasietoets.

- Die verdere ontwikkeling, verfyning en standaardisering van die Algemene welstand-vraelys kan aandag geniet. Die vraelys beskik oor potensiaal aangesien 'n hoë Cronbach alpha-betroubaarheidskoëffisient reeds bepaal is.

Ten opsigte van verdere studie kan die volgende in ag geneem word:

- Dit behoort interessant te wees om te bepaal of die toepassing van Mediese hipno-analise dieselfde tipe resultate sal oplewer vir emsioneel-weerlose adolessente van ander kultuur-/etniese groepe.

- 'n Meer in-diepte studie ten opsigte van die gebruik van Mediese hipno-analise by die skeidingsangssindroom as onbewuste diagnose van die tripleerde allergeenteorie.

- Die adolessent is emosioneel-weerloos ten opsigte van sekere risikofaktore, maar ook resilient na aanleiding van sekere beskermingsfaktore. Verdere navorsing ten opsigte van die rol wat Mediese hipno-analise kan speel ten opsigte van resilience, kan 'n belangrike bydrae lewer ten opsigte van die begeleiding van emosioneel-weerlose adolessente na resilience. Die verband tussen resilience en emosionele volwassewording kan ook verder nagevors word.

- 'n Sterk wetenskaplike belangstelling bestaan tans in die aard en dinamiek van emosionele welstand. Die invloed van Mediese hipno-analise op die emosionele welstand van die emosioneel-weerlose adolessent kan verder verken word.

- Die impak van fisiologiese en psigologiese trauma op die ontwikkeling van die fetus blyk verreikende gevolge te hê en behoort verder ontgin te word binne die raamwerk van die Mediese hipno-analise.

7.12 AFSLUITING

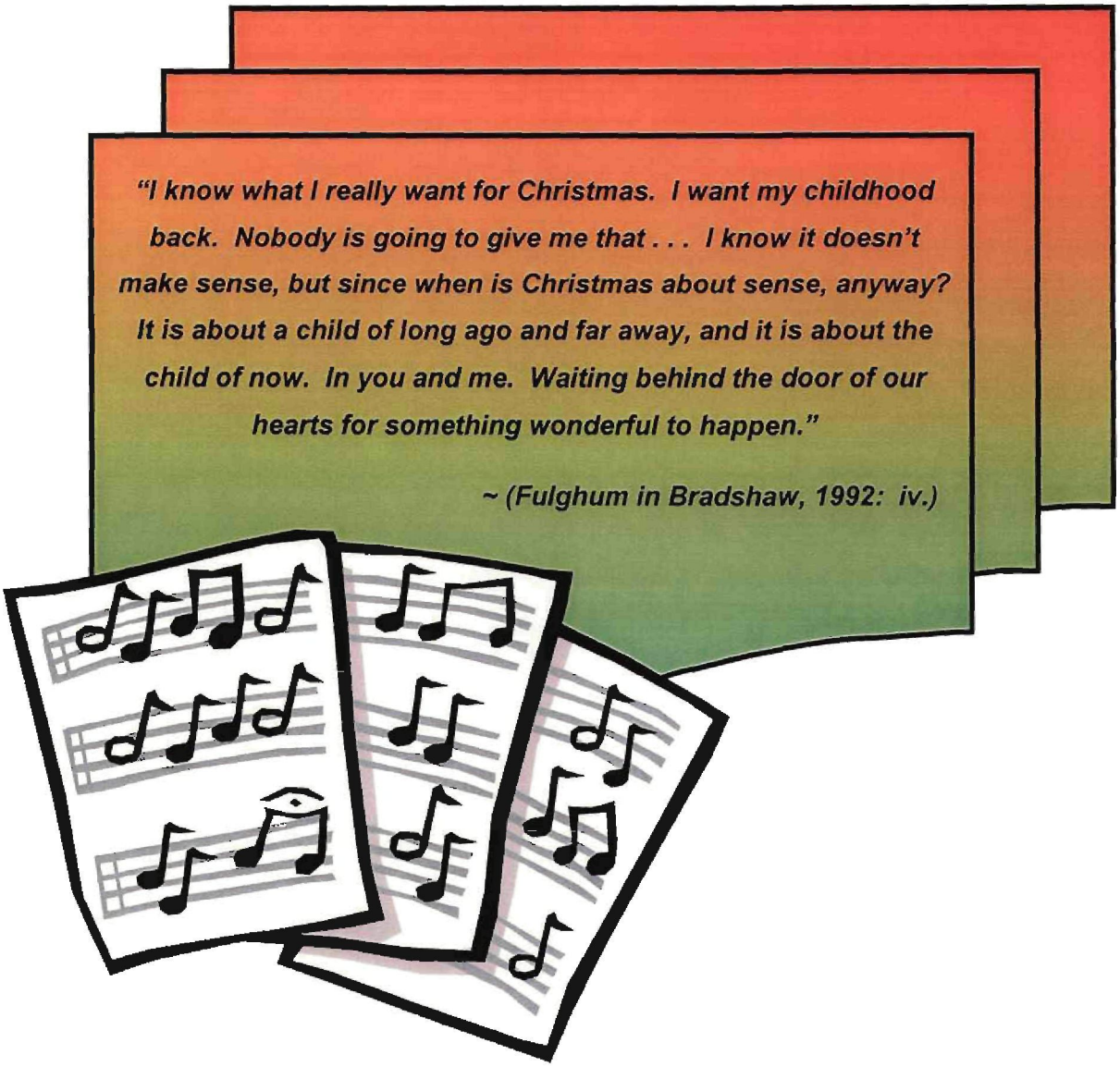
Die doelstellings wat vir hierdie studie in die vooruitsig gestel is, is bereik. Die hoop bestaan dat hierdie navorsing vir verdere navorsers in die toekoms die basis kan neerlê om met behulp van Mediese hipno-analise adolessente se pyn en lyding te versag en hulle toe te rus met vaardighede vir effektiewe coping.

Geen enkele invloed kan verantwoordelik wees vir die suksesvolle oorgang van adolessensie tot volwassenheid nie. Gesinne, die skole, die gesondheidsektor, die gemeenskapsorganisasie en die media moet alleen én saam werk om alle jong mense op 'n suksesvolle lewenspad te plaas. Adolessente moet voel dat hulle gesien word, gehoor word, na geluister word, verstaan word en bemagtig word. Die Mediese hipno-analise-model bevorder emosionele groei en fasiliteer adolessente se transisie van kindertyd-afhanklikheid na emosionele volwasse-wording en weerbaarheid. Die adolessent kan nou sy tydgenote inhaal en 'n normale volwassewordingsproses geniet.

'n Mens kan nie vergoed vir ongelukkige kinderjare nie. Niemand kan vir die emosioneel-weerlose adolessent teruggee wat hy misgeloop of verloor het nie. Die toepassing van Mediese hipno-analise kan hom egter begelei en bemagtig deur betekeniswysiging, aanvaarding en vergifnis.

Malan (in Tydeman, 1995: 525) stel dit soos volg:

"The aim of therapy is not to make up to the patients for the love that they have missed, but to help them work through their feelings about not having it."



BIBLIOGRAFIE

ADAMS, G.R., GULLOTTA, T.P. & MARKSTROM-ADAMS, C. 1994. Adolescent life experiences. 3rd ed. Pacific Grove, Calif. : Brooks/Cole.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 2000. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV-TR. 4th ed. Text revision. Washington, DC : APA.

ANON. 2002. Depression in children – Part 1. *Harvard mental health letter*, 18(8):1-3, Feb. (Abstract in the Academic Research Premier database, reference number 6266773).

APA

kyk

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

ARNOLD, H.B. & LITTLE, R. 2002. Developmental needs of adolescents with limited parenting experience. *Research for educational reform*, 7(1):8-23.

ARONSTAM, M. 1995. Gestaltterapie. (*In* Louw, D.A. *red.* Suid-Afrikaanse handboek van abnormale gedrag. Johannesburg : Southern. p.629-644.)

ASELTINE, R.H. Jr. & GORE, S. 1993. Mental health and social adaptation following the transition from high school. *Journal of research on adolescence*, 3(3):247-270.

AYERS, F. 1994. The first three sentences. *Medical hypnoanalysis journal*, 11(2):57-64, June.

BENENSON, A.K. 1990. The art of healing in hypnosis. *Medical hypnoanalysis journal*, 5(4):128-139, Dec.

BENNETT, P. & MURPHY, S. 1999. Psychology and health promotion. Buckingham : Open University Press.

BERG, B.L. 1995. Qualitative research methods for the social sciences. 2nd ed. Boston : Allyn & Bacon.

BEROEPSRAAD VIR SIELKUNDE. 2002. Etiese kode vir professionele gedrag. Pretoria : Raad vir Gesondheidsberoepe in Suid-Afrika.

BOWLING, A. 1999. Research methods in health: investigating health and health services. Buckingham : Open University Press.

BRADSHAW, J. 1992. Homecoming: reclaiming and championing your inner child. New York : Bantam.

BROOK, D.W., BROOK J.S., WHITEMAN, M., ARENCIBIA-MIRELES, O., PRESSMAN, M.A. & RUBENSTONE, E. 2002. Coping in adolescent children of HIV-positive and HIV-negative substance-abusing fathers. *Journal of genetic psychology*, 163(1):5-23.

BROWN, D.P. & FROMM, E. 1986. Hypnotherapy and hypnoanalysis. New York : Erlbaum.

BRYAN, W.J. Jr. 1987. Classics in hypnoanalysis: the Ponce de Leon syndrome. *Medical hypnoanalysis journal*, 2(3):89-100.

BRYAN, W.J. Jr. 1987. Classics in hypnoanalysis: the walking zombie syndrome. *Medical hypnoanalysis journal*, 2(2):59-69.

BUCHANAN, C.M. 2000. The impact of divorce on adjustment during adolescence. (*In* Taylor, R.D., & Wang, M.C. *eds.* Resilience across contexts: family, work, culture, and community. Mahwah, NJ : Erlbaum. p.179-216.)

BUSCALIA, L. 1982. The fall of Freddie the leaf: a story of life for all ages. Thorofare, NJ : Henry Holt.

CAIRE, J.B. 1986. Importance of depth of trance. (*In* Zilbergeld, B., Edelstien, M.G. & Araoz, D.L. *eds.* Hypnosis: questions & answers. New York : Norton. p.129-131.)

CARSON, D.K., CHOWDHURY, A., CHOUDHURY, R. & CARSON, C.K. 2002. Competence and family support of vulnerable and invulnerable adolescents representing scheduled tribes and scheduled casts in India. *Journal of comparative family studies*, 33(2):249-270.

CASTLE, K., FUHR, L., SIQOSA, J., THOMAS, S. & WRIGHT, J. 1994. The A to Z of child sexual abuse: a practical handbook for professionals, parents and sex abuse victims. Johannesburg : Guild Cottage.

COLE, L. & NELSON HALL, I. 1970. Psychology of adolescents. 7th ed. New York : Holt, Rinehart & Winston.

COLLINS, P. 1999. Tarzan. You'll be in my heart. WD 606457. A Walt Disney soundtrack.

CRONJE, G.M. 1997. Die ontwikkeling en evaluering van 'n psigologiese ondersteuningsprogram vir kinders uit egskeidingsgesinne. Potchefstroom : PU vir CHO. (Skripsie - M.A.)

DAVIS, N. 1996. Therapeutic stories that teach and heal. Oxon Hill, Maryland : Psychological Associates.

DENZIN, N.K. & LINCOLN, Y.S., (EDS.) 1994. Handbook of qualitative research. London : Sage.

DONALD, D., LAZARUS, S. & LOLWANA, P. 1999. Educational psychology in social context. Cape Town : Oxford University Press Southern Africa.

DONNELLY, C.L. & AMAYA-JACKSON, L. 2002. Post-Traumatic Stress Disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and treatment options. *Paediatric drugs*, 4(3):159-170.

DOYLE, J. 1995. Members' section. *Medical hypnoanalysis journal*, 10(3):344-348.

DU PREEZ, A. 2001. Evaluering van 'n multidimensionele holistiese welstandsmodel. Potchefstroom : PU vir CHO. (Skripsie - M.A.)

DU TOIT, S.I. 1988. Die behoefte aan selfaktualisering. (*In* Du Toit, S.I. *red.* Perspektiewe op menswees. Pretoria : Academica. p.200-213.)

DU TOIT, S.I. 1988. Integrasie. (*In* Du Toit, S.I. *red.* Perspektiewe op menswees. Pretoria : Academica. p.252-259.)

EAST, P. 1995. Councelling in medical settings. Buckingham : Open University Press.

EDELSTIEN, M.G. 1986. Age regression. (*In* Zilbergeld, B., Edelstien, M.G. & Araoz, D.L. *eds.* Hypnosis: questions & answers. New York : Norton. p.155-159.)

EDMONSTON, W.E., Jr. 1986. The induction of hypnosis. New York : Wiley.

ERASMUS, J.A.K. & DU TOIT, S.I. 1988. Die onvoltooide verlede bepaal menswees - S. Freud. (*In* Du Toit, S.I. *red.* Perspektiewe op menswees. Pretoria : Academica. p.5-48.)

ERICKSON, M.H. 1959. The February man: evolving consciousness and identity in hypnotherapy. New York : Brunner/Mazel.

ERICKSON, M.H. 1980. Hypnotic alteration of sensory, perceptual and psycho-physical processes. The collected papers of Milton H. Erickson. Volume II. New York : Irvington.)

ERIKSON, E.H. 1963. Childhood and society. 2nd ed. New York : Norton.

ERIKSON, E.H. 1968. Identity: Youth and crisis. New York : Norton.

ERIKSON, E.H. 1977. Childhood and society. St. Albans : Triad/Paladin.

ERIKSON, E.H. 1982. The life cycle completed. New York : Norton.

ERIKSON, E.H. 1995. Childhood and society. London : Vintage.

EVANS, F.J. 1986. The importance and role of posthypnotic amnesia. (*In* Zilbergeld, B., Edelstien, M.G. & Araoz, D.L. *eds.* Hypnosis: questions & answers. New York : Norton. p.173-180.)

EVANS, J.R., VAN VELSOR, P.V. & SCHUMACHER, J.E. 2002. Addressing adolescent depression: a role for school councelors. *Professional school counselling*, 5(3):211-219, Feb. (Abstract in the Academic Search Premier database, reference number 6124169).

FAUL, D. 1994. Die samestelling en evaluering van 'n selfbeeldverbeterings-program vir adolessente. Potchefstroom : PU vir CHO. (Skripsie - M.A.)

FEEHAN, M., McGEE, R., WILLIAMS, S.M., & NADA-RAJA, S. 1995. Models of adolescent psychopathology: childhood risk and the transition to adulthood. *Journal of the American academy of child adolescent psychiatry*, 34(5):670-679, May.

FENN, C. 1998. A guide to complementary therapies in South Africa. Cape town : Struik.

FISCHHOFF, B. & WILLIS, H. 2001. Adolescent vulnerability: measurement and priority setting. (*In* Fischhoff, B., Nightingale, E.O. & Iannotta, J.G. *eds.* Adolescent risk and vulnerability: concepts and measurement. Washington, DC : National Academy Press. p.109-144.)

FOURIE, D.P. 1995. Hipnoterapie. (*In* Louw, D.A. *red.* Suid Afrikaanse handboek van abnormale gedrag. Johannesburg : Southern. p.619-628.)

FRANKL, V.E. 1986. The Doctor and the soul. New York : Vintage Books.

FREUD, S. 1950. Collected papers. Vol. 1. London : Hogarth Press and The Institute of Psycho-Analysis.

FROMM, E. & NASH, M.R. 1997. Psychoanalysis and hypnosis. Madison : International Universities Press.

FRYDENBERG, E. 1997. Adolescent coping: theoretical and research perspectives. London : Routledge.

FURSTENBERG, F.F. 2000. The Sociology of adolescence and youth in the 1990's: a critical commentary. *Journal of marriage and the family*, 62(4):896-910, Nov.

GALL, M.D., BORG, W.R. & GALL, J.P. 1996. *Educational research.* White Plains, N.Y. : Longman.

GARBARINO, J. 1985. Adolescent development: an ecological perspective. Columbus, Oh. : Merill.

GARRISON, K.C. 1965. Psychology of adolescence. 6th ed. Englewood Cliffs, N.Y. : Prentice-Hall.

GEER, L.F. 2000. Die gebruik van hipnoterapie in die hantering van depressie en angs by adolessente en volwassenes. Pretoria : UNISA. (Proefskrif - D.Ed.)

GOSLIN, L. 1994. Die seksuele gedrag, kennis en houdings van die student in laat-adolessensie. Potchefstroom : PU vir CHO. (Skripsie – M.A.)

GOUWS, E., KRUGER, N. & BURGER, S. 2000. The Adolescent. 2nd ed. Sundown, Jhb. : Heineman.

GRODNER, B. 1986. Learning Erickson's methods. (*In* Zilbergeld, B., Edelstien, M.G. & Araoz, D.L. *eds*. Hypnosis: questions & answers. New York : Norton. p.248-251.)

HABERMAS, T. & BLUCK, S. 2000. Getting a life: the emergence of the life story in adolescence. *Psychological bulletin*, 126(5):748-769.

HAMMOND, D.C. 1990. Handbook of hypnotic suggestions and metaphors. New York : Norton.

HARTMAN, W. 1993. Egostate therapy with sexually traumatized children. Pretoria : UP. (Dissertation - Ph.D.)

HASSENFELD, I.N. 1999. "Generative caring" psychotherapy for patients who are reluctant to talk. *American journal of psychotherapy*, 35(4):495-500, Fall.

HAT (Verklarende Handwoordeboek van die Afrikaanse Taal) 2000. Halfway House : Perskor.

HOFFMAN, C. 1991. Hypnosis in the treatment of nausea and vomiting in children. (*In* Wester, W.C. II & O'Grady, D.J. *ed.* Clinical hypnosis with children. New York : Brunner/Mazel. p.183-212).

HOLZMAN, S. 1986. Depth of trance and susceptibility to suggestion. (*In* Zilbergeld, B., Edelstien, M.G. & Araoz, D.L. *eds.* Hypnosis: questions & answers. New York : Norton. p.126-128.)

INKELES, A. & LEIDERMAN, H. 1998. An approach to the study of psychosocial maturity: the development of a Cross-National Scale for adolescents. *International journal of comparative sociology*, 39(1):52-76, Feb.

JACOBS, L.J. & VREY, J.D. 1982. Selfkonsep, diagnose en terapie. Kaapstad : Academica.

JAFFE, M.L. 1998. Adolescence. New York : Wiley.

JORDAAN, W. & JORDAAN, J. 1987. Mens in konteks. Johannesburg : Lexicon.

JORDAAN, W. & JORDAAN, J. 1998. Mense in konteks. 3de uitgawe. Johannesburg : Heinemann.

JOUBERT, N.L. 1999. Die ontwerp en evaluering van 'n Bybelsgefundeerde terapieprogram vir 'n gemeente. Potchefstroom : PU vir CHO. (Proefskrif – Ph.D.)

KAPLAN, H.B. 1999. Toward an understanding of resilience: a critical review of definitions and models. (*In* Glantz, M.D. & Johnson, J.L. *eds.* Resilience and development: positive life adaptations. New York : Kluwer Academic. p.17-84.)

KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. 1991. Synopsis of psychiatry. 6th ed. New York : Williams & Wilkins.

KARLE, H. & BOYS, J. 1991. Hypnotherapy: a pratical handbook. London : Free Association Books.

KIHLSTROM, J.F. 1987. The cognitive unconscious. *Science*, 237:1445-1452.

KIRSCH, I., LYNN, S.J. & RHUE, J.W. 1997. Introduction to clinical hypnosis. (*In* Rhue, J.W., Lynn, S.J. & Kirsch, I. *eds.* Handbook of clinical hypnosis. Washington, DC : American Psychological Association. p.3-22.)

KIRSTEN, G.J.C. 2001. The use of meditation as a strategy for stress management and the promotion of wellness in teachers: an educational psychological study. Potchefstroom : PU for CHE. (Thesis – Ph.D.)

KIRSTEN, G.J.C. & VILJOEN, C.T. 2001. Health-promoting schools: the educational link to sustainable social development. (*In* Marais, H.C., Muthien, Y., Jansen van Rensburg, N.S., Maaga, M.P., De Wet, G.F. & Coetzee, C.J. Sustainable sosial development. Critical issues. Pretoria : Network Publishers. p.219-230.)

KLEINKE, C.L. 1998. Coping with life challenges. CA : Brooks/Cole.

KOHEN, D.P. 1986. Hypnosis with acting-out adolescents. (*In* Zilbergeld, B., Edelstien, M.G. & Araoz, D.L. *eds.* Hypnosis: questions & answers. New York : Norton. p.399-410.)

KOHLER, J.K., GROTEVANT, H.D & McROY, R.G. 2002. Adopted adolescents' preoccupation with adoption: The impact on adoptive family relationships. *Journal of marriage and family*, 64(1):93-104, Feb. (Abstract in the Academic Search Premier database, reference number 6218891).

KROGER, J. 1996. Identity in adolescence. 2nd ed. London : Routledge.

KUMPFER, K.L. 1999. Factors and processes contributing to resilience: the resilience framework. (*In* Glantz, M.D. & Johnson, J.L. *ed.* Resilience and development: positive life adaptations. New York : Kluwer Academic. p.179-224.)

LABUSCHAGNE, J.F. 1977. 'n Ondersoek na die gebruikswaarde van die hoërskoolpersoonlikheidsvraelys in die beroepsleidingsituasie. Pretoria : UNISA. (Verhandeling - M.Ed.)

LANDAU, E. 1998. The self – the global factor of emotional maturity. *Roeper review*, 20(3):174-178, Feb. (Abstract in the Academic Search Elite database, reference number 273884.)

LANDRETH, G.L. 1991. Play therapy: the art of the relationship. Levittown, Pa. : Accelerated Development Publishers.

LANKTON, S.R. 1986. Choosing the right metaphors for particular clients. (*In* Zilbergeld, B., Edelstien, M.G. & Araoz, D.L. *eds.* Hypnosis: questions & answers. New York : Norton. p.261-268.)

LECOMPTE, M.D. 1993. Etnography and qualitative design in educational research. San Diego : Academic Press.

LEEDY, P.D. & ORMROD, J.E. 2001. Practical research: planning and design. 7th *ed.* Upper Saddle River, NJ : Prentice-Hall.

LERNER, R.M., LERNER, J.V., DE STEFANIS, I. & APFEL, A. 2001. Understanding developmental systems in adolescence: implications for methodological strategies, data analyctic approaches and training. *Journal of adolescent research*, 16(1):9-28, Jan. (Abstract in the Academic Search Elite database, reference number 3914103.)

LUECK, R. 1993. Children's script: the hidden treasure within. *Medical hypnoanalysis journal,* 8(2):65-71.

LEVITAN, A.A. & JEVNE, R. 1986. Patients fearful of hypnosis. (*In* Zilbergeld, B., Edelstien, M.G. & Araoz, D.L. *eds.* Hypnosis: questions & answers. New York : Norton. p.81-86.)

LINN, S., LINN, D., EMERSON, W. & LINN, S.J. 1999. Remembering our home. Mahwah, NJ : Paulist.

LOWIES, A.J. 1994. Die bruikbaarheid van mediese hipno-analise as terapeutiese tegniek vir kinders met nagtelike enurese. Pretoria : UP. (Skripsie - M.Ed.)

LUCASEY, B. 2000. Qualitative research and focus group methodology. *Orthopedic nursing*, 19(1):54-55, Jan./Feb. (Abstract in the Academic Search Premier database, reference number 2871305.)

LUTZKER, D. 1986. Examples of hypnotherapy with children. (*In* Zilbergeld, B., Edelstien, M.G. & Araoz, D.L. *eds.* Hypnosis: questions & answers. New York : Norton. p.381-393.)

MACFARLANE, L.C. 2000. Resilience therapy: a group intervention programme to promote the psychological wellness of adolescents at risk. Pretoria : UNISA. (Thesis – D.Ed.)

MACFARLANE, L.C. 2003. Die Leerder studiegids (OPVK 511). Vanderbijlpark : PU vir CHO.

MALAN, C. 2000. Die samestelling en evaluering van 'n gekombineerde kognitiewe gedragsterapeutiese en copingprogram vir depressielyers. Potchefstroom : PU vir CHO. (Verhandeling – M.A.)

MANN, H. 1986. Describing hypnosis to patients. (*In* Zilbergeld, B., Edelstien, M.G. & Araoz, D.L. *eds.* Hypnosis: questions & answers. New York : Norton. p.76-80.)

MAREE, C. 2001. Die identifisering van temas vir die ontwikkeling van 'n voorbereidingsprogram vir adolessente wat stiefgesinne betree. Potchefstroom : PU vir CHO. (Skripsie – M.A.)

MATEZ, A.L. 1992. Medical hypnosis as explained to a patient. *Medical hypnoanalysis journal*, (7)1:4-16.

MATHESON, G. 1986. The longevity of posthypnotic suggesion. (*In* Zilbergeld, B., Edelstien, M.G. & Araoz, D.L. *eds*. Hypnosis: questions & answers. New York : Norton. p.169-172.)

MECOAMERE, V. 1999. SA education is in a crisis, says Asmal. *Sowetan* : 3, July 28.

MERRIAM, S.B. 1991. Case study research in education: a qualitative approach. San Francisco : Jossey-Bass.

MEYER, E. 2001. Intra-uterine experiences, manifestations and the treatment of identity problems in adolescents. Pretoria : UNISA. (Dissertation – D.Ed.)

MEYER, W.F., MOORE, C. & VILJOEN, H.G. 1993. Persoonlikheidsteorieë van Freud tot Frankl. 4de uitgawe. Johannesburg : Lexicon.

MILLON, T. 1993. Millon Adolescent Clinical Inventory. Minneapolis : Dicandrien.

MODLIN, C.T. 1995. Resistance in therapy. *Hypnos SA*, 5(1):1-3, March.

MODLIN, C.T. 1999a. Prisoners of our perceptions: Medical hypnoanalysis in action. Johannesburg : Modbooks.

MODLIN, C.T. 1999b. Intermediate course: Medical hypnoanalysis. Pretoria : South African Society of Clinical Hypnosis.

MODLIN, C.T. 1999c. Medical hypnoanalysis and depression. Unpublished handout at a workshop hosted by the South African Academy for Medical Hypnoanalysis.

MONTEITH, J.L. DE K., POSTMA, F., SCOTT, M. 1988. Die opvoeding en ontwikkeling van die adolessent. Kaapstad : Academica.

MüLLER, Y. 2000. Adolessente se ervaring van geweldadige episodes. Potchefstroom : PU vir CHO. (Verhandeling – M.A.)

MURRAY, R.B. 2000. Overview: theories related to human development. (*In* Murray, R. B. & Zentner, J.P. Health promotion strategies through the life span. 7th ed. Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall. p.213-277.)

MURRAY, R.B., FOX, D. & ZENTNER, J.P. 2000. The developing person: principles of growth and development. (*In* Murray, R. B. & Zentner, J.P. Health promotion strategies through the life span. 7th ed. Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall. p.278-322.)

MURRAY, R.B., ZENTNER, J.P. & PINNELL, N.N. 2000. Assessment and health promotion for the schoolchild. (*In* Murray, R.B. & Zentner, J.P. 7th ed. Health promotion strategies through the life span. Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall. p.465-523.)

MURRAY, R.B., PINNELL, N.N. & ZENTNER, J.P. 2000. Assessment and health promotion for the adolescent and youth. (*In* Murray, R. B. & Zentner, J.P. Health promotion strategies through the life span. 7th ed. Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall. p.524-595.)

MUUSS, R.E. 1996. Theories of adolescence. 6th ed. New York : McGraw-Hill.

NEUMAN, W.L. 2000. Social research methods: qualitative and quantitative approaches. 4th ed. Boston : Allyn & Bacon.

NEWMAN, B.M. & NEWMAN, P.R. 1999. Development through life: a psychosocial approach. 7th ed. Boston : Brooks/Cole-Wadsworth.

NIGHTINGALE, E.O. & FISCHHOFF, B. 2001. Adolescent risk and vulnerability: overview. (*In* Fischhoff, B., Nightingale, E.O. & Iannotta, J.G. *eds.* Adolescent risk and vulnerability: concepts and measurement. Washington, DC : National Academy Press. p.1-14.)

NORVAL, A.J. 1993. Kruiskulturele houdingsmeting: 'n metodologiese studie. Pretoria : RGN.

OAKLANDER, V. 1988. Windows to our children. Highland, NY : Gestalt Journal Press.

OLIVIER, M. 1986. Pedoterapie: teoretiese begronding. (*In* Van Niekerk, P.A. *red.* Die Opvoedkundige Sielkundige: 'n handleiding in die opvoedkundige sielkunde. Stellenbosch : Universiteitsuitgewers en –boekhandelaars. p.107-123.)

PATTON, M.Q. 1990. Qualitative evaluation research methods. Newberry Park, Calif. : Sage.

PERRY, C., LAURENCE, J., NADON, R. & LABELLE, L. 1986. Past lives regression. (*In* Zilbergeld, B., Edelstien, M.G. & Araoz, D.L. *eds.* Hypnosis: questions & answers. New York : Norton. p.50-61.)

PHARES, E.J. 1992. Clinical psychology: concepts, methods and profession. 4th ed. California : Brooks/Cole.

PHILLIPS, M. & FREDERICK, C. 1995. Healing the divided self. New York : Norton.

POGGENPOEL, M. 1998. Data analysis in qualitative research. (*In* De Vos, A.S. *ed.* Research at grass roots. Pretoria : Van Schaik. p.334-356.)

POGGENPOEL, M., MYBURGH, C.P.H. & VAN DER LINDE, C.H. 2001. Qualitative research strategies as prerequisite for quantitative strategies. *Education*, 122(2):408-413, Winter. (Abstract in the Academic Search Premier database, reference number 6352682.)

POTGIETER, R. 2000. Beraad met kinders: 'n narratiewe ondersoek binne die sosiologie. Vanderbijlpark : PU vir CHO. (Skripsie – M.A.)

PRESTON, M.D. 1989. Why hypnosis works. *Medical hypnoanalysis journal*, 4(3):85-93.

PUNT, M.A. 1994. Die gebruik van hipnoterapie by die depressiewe adolessent. Pretoria : Universiteit van Pretoria. (Proefskrif – PhD.)

RAATH, M.C. & JACOBS, L.J. 1990. Dinamiek van die selfkonsep. Pretoria : Academica.

RICE, F.P. 1990. The adolescent. 6th ed. London : Allyn & Bacon.

RICHARDSON, R.C. 2000. Teaching social and emotional competence. *Children and schools*, 22(4):246-251, Oct. (Abstract in the Academic Search Elite database, reference number 4233405.)

RITZMAN, T.A. 1982. The identity problem. *Medical hypnoanalysis journal*, 3(1):5-18.

RITZMAN, T.A. 1987. Treatment of the Ponce de Leon patient. *Medical hypnoanalysis journal*, 2(3):101-120.

RITZMAN, T.A. 1988. The cause and treatment of anxiety. *Medical hypnoanalysis journal*, 3(3):95-115.

RITZMAN, T.A. 1990. Thoughts about healing. *Medical hypnoanalysis journal*, 5(4):146-162.

RITZMAN, T.A. 1993. Guild. *Medical hypnoanalysis journal*, 8(2):10-18.

ROLF, J.E. & JOHNSON, J.L. 1999. Opening doors to resilience intervention for prevention research. (*In* Glantz, M.D. & Johnson, J.L. *eds.* Resilience and development: positive life adaptations. New York : Kluwer Academic. p.229-250.)

ROETS, S. 2001. Guide lines for educational psychologists in the therapeutical application of the medical hypnoanalysis with anxiety clients. Pretoria : UNISA. (Dissertation - D.Ed.)

ROOS, S.S. 1997. Depth of hypnotic trance as related to therapeutic outcome. *Hypnos SA*, 7(1):1-8, March.

ROOS, S.S. 1998. Die rangorde van lewensprioriteite volgens die Mediese hipno-analise-model. Ongepubliseerde volgstuk uitgedeel by 'n werkswinkel van die Suid-Afrikaanse Akademie vir Mediese hipno-analise.

ROSSI, E.L. 1986. Hypnosis and ultradian rhythms. (*In* Zilbergeld, B., Edelstien, M.G. & Araoz, D.L. *eds.* Hypnosis: questions & answers. New York : Norton. p.17-21.)

RUTTER, M. 1984. Resilient children: why some disadvantaged children overcome their environments, and how we can help. *Psychology today*, 18:57-65, March.

RYFF, C.D. & SINGER B. 1996. Psychological well-being: meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and psychosomatics*, 65:14-23.

SAPIRE, A.L. 1981. The relationship between participation in a veld and vlei training programme and psychological variables. Port Elizabeth : UPE. (Dissertation – MA.)

SARASON, I.G., SARASON, B.R., BROCK, D.M. & PIERCE, G.R. 1996. Social support: current status, current issues. (*In* Spielberger, C.D., Sarason, I.G., Brebner, J.M.T., Greenglass, E., Laungani, P. & O'Roark, A.M. *eds.* Stress and emotion: anxiety, anger and curiosity. Washington, DC : Taylor & Francis. p.3-27.)

SAS SYSTEM FOR WINDOWS. 1996. Release 6.12. Cary, North Carolina : SAS Institute.

SCHOEMAN, E.H. 1993. Die loopbaanoriënteringsbetekenis van onderprestasie by standerdnegeleerlinge. Pretoria : UP. (Skripsie - M.Ed.)

SCHOEMAN, E.H. 2000. Die verbreking van die bose kringloop van emosionele onvolwassenheid met behulp van Mediese hipno-analise. Ongepubliseerde volgstuk uitgedeel by 'n werkswinkel van die Suid-Afrikaanse Akademie vir Mediese hipno-analise.

SCHOLTEMEYER, J.S. 2002. Die verband tussen 'n geslagshormoonwanbalans en depressie by vroue. Bloemfontein : UOVS. (Proefskrif – Ph.D.)

SCHURINK, E.M. 1998. Deciding to use a qualitative research approach. (*In* De Vos, A.S. *ed.* Research at grass roots. Pretoria : Van Schaik. p.239-251.)

SCHURINK, E.M. 1998. Designing qualitative research. (*In* De Vos, A.S. *ed.* Research at grass roots. Pretoria : Van Schaik. p.252-264.)

SCHURINK, W.J. 1998. Participant observation. (*In* De Vos, A.S. *ed.* Research at grass roots. Pretoria : Van Schaik. p.277-296.)

SCOTT, J.A. 1993. Hypnoanalysis for individual and marital psychotherapy. New York : Gardner Press.

SCOTT, J.A., Jr. 1991. Missing links in the treatment of depression part II. *Medical hypnoanalysis journal*, 6(2):45-64.

SCOTT, J.A., Sr. 1996. The handbook of brief psychotherapy by hypnoanalysis. Winfield, Ill. : Relaxed Books.

SEIFERT, K.L. & HOFFNUNG, R.J. 1991. Child and adolescent development. 2nd ed. Dallas : Houghton Mifflin.

SELIGMAN, M.E.P. & CSIKSZENTMIHALYI, M. 2000. Positive psychology: an introduction. *American psychologist*, 55:5-14, Jan.

SHERIDAN, C.L., MULHERN, M.A. & MARTIN, D. 1999. The role of social desirability, negative affectivity and female reproductive system symptoms in differences in reporting symptoms by men and women. *Psychological reports*, 85:54-92, March.

SHERROD, L.R., HAGGERTY, R.J. & FEATHERMAN, D.L. 1993. Introduction: late adolescence and the transition to adulthood. *Journal of research on adolescence*, 3(3):217-222.

SONN, F.C.T. & LOUW, D.A. 1995. Sosiokulturele perspektiewe van abnormale gedrag. (*In* Louw, D.A. *red.* Suid-Afrikaanse handboek van abnormale gedrag. Johannesburg : Southern. p.108-126.)

SONNEKUS, M.C.H. & FERREIRA, G.V. 1987. Die psigiese lewe van die kind-in-opvoeding: 'n handleiding in die psigopedagogiek. Stellenbosch : Universiteits-uitgewers en –boekhandelaars.

STEINER, H., ERICKSON, S., HERNANDEZ, N.L. & PAVELSKI, R. 2002. Coping styles as correlates of health in high school students. *Journal of adolescent health: an electronic journal*, 30(5):326-335. [Available on Internet:] http://www.lasalud.com/bus.../buscar_por_revista.htm [Date of access: 4 Jan. 2003].

STEYN, A.G.W., SMIT, C.F., DU TOIT, S.H.C. & STRASHEIM, C. 2000. Moderne statistiek vir die praktyk. 2de druk. Pretoria : Van Schaik.

STRYDOM, E. 2000. Inligtingstegnologie vir alternatiewe vorme van onderwysvoorsiening. Potchefstroom : PU vir CHO. (Proefskrif – Ph.D.)

STRYDOM, H. 1998. Ethical aspects of research in the caring professions. (*In* De Vos, A.S. *ed.* Research at grass roots. Pretoria : Van Schaik. p.23-36.)

STRYDOM, H. & DE VOS, A.S. 1998. Sampling and sampling methods. (*In* De Vos, A.S. *ed.* Research at grass roots. Pretoria : Van Schaik. p.189-201.)

STRYDOM, I. 1999. Emosionele intelligensie in sielkundige opvoedkundige perspektief. Pretoria : UNISA. (Verhandeling – M.Ed.)

THERON, A. 1995. Gedragsversteurings by kinders en adolessente. (*In* Louw, D.A. *red.* Suid-Afrikaanse handboek van abnormale gedrag. Johannesburg : Southern. p.415-447.)

THERON, H.J. 1993. Die ontwikkeling van 'n paradigma vir die skryf van 'n kinderverhaal. Potchefstroom : PU vir CHO. (Skripsie - M.A.)

TOREM, M.S. 1991. Eating disorders. (*In* Wester, W.C. II & O'Grady, D.J. *ed.* Clinical hypnosis with children. New York : Brunner/Mazel. p.230-257).

TYDEMAN, J.F. 1995. Psigoanalitiese psigoterapie. (*In* Louw, D.A. *red.* Suid-Afrikaanse handboek van abnormale gedrag. Johannesburg : Southern. p.517-527.)

VAN NIEKERK, K. 2000. 'n Retrospeksie op onderbewustelike skuldgevoelens se dinamiese verloop van kindwees tot volwassenheid. Pretoria : UNISA. (Proefskrif - D.Ed.)

VAN NIEKERK, P.A. 1986. 'n Opvoedkundige-sielkundige model. (*In* Van Niekerk, P.A. *red.* Die opvoedkundige sielkundige: 'n handleiding in die opvoedkundige sielkunde. Stellenbosch : Universiteitsuitgewers en –boekhandelaars. p.33-44.)

VAN NIEKERK, P.A. 1990. Ortopedagogiese diagnostiek. Stellenbosch : Universiteitsuitgewers en –boekhandelaars.

VENTER, A.C. 1991. Emansipasie uit die gesin van oorsprong, gesinsklimaat en aanpassing van studente. Potchefstroom : PU vir CHO. (Skripsie - M.A.)

VIALE-VAL, G. 1997. Adolescent suicide: assessment and prevention. [Available on Internet:] http://www.uic.edu/orgs/convening/AdolesSuicide.htm [Date of access: 16 Feb. 2003].

VISSER, M., GARBERS-STRAUSS, J & PRINSLOO, C. 1992. Handleiding vir die Hoërskoolpersoonlikheidsvraelys. Pretoria : Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing.

WATKINS, J.G. & WATKINS, H.H. 1997. Egostates: theory and therapy. New York : Norton.

WESTER, W.C. II & O'GRADY, D.J. 1991. Clinical hypnosis with children. New York : Brunner/Mazel.

WHITFIELD, N. 1998. Ice: the mind-blowing drug. *You*, 30:12-24, July.

WICK, E. 1986. Ideomotor and verbal responses in hypnosis. (*In* Zilbergeld, B., Edelstien, M.G. & Araoz, D.L. *eds.* Hypnosis: questions & answers. New York : Norton. p.190-196.)

WICKRAM, I. 1986. Biofeedback and hypnosis. (*In* Zilbergeld, B., Edelstien, M.G. & Araoz, D.L. *eds.* Hypnosis: questions & answers. New York : Norton. p.374-378.)

WILSON, C.D. 1992. Begeleiding van die adolessente leukemielyer binne gesins- en skoolverband. Potchefstroom : PU vir CHO. (Verhandeling – M.Ed.)

WISSING, M.P. & VAN EEDEN, C. 2002. Empirical clarification of the nature of psychological well-being. *South African journal of psychology*, 32(1):32-44, March.

WITMER, J.M. & SWEENEY, T.J. 1992. A holistic model for wellness and prevention over the life span. *Journal of counselling and development*, 71:140-148, Nov./Dec. (Abstract in the Academic Search Premier database, reference number 9302071354).

WOLBERG, L.R. 1996. Hypnosis and psychoanalytic therapy (hypnoanalysis). *American journal of psychotherapy*, 50(4):393-413, Fall.

WOUDSTRA, M. 2000. An integrative model of hypnoanalysis and psychoanalysis. *Hypnos SA*, 10(1):1-4, Aug.

YAPKO, M.D. 1990. Trancework: an introduction to the practice of clinical hypnosis. New York : Brunner/Mazel.

YAPKO, M.D. 1995. Essentials of hypnosis. New York : Brunner/Mazel.

YAPKO, M.D. 1997. Breaking the patterns of depression. New York : Doubleday.

ZEIG, J.K. 1994. Ericksonian methods: the essence of the story. New York : Brunner/Mazel.

ZELLING, D.A. 1987. Expectancy and acceptancy. *Medical hypnoanalysis journal*, 2(1):3.

ZELLING, D.A. 1995. Depression and psychoneurosis. Unpublished handout at a course hosted by the South African Society of Clinical Hypnosis.

ZELLING, D.A. 1995. Medical hypnoanalysis. *Proceedings of the first African congress in clinical hypnosis and psychosomatic medicine*. Pretoria : South African Society of Clinical Hypnosis.

ZIFFER, R.L. & SHAPIRO, L.E. 1992. ASRPI: Adolescent Self-Report and Projective Inventory. Narberth, PA : Psychological Assessment Services.

ZILBERGELD, B. 1986. Choosing inductions. (*In* Zilbergeld, B., Edelstien, M.G. & Araoz, D.L. *eds*. Hypnosis: questions & answers. New York : Norton. p.103-109.)

ZILBERGELD, B. 1986. Hypnosis with children and adolescents. (*In* Zilbergeld, B., Edelstien, M.G. & Araoz, D.L. *eds*. Hypnosis: questions & answers. New York : Norton. p.379.)

ZILBERGELD, B. 1986. Validity of hypnosis. (*In* Zilbergeld, B., Edelstien, M.G. & Araoz, D.L. *eds*. Hypnosis: questions & answers. New York : Norton. p.31.)

BYLAE

DIE VOLGENDE BYLAE TOT DIE NAVORSING WORD INGESLUIT:

BYLAAG 1

BRYAN SE WOORDASSOSIASIETOETS (WAT) 458

BYLAAG 2

RESULTATE VAN ADOLESSENTE WAT UITGESLUIT IS TYDENS DIE TWEEDE SELEKSIEFASE 464

BYLAAG 3

PERSOONLIKHEIDSKALE VAN DIE MACI 466

BYLAAG 4

GEïDENTIFISEERDE PERSOONLIKHEIDSKALE VAN DIE MACI 468

BYLAAG 5

RESULTATE VAN DIE MACI-BETROUBAARHEIDSONDERSOEKE 474

BYLAAG 6

KORRELASIES TUSSEN DIE MACI-BASISTELLINGS EN DIE KLINICI SE BEOORDELINGS IN DIE KRUIS-VALIDASIE STEEKPROEWE B EN C 476

BYLAAG 7

PERSOONLIKHEIDSFAKTORE VAN DIE HSPV 479

BYLAAG 8

GEïDENTIFISEERDE PERSOONLIKHEIDSFAKTORE VAN DIE HSPV 481

BYLAAG 9

RESULTATE VAN DIE HSPV-BETROUBAARHEIDSONDERSOEKE 485

BYLAAG 10

ALGEMENE WELSTAND-VRAELYS 488

BYLAAG 11

OMSKRYWING VAN DIE VYF DIMENSIES VAN DIE ALGEMENE WELSTAND-VRAELYS 495

BYLAAG 12

WEERLOSE ADOLESSENT-VRAELYS 499

BYLAAG 13

SIMPTOME VAN DIE EMOSIONEEL-WEERLOSE KIND-EGOSTAAT 503

BYLAAG 14

MEDIESE HIPNO-ANALISE *"SCRIPTS"* 505

BYLAAG 14A

BEKRAGTIGING VAN LIEFDE 506

BYLAAG 14B

OUDERDOMSPROGRESSIE 506

BYLAAG 14C

"CUTTING LOOSE" 509

BYLAAG 14D

DIE GENESING VAN WOEDE – 'N PROSES 512

BYLAAG 14E

AANVAAR VERANTWOORDELIKHEID VIR JOU EIE EMOSIES EN LAAT ANDER TOE OM VERANTWOORDELIK TE WEES VIR HULLE GEVOELENS EN EMOSIES 514

BYLAAG 14F

STEL DIE KIND IN JOU GERUS OOR DIE VERLEDE 515

BYLAAG 14G

"HOMECOMING MEDITATION" 517

BYLAAG 14H

DIE KLEINE JY – HOE OM 'N GROTER BEWUSTHEID VAN DIE SELF EN BEHEER OOR DIE SELF TE VERKRY 519

BYLAAG 14I

DIE METAFOOR VAN DIE LELIKE EENDJIE 523

BYLAAG 15

STATISTIES-BEDUIDENDE RESULTATE VERKRY UIT DIE NAVORSING 525

BYLAAG 1

BRYAN SE WOORDASSOSIASIETOETS (WAT)

(SCOTT SR., 1996: 251-254)

BRYAN SE WOORDASSOSIASIETOETS

BRYAN SE HIPNOTIESE WOORDASSOSIASIETOETS

AFKORTINGS VIR KLIëNT: VT=VOET; V=VINGERBEWEGING; b=BEWEGING; B=ALGEMENE BEWEGING; p=POUSE; 1p=LANG POUSE; s=SUG; S='N GROOT/LANG SUG; B=BLOKKASIE; h=HANDBEWEGING; T=TOON; g=BETEKENISVOLLE GEBAAR; sv=STEMVERANDERING; XB=KRUIS BENE; T=TONGBEWEGING; A=ALGEMENE BEWEGING WEG VAN TERAPEUT; ot-OOGTREKKING; N=ALGEMENE BEWEGING NA TERAPEUT.

AFKORTINGS VIR TERAPEUT: $=STIMULASIE; v=VINNIG; eg=EERSTE GEDAGTE; o=NIKS; h=HERHALING VAN STEMSTIMULUS; HAKIES DUI VERWANTE RESPONSE AAN; KETTINKIES/HAKKIES BO-AAN VERBIND GEDAGTES; tee=TEENOORGESTELDES; D=DEFENSIEWE GEDRAG OF PRATERY AAN DIE KANT VAN KLIëNT; VR=VINNIGE RESPONS.

RX = 1 DATUM

ONTVANKLIKHEID

TOETSE:

HULPMIDDELS:

INDUKSIEMETODES:

ROETINE-SUGGESTIES:

X	Y	Z	EERSTE GEDEELTE	
			1	I
			2	SOET
			3	II
			4	SAG
			5	III (SAGGIES/STIL)
			6	KLOK
			7	SONDAAR
			8	IV
			9	VADER/PA
			10	SUIKER
			11	MOEDER/MA
			12	PROBLEEM
			13	VREES
			14	LEWE
			15.	V
			16	ANGS
			17	GROEN
			18	DOOD
			19	VI
			20	WIT
			21	LIEFDE
			22	VII MY MA HET ALTYD
			23	BEGEERTE/WENS
			24	BLOU
			25	HEMEL
			26	HAAT
			27	VIII EK IS NET SOOS
			28	ROOI
			29	HEL
			30	LEWENDIG
			31	MOND
			32	SEKS/GESLAG
			33	BYT
			34	TANDE
			35	TONG
			36	IX
			37	VAGINA
			38	WANNEER EK STERF IS EK REGTIG BANG EK SAL
			39	OPWINDEND
			40	X MY PA HET NOOIT
			41	PENIS
			42	ASSEBLIEF
			43	LIEFLIK
			44	XI AS EK MY PROBLEEM IN KLEUR MOET BESKRYF
			45	SUIG
			46	BORSTE
			47	BEHOEFTE
			48	GELOOF/OPVATTING
			49	SIELKUNDIGE
			50	GOD
			51	HIPNOSE

X	Y	Z		
			52	TERAPIE
			53	EK HET VASGESTEEK OP DIE OUDEROM . . .
			54	GOD HET ALTYD
			55	KLIMAKS
			56	XII
			57	WOEDE
			58	WANNEER
			59	DEPRESSIEF
			60	XIII DIE LEWE IS SOOS
			61	VYANDIGHEID
			62	WAAROM
			63	VERSKRIKLIK
			64	XIV
			65	HOMOSEKSUEEL
			66	WIE
			67	XV AS KIND HET EK
			68	NOUDAT EK OUER IS
			69	WANNEER EK STERF GAAN EK
			70	BASIES
			71	DIT HET ALLES BEGIN TOE
			72	DONKER
			73	EK KON NOOIT IETS REG DOEN VIR
			74	XVI
			75	ONTSNAP
			76	ABORSIE
			77	DOMINEER
			78	BABA
			79	SKULDIG
			80	PLESIER
			81	STRAF
			FRASES: VOLTOOI SINNE VAN HIER AF	
			82	AS EK MAAR NET
			83	EK IS SEKER DAAR IS
			84	HOEKOM KAN EK NIE
			85	ELKE LIEWE KEER
			86	XVII
			87	MY GROOTSTE VREES IS
			88	MY GROOTSTE WENS IS
			89	MY GROOTSTE BEHOEFTE IS
			90	MY GROOTSTE FOUT IS
			91	MY GROOTSTE SONDE IS
			92	EK IS BANG WANNEER
			93	XVIII
			94	MANS IS VIR MY
			95	AAN DIE EINDE VAN DIE PAD
			96	ONDERLIGGEND AAN ALLES
			97	WANNEER EK LIEFDE MAAK/LIEFHET
			98	XIX TOE EK GEBORE IS
			99	EK GEE REGTIG OM VIR
			100	EK BEGEER REGTIG

X	Y	Z		
			101	VROUE IS VIR MY
			102	MY GROOTSTE TALENT OF VAARDIGHEID IS
			103	MY GROOTSTE MISLUKKING IS
			104	EK IS BYNA DOOD TOE
			105	DIE GROOTSTE STRUIKELBLOK OP PAD NA MY GELUK IS
			106	DIT IS SO MAKLIK OM
			107	EK VOEL WROKKIG/GEBELG OOR
			108	XX
			109	EK VRA MYSELF AF
			110	DIE EEN DING WAT EK DIE NODIGSTE HET, IS
			111	20 JAAR VAN NOU AF
			112	DIE WARMTE VAN JOU LIPPE
			113	WAT EK DIE GRAAGSTE WIL Hê
			114	XXI EK IS SPYT OOR
			115	AS EK REGTIG LAAT GAAN
			EINDE VAN EERSTE GEDEELTE VAN DIE OEFENING	
			116	ONDERGESKIK
			117	AANRAAK
			118	TROTS
			119	MAAGD
			120	PYN
			121	HUWELIK
			122	LIPPE
			123	SOEN
			124	PIEL
			125	VINNIG
			126	MENEER
			127	DOOS
			128	FOK
			129	VOëL/TRUL
			130	VOEL
			131	TOTTIE
			132	EIERS/KNATERS
			133	KARAKTER
			134	TUSSEN MY BENE
			135	IN DIE TONNEL VOEL EK
			136	PARTYTJIE
			137	NAAI
			138	RESPONS/REAKSIE
			139	KONT
			140	KOM
			141	SEMEN
			142	SLUK
			143	VERKUL
			144	LIEG
			145	STEEL
			146	SKEI
			147	XXII MY MA HET NOOIT
			148	KINDERS
			149	DEUGSAAMHEID/KUISHEID
			150	VRIENDELIK

X	Y	Z		
			151	MY WARE OUDERDOM
			152	GOD HET/SAL NOOIT
			153	OORLOG
			154	TEERHEID
			155	XXII
			156	SWART
			157	SKREE/GIL
			158	WAAR
			159	WARM/VURIG
			160	XXIV
			161	KOS
			162	HUIS
			163	GAAF
			164	SAGMOEDIG
			165	XXV MY PA HET ALTYD
			166	MASTURBEER
			167	VERSORG
			168	VRYHEID
			169	KOUD/KIL
			170	VERTROUE
			171	BEGRAFNIS
			173	PROSTITUUT
			174	XXVI
			175	DWELMS
			176	INPERKING
			177	XXVII
			178	OUTORITEIT/GESAG
			179	VUIL
			180	WAT
			181	WANNEER EK BO IS
			182	AS EK GEWEET HET EK SAL NOOIT GESTRAF WORD NIE
			183	AS EK GEWEET HET EK SAL NOOIT GEVANG WORD NIE
			184	MY DIEPSTE GEDAGTES VERTEL MY
			185	AS EK Lê
			186	MOET ASSEBLIEF NIE
			187	OP MY RUG
			188	WANNEER EK KAAL IS
			189	TOETSE SOOS HIERDIE
			190	EK HET GESONDIG TOE
			191	GLO MY AS
			192	WANNEER 'n BRAND ONTSTAAN
			193	EK GENIET
			194	DIE KERN HIERVAN IS
			195	EK IS NET MOEG VIR
			196	EK VOEL OP MY BESTE WANNEER
			197	WANNEER EK SKOON VOEL
			198	EK SAL GESOND WEES AS
			199	DIE KLEUR BETEKEN VIR MY
			200	AS EK OOIT/WEER TROU
			EK IS DIE SOORT MENS WAT	
			HIERDIE KEER SAL EK SUKSESVOL WEES WANT?	

BYLAAG 2

RESULTATE VAN ADOLESSENTE WAT UITGESLUIT IS TYDENS DIE TWEEDE SELEKSIEFASE

RESULTATE VAN ADOLESSENTE WAT UITGESLUIT IS TYDENS DIE TWEEDE SELEKSIEFASE

GRAAD 9-ADOLESSENTE	GESLAG	MACI-SKAAL 9	MACI-SKAAL B	HSPV-FAKTOR +C	UITSLUITINGS
KIND F	Manlik	66	**25**	7	**25**[I]
KIND G	Vroulik	**93**	52	3	**93**[II]
KIND H	Vroulik	**87**	107	1	**87**[III]
KIND I	Manlik	48	**35**	**8**	**35**[IV] ; **8**[V]

I Uitgesluit van ondersoekgroep op grond van Kategorie B

II Uitgesluit van ondersoekgroep op grond van Kategorie A

III Uitgesluit van ondersoekgroep op grond van Kategorie A

IV Uitgesluit van ondersoekgroep op grond van Kategorie B

V Uitgesluit van ondersoekgroep op grond van Kategorie C

BYLAAG 3

PERSOONLIKHEIDSKALE VAN DIE MACI

(MILLON, 1993: 2)

PERSOONLIKHEIDSKALE VAN DIE MACI

KATEGORIE	KODE	DIAGNOSTIESE SKAAL
VALIDITEIT	VV	Geldigheidskaal
AANPASSINGSKALE	X	Selfonthullingskaal
	Y	Positiewe voorstellingskaal
	Z	Negatiewe voorstellingskaal
PERSOONLIKHEIDSTYLE	1	Teruggetrokke
	2A	Geïnhibeerd
	2B	Treurigheid
	3	Onderdanig
	4	Dramatiserend
	5	Egoïsties
	6A	Weerbarstigheid
	6B	Kragdadig
	7	Konformerend
	8A	Opstandig
	8B	Selfafbrekend
	9	Grenslyngeneigdheid
PROBLEEMAREAS	A	Identiteitsdiffusie
	B	Selfgeringskatting
	C	Liggaamsontevredenheid
	D	Seksuele ongemak
	E	Groepsonsekerheid
	F	Sosiale onsensitiwiteit
	G	Gesinsonenigheid
	H	Kindermishandeling
KLINIESE SINDROME	AA	Eetversteurings
	BB	Middelmisbruikgeneigdheid
	CC	Misdaadgeneigdheid
	DD	Impulsiewe geneigdheid
	EE	Angstige gemoedstemming
	FF	Depressiewe gemoedstoestand
	GG	Selfmoordgeneigdheid

BYLAAG 4

GEÏDENTIFISEERDE PERSOONLIKHEIDSKALE VAN DIE MACI

(MILLON, 1993: 7-20)

GEÏDENTIFISEERDE PERSOONLIKHEIDSKALE VAN DIE MACI

KATEGORIE	KODE	DIAGNOSTIESE SKAAL
VALIDITEIT	**VV**	Geldigheidskaal
AANPASSINGSKALE	**X**	Selfonthullingskaal
	Y	Positiewe voorstellingskaal
	Z	Negatiewe voorstellingskaal
PERSOONLIKHEIDSTYLE	**2B**	Treurigheid
	4	Dramatiserend
	6A	Weerbarstigheid
	8B	Selfafbrekend
PROBLEEMAREAS	**A**	Identiteitsdiffusie
	B	Selfgeringskatting
	D	Seksuele ongemak
	E	Groepsonsekerheid
KLINIESE SINDROME	**AA**	Eetversteurings
	BB	Middelmisbruikgeneigdheid
	DD	Impulsiewe geneigdheid
	FF	Depressiewe gemoedstoestand
	GG	Selfmoordgeneigdheid

'n Goed gefundeerde teoretiese sisteem kenmerk die MACI-skale en dien as riglyn tot die vertolking van die persoonlikheidskale. Die validiteit en aanpassingskale word bespreek, waarna die kenmerke van die geïdentifiseerde 13 MACI-skale uiteengesit word.

■ VALIDITEIT

Een betroubaarheidskaal (Skaal VV) bepaal in welke mate die response as betroubaar geïnterpreteer kan word.

▶ **Skaal VV – Geldigheidskaal**

Geldigheid bestaan uit twee hoogs onwaarskynlike items, om te weerspieël hoe deeglik die respondent aan die items aandag geskenk het. As die Geldigheidstelling nul (0) is, is die toets betroubaar. As die telling een (1) is, is die toetsuitslag dalk onbetroubaar. As die telling twee (2) is, moet die toets as ongeldig beskou word.

■ **AANPASSINGSKALE**

Drie aanpassingskale word gebruik om die gesindheid van die respondent te evalueer, naamlik die Selfonthullingskaal (Skaal X), Positiewe voorstellingskaal (Skaal Y) en Negatiewe voorstellingskaal (Skaal Z).

▶ **Skaal X – Selfonthullingskaal**

Selfonthulling meet die mate waarin die adolessent openhartig, eerlik en selfonthullend was (Millon, 1993: 41).

▶ **Skaal Y – Positiewe voorstellingskaal**

Positiewe voorstelling bepaal die graad waarin die toetsuitslae dalk beïnvloed is deur die adolessent se geneigdheid om sosiaal aantreklik, moreel deugsaam en emosioneel bedaard voor te kom.

▶ **Skaal Z – Negatiewe voorstellingskaal**

Negatiewe voorstelling bepaal die adolessent se geneigdheid om homself te devalueer deur meer lastige emosionele en persoonlike probleme te presenteer as wat waarskynlik, objektief beoordeel, duidelik sou word.

■ **PERSOONLIKHEIDSTYLE**

Die 12 skale ten opsigte van die MACI-Persoonlikheidstyle weerspieël die wyse waarop persoonlikheidskenmerke verbind om 'n styl te vorm. Volgens die teorie kan normale én abnormale persoonlikheidstyle spruit uit die verbinding van drie polariteite: plesier-pyn, aktief-passief en self-ander.

Omdat alle individue elke gedragstyl wat beskryf word, sal openbaar, word die graad waartoe die persoonlikheidstyl geopenbaar word, uitgedruk in 'n profiel-voorstelling van die skaal. Vier van

die 12 persoonlikheidstyle is geïdentifiseer om te gebruik vir voor- en natoetsdoeleindes op grond van die waarde wat hulle inhou vir die evaluering van emosionele weerloosheid by adolessente.

Die 4 geïdentifiseerde persoonlikheidstyle wat in hierdie navorsing van toepassing is, word vervolgens bespreek.

- **Skaal 2B – Treurigheid (24 items)**

Adolessente met hoë tellings verval in moedelose en droefgeestige buie, miskien reeds sedert hul kinderdae. Hulle het 'n verdrietige, peinsende en pessimistiese lewensbeskouing op grond van 'n ingrypende verlies en die gewaarwording dat vreugde onherstelbaar is. Hulle ervaar nooit plesier nie; pyn is 'n permanente deel van hul lewe. Die meeste is onderhewig aan skuldgevoelens en selfverwyt, en sien hulself as onbekwaam, selfs as waardeloos (Millon, 1993: 47).

- **Skaal 4 – Dramatiserend (48 items)**

Adolessente met hoë tellings is spraaksaam, innemend, dikwels ekshibisionisties en emosioneel-ekspressief. Hulle neig daartoe om intense, dog kortstondige verhoudings met ander te hê. Hierdie adolessente soek na interessante ervarings en nuwe opwinding. Hulle raak dikwels verveeld met roetine en langdurige verhoudings (Millon, 1993: 47).

- **Skaal 6A – Weerbarstigheid (39 items)**

Adolessente met hoë tellings neig daartoe om op 'n antisosiale manier op te tree en weerstaan dikwels pogings om hulle te dwing om sosiaal-aanvaarbare gedragstandaarde te onderhou. Hulle kan dalk 'n opstandige houding openbaar, wat hulle in konflik kan bring met hul ouers, die skool of die gereg (Millon, 1993: 47).

- **Skaal 8B – Selfafbrekend (44 items)**

Adolessente met hoë tellings neig daartoe om hul eie ergste vyande te wees, want hulle tree selfvernietigend op en lyk soms of hulle tevrede is om te ly. Dit lyk asof baie van hulle ander se pogings om hulle te help, ondergrawe. Dit is moontlik dat hulle hulself plesier ontsê en hul eie pogings om sukses te behaal, ondergrawe (Millon, 1993: 47).

■ PROBLEEMAREAS

Die 8 skale in hierdie afdeling fokus op lewensareas wat vir adolessente problematies is. Die intensiteit van die probleem word telkens weerspieël in die hoogte van die telling. Dit is belangrik om in gedagte te hou dat hierdie skale persepsies voorstel eerder as objektief-waarneembare of gedragskriteria. Die 4 geïdentifiseerde probleemareas wat in hierdie navorsing van toepassing is, word vervolgens bespreek.

▸ Skaal A – Identiteitsdiffusie (32 items)

Adolessente met hoë tellings is verward oor wie hulle is en wat hulle wil hê. Omdat hulle onseker is oor hul identiteit, lyk dit asof hulle nie op toekomsdoelwitte en waardes kan fokus nie. Hulle kom rigtingloos voor en is dikwels onseker oor die soort mens wat hulle wil word (Millon, 1993: 48).

▸ Skaal B – Selfgeringskatting (38 items)

Adolessente met hoë tellings het dalk 'n begrip van wie hulle is, maar is hoogs ontevrede met daardie selfbeeld. Hulle verwys openlik na gevoelens van lae selfrespek. Hulle vind min wat hulle in hulself kan bewonder en is bang dat hulle ver te kort sal skiet in wat hulle graag wil word (Millon, 1993: 48).

▸ Skaal D – Seksuele ongemak (37 items)

Adolessente met hoë tellings vind seksuele gedagtes en emosies verwarrend en onaangenaam. Hulle is bekommerd oor hul drange en is bang om hul seksualiteit uit te druk. Hulle is òf behep met òf in konflik oor die rolle wat hul seksualiteit van hulle kan verwag (Millon, 1993: 48).

▸ Skaal E – Groepsonsekerheid (19 items)

Adolessente met hoë tellings vertel van hul ontsteltenis en hartseer omdat hulle deur hul eweknieë verwerp is. Terwyl hulle hul goedkeuring begeer, maar nie daarin slaag om dit te verkry nie, sal baie van hulle hulle waarskynlik onttrek en dus selfs meer geïsoleerd voel (Millon, 1993: 48).

■ KLINIESE SINDROME

Die laaste 7 skale van die MACI hou verband met versteuringe van direkte kliniese belang, omdat hulle skerpomlynde simptome weerspieël wat die ingryping van 'n terapeut noodsaak. Die 5

geïdentifiseerde kliniese sindrome wat in hierdie navorsing van toepassing is, word vervolgens bespreek.

- **Skaal AA – Eetversteurings (20 items)**

Adolessente met hoë tellings vertoon duidelike neigings tot anoreksia nervosa of bulimia nervosa. Anoreksiese adolessente het 'n intense vrees vir vet word, selfs hoewel hulle dikwels ver onder die normale gewig is. Bulimiese adolessente eet oordadig en laat hulself dan opgooi of misbruik purgeer- of diuretiese middele (Millon, 1993: 48).

- **Skaal BB – Middelmisbruikgeneigdheid (35 items)**

Adolessente met hoë tellings openbaar 'n patroon van wanaangepastheid in alkohol- of dwelmmisbruik wat gelei het tot beduidende benadeling van hul optrede en gedrag. Baie van hulle bestee veels te veel tyd aan die verkryging van die middele, gedra hulle op 'n onaanvaarbare manier en gaan voort met die gebruik van alkohol of dwelms selfs al weet hulle dat dit hul lewens aanhoudend en verwoestend beïnvloed (Millon, 1993: 48).

- **Skaal DD – Impulsiewe geneigdheid (24 items)**

Adolessente met hoë tellings neig daartoe om hul emosies na minimale provokasie vrye teuels te gee. Hulle beheer hul seksuele en aggressiewe drange swak, en albei hiervan kom tydens adolessensie sterk na vore. Hulle ontvlam maklik oor onbelangrike sake en gee dan vrye teuels aan hul drange op onverwagte, voortvarende en roekelose wyses (Millon, 1993: 49).

- **Skaal FF – Depressiewe gemoedstoestand (33 items)**

Adolessente met hoë tellings raak veel minder aktief, in besliste teenstelling met hul kenmerkende optrede in die verlede. Hulle vertoon 'n opmerklike afname in doeltreffende optrede, ervaar skuldgevoelens en uitgeputheid, 'n neiging om oor die toekoms te wanhoop, sosiale onttrekking, verlies aan vertroue en 'n afname in hul gevoel van doeltreffendheid en aantreklikheid (Millon, 1993: 49).

- **Skaal GG – Selfmoordgeneigdheid (25 items)**

Adolessente met hoë tellings erken dat hulle selfmoordgedagtes en –planne het. Hulle noem emosies van waardeloosheid en doelloosheid. 'n Algemene aspek van sulke gedagtes is 'n gewaarwording dat ander mense beter daaraan toe sou wees sonder hulle. Hulle het professionele aandag en die waaksaamheid van hul gesinslede nodig (Millon, 1993: 49).

BYLAAG 5

RESULTATE VAN DIE MACI-BETROUBAARHEIDSONDERSOEKE

(MILLON, 1993: 34)

RESULTATE VAN DIE MACI- BETROUBAARHEIDSONDERSOEKE

MACI-SKALE	AANTAL ITEMS	ALPHA-KOëFFISIëNTE[a]		TOETS-HERTOETS
		A[b]	B + C[c]	A + B[d]
AANPASSINGSKALE				
X Selfonthullingskaal		-	-	0.86
Y Positiewe voorstellingskaal	17	0.73	0.75	0.71
Z Negatiewe voorstellingskaal	16	0.87	0.85	0.84
PERSOONLIKHEIDSTYLE				
2B Treurigheid	24	0.86	0.85	0.83
4 Dramatiserend	41	0.82	0.84	0.70
6A Weerbarstigheid	39	0.84	0.83	0.79
8B Selfafbrekend	44	0.90	0.89	0.88
PROBLEEMAREAS				
A Identiteitsdiffusie	32	0.79	0.76	0.77
B Selfgeringskatting	38	0.91	0.90	0.85
D Seksuele ongemak	37	0.73	0.69	0.74
E Groepsonsekerheid	19	0.75	0.77	0.57
KLINIESE SINDROME				
AA Eetversteurings	20	0.86	0.85	0.78
BB Middelmisbruikgeneigdheid	35	0.89	0.88	0.90
DD Impulsiewe geneigdheid	24	0.79	0.75	0.78
FF Depressiewe gemoed	33	0.89	0.88	0.81
GG Selfmoordgeneigdheid	25	0.87	0.87	0.91

[a] Cronbach alpha-betroubaarheidskoëffisiënte vir interne konsekwentheid
[b] Steekproef A (N = 579)
[c] Kruis-validasie steefproewe B en C gekombineerd (N = 333)
[d] Toets-hertoets periode-interval van 3 – 7 dae (N = 47)

BYLAAG 6

KORRELASIES TUSSEN DIE MACI-BASISTELLINGS EN DIE KLINICI SE BEOORDELINGS IN DIE KRUIS-VALIDASIE STEEKPROEWE B EN C

(MILLON, 1993: 35)

KORRELASIES TUSSEN DIE MACI-BASISTELLINGS EN DIE KLINICI SE BEOORDELINGS IN DIE KRUIS-VALIDASIE STEEKPROEWE B EN C

MACI-SKALE	STEEKPROEF B	STEEKPROEF C
PERSOONLIKHEIDSTYLE		
2B Treurigheid	-	0.22**
4 Dramatiserend	0.17*	0.15*
6A Weerbarstigheid	0.20*	0.27***
8B Selfafbrekend	0.08	0.20**
PROBLEEMAREAS		
A Identiteitsdiffusie	0.00	0.17*
B Selfgeringskatting	0.13	0.25***
D Seksuele ongemak	-0.02	0.21**
E Groepsonsekerheid	0.14	0.20**
KLINIESE SINDROME		
AA Eetversteurings	0.09	a
BB Middelmisbruikgeneigdheid	0.36***	0.52***
DD Impulsiewe geneigdheid	0.15	0.25***
FF Depressiewe gemoedstoestand	0.37***	0.31***
GG Selfmoordgeneigdheid	0.27**	0.24***

Statistiese beduidendheid: * $p < 0.05$
** $p < 0.01$
*** $p < 0.001$

a Van geen adolessent in steekproef C is daar bevind dat hy die kenmerk wat met hierdie skaal geassosieer word, as sy eerste of tweede mees opvallende karaktertrek vertoon nie.

Die geldigheidskorrelasie vir elke groep is apart bereken omdat die klinici se skale ietwat anders was vir kruis-validasie steekproewe B en C (Millon, 1993: 35).

Uit bostaande tabel blyk dit dat 14 van die 25 koëffisiënte van steekproef B statisties betekenisvol is op die 5 %-peil van betekenis. 'n Globale mediaankoëffisiëntwaarde van 0.17 word vir steekproef B gerapporteer. Die koëffisiënte vir steekproef C is hoër met 'n mediaankoëffisiëntwaarde van 0.25. Van die koëffisiënte wat in berekening gebring is, is 20 van die 24 koëffisiënte statisties betekenisvol op die 5 %-peil van betekenis. Die drie hoogste koëffisiënte was 0.34 vir Skaal CC (Misdaadgeneigdheid), 0.39 vir Skaal F (Sosiale onsensitiwiteit) en 0.52 vir Skaal BB (Middelmisbruikgeneidheid) (Millon, 1993: 35).

Elke MACI-skaaltelling korreleer ook met tellings van bykomende meetinstrumente wat dieselfde tipe (indien nie identiese) konstrukte meet. Bylae F van die handleiding kan gebruik word om individuele skale van die MACI te vergelyk met ander meetinstrumente wat veronderstel is om dieselfde konstrukte te meet. Hierdie meetinstrumente en hul subskale sluit in (Millon, 1993: 35):

- Beck Depressie-skaal
- Beck Wanhoop-skaal
- Beck Angs-skaal
- Eetversteuringsvraelys-2
- Probleem-geörienteerde keuringsinstrument vir tieners (POSIT)

BYLAAG 7

PERSOONLIKHEIDSFAKTORE VAN DIE HSPV

(VISSER, GARBERS-STRAUSS & PRINSLOO, 1992: 21)

PERSOONLIKHEIDSFAKTORE VAN DIE HSPV

LAE TELLING (STIENWAARDES 1-3)	FAKTOR	HOË TELLING (STIENWAARDES 8-10)
Terughoudendheid	A	Hartlikheid
Konkrete denke	B	Abstrakte denke
Emosionele onvolwassenheid	C	Emosionele volwassenheid
Flegmatiese temperament	D	Prikkelbaarheid
Onderdanigheid	E	Dominansie
Soberheid	F	Sorgvryheid
Lae superegosterkte	G	Hoë superegosterkte
Skugterheid	H	Sosiale vrypostigheid
Ontoegeeflikheid	I	Emosionele gevoeligheid
Lewenslustigheid	J	Versigtige individualisme
Selfversekerdheid	O	Skuldgeneigdheid
Groepafhanklikheid	Q_2	Selfgenoegsaamheid
Onbeheersdheid	Q_3	Selfbeheersing
Ontspannenheid	Q_4	Gespannenheid

BYLAAG 8

GEÏDENTIFISEERDE PERSOONLIKHEIDSFAKTORE VAN DIE HSPV

(VISSER, GARBERS-STRAUSS & PRINSLOO, 1992: 23-36)

GEÏDENTIFISEERDE PERSOONLIKHEIDSFAKTORE VAN DIE HSPV

LAE TELLING (STIENWAARDES 1-3)	FAKTOR	HOË TELLING (STIENWAARDES 8-10)
Terughoudendheid	A	Hartlikheid
Emosionele onvolwassenheid	C	Emosionele volwassenheid
Onderdanigheid	E	Dominansie
Selfversekerdheid	O	Skuldgeneigdheid
Onbeheersdheid	Q_3	Selfbeheersing

Kenmerke wat gemeet word deur die geïdentifiseerde faktore van die HSPV word vervolgens beskryf.

► **Faktor A: Terughoudendheid (-A) – Hartlikheid (+A)**

Adolessente met 'n **hoë telling (+A)** in hierdie faktor is na buite lewend, goedgeaard en sorgeloos. Hulle wys hul emosies, is bereid tot samewerking, hou van deelname, gee aandag aan mense, is saggeaard, vertrouend, aanpasbaar, warmhartig en lag geredelik. Hulle gee voorkeur aan beroepe waar met mense gewerk word wat sosiale erkenning geniet. Hulle vorm maklik groepe, is rojaal in verhoudinge en word minder deur kritiek ontstel (Visser *et al.*, 1992: 23).

Adolessente met 'n **lae telling (-A)** in hierdie faktor, is meer krities, staan by hul eie idees en kommunikeer nie maklik met mense nie. Hulle is koel en afsydig, presies, objektief, wantrouig, skepties, stram, rigied, koud en geneig om nukkerig te wees. Hulle is minder inskiklik, ernstiger, verkies dinge bo mense, hou daarvan om alleen te werk en is geneig tot introspeksie. Hulle toon meer insig in hul evaluering van mense en dinge, is betroubaar met langtermynondernemings en take wat presiesheid vereis. Hulle is ook vindingryk en kom beloftes getrou na (Visser *et al.*, 1992: 24).

► **Faktor C: Emosioneel onvolwasse en onstabiel - egoswakheid (-C) – Emosioneel volwasse en stabiel – egosterkte (+C)**

Adolessente met 'n **hoë telling (+C)** in hierdie faktor, vertoon emosioneel volwasse en stabiel. Hulle is realisties, kalm, standvastig, verantwoordelik, bedaard en onverstoord. Hulle toon selfbeheersing, vermy moeilikheid en kan frustrasie goed hanteer (Visser *et al.*, 1992: 26).

Adolessente met 'n **lae telling (-C)** in hierdie faktor is emosioneel minder stabiel. Hulle toon 'n onvermoë om emosies en impulse te beheer, raak maklik ontstel en hanteer frustrasie minder goed. Hulle is veranderlik in gesindhede en belangstellings, raak maklik verward, ontwyk verantwoordelikhede, gooi maklik tou op, is bekommerd en raak betrokke in rusies en probleemsituasies. Hulle vererg hulle maklik, is dikwels ontevrede en beheer hulself moeilik. Hierdie persone mag ernstige aanpassingsprobleme ondervind wanneer hulle in 'n nuwe omgewing geplaas word of aan spanning blootgestel word. Hulle is vervul met 'n gevoel van ontoereikendheid en onvermoë om lewenseise te hanteer (Visser *et al.*, 1992: 25).

► **Faktor E: Onderdanigheid (-E) – Dominansie (+E)**

Adolessente met 'n **hoë telling (+E)** in hierdie faktor, is gewoonlik selfgeldend, selfversekerd, onafhanklik, aggressief, mededingend, koppig, aanmatigend, streng, vyandig, ernstig, onkonvensioneel, opstandig, eiewys en wil bewonder word. Dit kan ook lei tot ongehoorsaamheid en in sekere gevalle antisosiale gedrag. Uitstaande sportprestasies, onafhanklikheid en kreatiwiteit gaan dikwels met dominansie gepaard (Visser *et al.*, 1992: 27).

Adolessente met 'n **lae telling (-E)** in hierdie faktor, is gewoonlik gehoorsaam, afhanklik, onderdanig, is volgsaam en inskiklik, nederig, saggeaard, bedagsaam, diplomaties, uitdrukkingsvol, konvensioneel, konformerend en word maklik deur gesag ontstel (Visser *et al.*, 1992: 27).

Albei uiterstes van Faktor E word met aanpassingsprobleme geassosieer. Waar diegene met 'n hoë telling soms geneig is tot 'n patroon van jeugoortredinge, is diegene met 'n lae telling geneig tot neuroses (Visser *et al.*, 1992: 27).

► **Faktor O: Selfversekerdheid (-O) – Skuldgeneigdheid (+O)**

Adolessente met 'n **hoë telling (+O)** in hierdie faktor, is geneig tot skuldgevoelens, is selfverwytend en voel onveilig, kommervol en besorgd, angstig, neerslagtig, huil maklik, is liggeraak, buierig en openbaar 'n sterk pligsgevoel.

Hulle is gevoelig vir mense se goed- en afkeuring, is nougeset, puntenerig, hipochondries, ontoereikend, toon fobiese simptome en vrese, is eensaam en peinsend. Hulle voel vermoeid deur opwinding, voel minderwaardig en onbekwaam in die lig van daaglikse lewenseise, is vol bekommernisse, berou en skuldgevoelens.

Voorts vertoon hulle 'n neiging tot vroomheid, word ontstel deur die druk van gesag en verkies rustige aktiwiteite bo rumoerigheid. Hulle voel dat hulle nie aanvaar word nie, nie vrylik kan deelneem nie en hulle reken dat maats van mening is dat hulle groepsaktiwiteite belemmer. 'n Hoë telling verteenwoordig verskeie vorms van neurose, psigose, persoonlikheidsversteurings en selfs fisieke gebreke. Hierdie persone voel altyd moeg, is onstabiel en slaap sleg (Visser *et al.*, 1992: 33-34).

Adolessente met 'n **lae telling (-O)** in hierdie faktor, vertoon kalme toereikendheid, is rustig en geborge, selfvoldaan, bedaard, vol selfvertroue, opgeruimd, lewenskragtig en sonder berou. Hulle is opportunisties, ongevoelig vir mense se goed- of afkeuring, is lewenskragtig, ervaar nie vrese nie en is geneig tot eenvoudige handeling. 'n Baie lae O-telling kan daarop dui dat die persoon ander blameer vir sy foute en nie genoegsaam verantwoordelikheid vir sy eie gedrag aanvaar nie (Visser *et al.*, 1992: 34).

- **Faktor Q_3: Onbeheersd ($-Q_3$) – Selfbeheersing ($+Q_3$)**

Adolessente met 'n **hoë telling ($+Q_3$)** in hierdie faktor, openbaar sterk wilskrag, is kompulsief en gedissiplineerd en tree sosiaal korrek en bedagsaam op. Hulle strewe na aanvaarding van goedgekeurde etiese standaarde, beoefen selfbeheersing, is ambisieus om te vorder, let op hulle sosiale beeld, neem ander in ag, beplan vooruit en is konsensieus. 'n Hoë Q_3-telling dui op stabiliteit en doelgerigtheid en kan beskou word as 'n belangrike komponent van leierskap, skool- en beroepsukses (Visser *et al.*, 1992: 35).

Adolessente met 'n **lae telling ($-Q_3$)** in hierdie faktor, is laks, volg hulle eie drange en verontagsaam sosiale reëls. Hulle tree onnadenkend en ongedissiplineerd op en verwerp kultuureise. Hulle minag sosiale eise en oefen nie selfbeheer uit nie. Hulle word verder gekenmerk deur onbeheerste emosionaliteit en opgewondenheid. 'n Persoon se ervaring van selfbeheersing kan ontwikkel word deur opvoeding in sosio-morele waardes en die aanmoediging van selfrespek (Visser *et al.*, 1992: 35).

BYLAAG 9

RESULTATE VAN DIE HSPV-BETROUBAARHEIDSONDERSOEKE

(VISSER, GARBERS-STRAUSS & PRINSLOO, 1992: 48, 52)

RESULTATE VAN DIE HSPV- BETROUBAARHEIDSONDERSOEKE

HSPV-FAKTORE	KR-8 KOëFFISIëNTE[a]	TOETS-HERTOETS[b]
FAKTOR A Terughoudendheid-Hartlikheid	0.54	0.64
FAKTOR C Emosioneel-volwasse-Emosioneel-onvolwasse	0.57	0.64
FAKTOR E Onderdanigheid-Dominansie	0.52	0.56
FAKTOR O Selfversekerdheid-Skuldgeneigdheid	0.52	0.54
FAKTOR Q_3 Onbeheersdheid-Selfbeheersing	0.45	0.60

[a] Betroubaarheidskoëffisiënte vir interne betroubaarheid bereken volgens die Kuder-Richardson-8 (N =2332)

[b] Afrikaans- en Engelssprekende leerlinge, seuns en dogters, met 'n periode-interval van 2 weke (N = 868)

Betroubaarheidskoëffisiënte vir die verskillende groepe waarvoor die HSPV gestandaardiseer is, word in die onderskeie toetshandleidings gerapporteer. Betroubaarheidskattings is volgens die toets-hertoetsmetode van betroubaarheidsbepaling bereken en wissel vir blanke Afrikaans- en Engelssprekende leerlinge tussen 0.53 en 0.78 vir die verskillende persoonlikheidsdimensies. Hoewel die betroubaarheidskoëffisiënte vir swart, Kleurling- en Indiërleerlinge laer is, kan dit steeds met vrug gebruik word.

Die toets-hertoetsbetroubaarheid van Vorm A van die HSPV vir adolessente tussen die ouderdomme van 14 en 18 jaar is volgens Van Vuuren (in Sapire, 1981: 51) deurgaans bevredigend.

Aangesien persoonlikheid nie 'n homogene verskynsel is nie, word die homogeniteit van items vir elke primêre faktor afsonderlik bereken (Visser *et al.*, 1992: 51). Die interne betroubaarheidskoëffisiënte van die HSPV-skale lê tussen 0.40 en 0.67. Die betroubaarheidskoëffisiënte wat 'n aanduiding van die interne konsekwentheid van faktore gee, is oorwegend laag.

BYLAAG 10

ALGEMENE WELSTAND-VRAELYS*

***GERAADPLEEGDE BRONNE TYDENS DIE ONTWIKKELING VAN DIE ALGEMENE WELSTAND-VRAELYS IS ONDER MEER:**

• Barnard, C.P. - Resilience: A shift in our perception? • Claassens, E. - Die dinamiek van kognitiewe style, coping en psigologiese welsyn by jeugdiges. • Departement van Sport en Rekreasie - Verskeie pamflette. • Gadow, K.D. & Sprafkin, J. - Child Symptom Inventory-4 (CSI-4). • Lightsey, O.R. (Jr.) - What leads to wellness? The role of psychological resources in wellbeing. • Nasionale Raad vir Geestesgesondheid - Verskeie pamflette. • Moos, R.H. - Coping Responses Inventory Youth Form (CRI-Y). • RGN: Persoonlike, Huislike, Sosiale en Formele Verhoudingsvraelys (PHSF). • RGN: Opname van studiegewoontes en –houdingsvraelys (OSGH). • Wissing, J.A. - Die dinamiek van stres, bronne, coping en psigologiese welsyn by jeugdiges.

ALGEMENE WELSTAND-VRAELYS

MERK MET 'N X ASB.

A. FISIEKE DIMENSIE

DAAGLIKSE GEWOONTES	JA	NEE
1. Neem jy 2 tot 3 keer per week deel aan matige oefening?		
2. Kry jy genoeg slaap (7 - 8 ure 'n nag)?		
3. Is jy 'n nie-roker?*		
4. Gebruik jy min of geen alkohol?		
5. Drink jy ten minste 4 glase water per dag?		
6. Eet jy elke dag vrugte en groente?		
7. Eet jy elke dag lekkers, sjokolade, koek, of soet beskuitjies?		
8. Drink jy meer as 3 glase versoete koeldrank (bv. Coke) per dag?		
9. Drink jy meer as 3 koppies koffie per dag?		
ALGEMENE FISIEKE TOESTAND	**JA**	**NEE**
10. Ek ly aan slegte spysvertering.		
11. Ek rook as ek gespanne voel.		
12. Ek slaap sleg.		
13. Ek gebruik dwelms.		
14. Ek sukkel om my gewig konstant te hou.		
15. Ek gebruik kalmeerpille as ek gespanne raak.		
16. Ek misbruik alkohol sodanig dat ek die volgende dag sleg voel.		
17. Ek eet omtrent niks as ek gespanne raak.		
18. Ek het gedurig hoofpyn.		
19. Ek het pyne in my nek en skouers.		
20. My bene voel wankelrig.		
21. Ek voel gedurig moeg en sonder energie.		
22. Ek braak wanneer ek te veel geëet het.		

* **Vir die doel van hierdie ondersoek word 'n nie-roker beskou as iemand wat reeds vir meer as 'n jaar nie rook nie.**

A. FISIEKE DIMENSIE (VERVOLG)	JA	NEE
23. Ek raak kortasem of uitasem as ek gespanne raak.		
24. Ek het tans of in die verlede al 'n maagseer gehad.		
25. Ek ly dikwels aan hardlywigheid.		
26. Ek word soms duiselig.		
27. Ek drink buitegewoon baie water elke dag.		
28. My hande is gewoonlik sweterig.		
29. Ek kry gereeld verkoue en is soms grieperig.		
30. Ek kry soms dowwe pyne in my lyf (bv. kop, gewrigte, ens.)		
31. Ek voel soms benoud as ek gespanne raak.		
32. Ek wip van die skrik vir 'n onverwagse geluid.		
33. Ek byt my naels.		
34. Ek sien swart kolle voor my oë.		
35. My voet, been of ander liggaamsdele rittel onwillekeurig.		
36. Ek is gedurig naar.		
37. My mond raak droog en/of ek lek oor my lippe as ek gespanne raak.		
38. Ek oefen 6 dae 'n week vir 2 uur of langer in die gim.		
39. Ek trek soms my hare een vir een uit.		
40. Ek gebruik soms slaappille om te slaap.		
41. Ek gebruik 'n antidepressant.		
42. Ek ly aan epilepsie.		
43. Ek kry soms migraine.		
44. Ek is 'n diabeet.		
45. Ek kry gereeld diaree.		
46. Ek het ekseem wat erger word sodra ek gespanne raak.		
47. Ek ooreet my gewoonlik.		
48. Ek kry dikwels 'n knop in my keel.		
49. Ek drink een of verskeie multivitamien aanvullings.		
50. My hare en vel is in 'n goeie toestand.		
SLEGS VIR KANTOORGEBRUIK		
FISIEKE WELSTAND		

B. EMOSIONELE DIMENSIE

	JA	NEE
1. Ek voel positief oor die toekoms.		
2. Ek voel geliefd en seker van myself.		
3. Ek voel vasgevang in my huidige situasie.		
4. Ek is meestal terneergedruk of ongelukkig.		
5. Die kinders by die skool maak my gespanne.		
6. Ek voel dat dit beter sal wees as ek dood is.		
7. Ek oefen gereeld om ontslae te raak van al my frustrasies.		
8. Ek kan die meeste probleme hanteer wat na my kant toe kom.		
9. Ek lag en glimlag gereeld.		
10. As ek terugkyk oor my lewe, kan ek net 'n klomp mislukkings sien.		
11. Ek raak vinnig geïrriteerd en ongeduldig.		
12. Dit ontstel my dat kinders agter my rug van my praat.		
13. Ek glo in myself en in my eie vermoëns.		
14. Ek aanvaar gesag sonder om dit altyd te bevraagteken.		
15. Niks is meer vir my lekker nie.		
16. Ek dink baie oor die dood en doodgaan.		
17. Ek voel teleurgesteld in myself.		
18. Ek is geliefd by my maats en onderwysers.		
19. Ek voel depressief.		
20. Ek is deesdae huilerig en raak maklik omgekrap.		
21. Ek dink baie aan selfmoord.		
22. Ek geniet skool.		
23. Ek tree partymaal kinderagtig op om aandag te trek.		
24. Ek hoor soms stemme sonder om te weet waar dit vandaan kom.		
25. Ek kan my vriende en vriendinne vertrou.		
26. Ek haat myself.		
27. Ek het 'n gevoel dat iets slegs met my gaan gebeur.		

B. EMOSIONELE DIMENSIE (VERVOLG)	JA	NEE
28. Ek kan my ouers vergewe vir dit wat hulle verkeerd doen.		
29. Ek voel ek word gestraf sonder rede.		
30. Ek kan vir myself lag.		
31. Ek voel oorweldig deur my baie verantwoordelikhede.		
32. Ek voel angstig en bekommerd oor my skoolwerk.		
33. Dit voel vir my asof niemand eintlik van my hou nie.		
34. Ek leer net hard in dié vakke waarvan ek hou.		
35. Ek kan glad nie alleen wees nie en voel baie keer eensaam.		
36. Ek kry selde of ooit nagmerries.		
37. Ek kan oor my gevoelens praat.		
38. Ek het skuldgevoelens oor seks.		
39. Ek het baie vrese.		
40. Ek drink soms om van my stres ontslae te raak.		
41. Ek bespreek my probleme met my ouers.		
42. My huismense maak my gespanne.		
43. Mense sê dat ek dinge gedoen het of gesê het waarvan ek nie weet nie.		
44. Ek voel dikwels skuldig al het ek nie rede om so te voel nie.		
45. Ek voel dat ek altyd moet kompeteer met my klasmaats.		
46. Ek voel minderwaardig tussen my maats.		
47. Ek leer self sonder om aangesê te word om dit te doen.		
48. Ek onderdruk die meeste van my gevoelens.		
49. Ek voel veilig in my ouerhuis.		
50. Ek is 'n slegte verloorder.		
SLEGS VIR KANTOORGEBRUIK		
EMOSIONELE WELSTAND		

C. KOGNITIEWE DIMENSIE

	JA	NEE
1. Ek sukkel in die skool met opdragte waar ek my verbeelding moet gebruik.		
2. Ek sukkel om te onthou wat ek geleer het.		
3. Ek het 'n breë algemene kennis en kan oor baie onderwerpe saamgesels.		
4. Dis moeilik vir my om wiskunde probleme uit te redeneer.		
5. Ek vaar gewoonlik goed in my begripstoetse.		
6. My aandag word maklik afgetrek van die taak waarmee ek besig is.		
7. Ek sien baie keer die humor en/of ironie in sekere situasies raak.		
8. Ek is geïntereseerd in idees oor godsdiens, politiek en die samelewing.		
9. Ek sukkel om dit wat ek dink prakties uit te voer.		
10. Ek hou van huiswerkopdragte en/of projekte wat 'n uitdaging vir my inhou.		
11. Ek verstaan hoekom sekere dinge met mekaar verband hou.		
12. Ek beplan deeglik voor ek 'n vraag in 'n toets of eksamen beantwoord.		
13. Ek kan steeds konsentreer terwyl ander kinders in die klas gesels.		
14. Ek word oorweldig deur 'n groot hoeveelheid leerwerk.		
15. Ek kan konsentreer op meer as een ding op 'n slag.		
16. Van die onderwysers se verduidelikings is bo my vuurmaakplek.		
17. Dit is moeilik om die werk wat ek geleer het, prakties toe te pas.		
18. Wanneer ek raaiskote in die klas waag, is ek gewoonlik reg.		
19. Ek is goed daarmee om verhoudings, afstand, tyd en snelheid te skat.		
20. Ek vergeet inligting gou na 'n toets of 'n eksamenvraestel.		
21. Ek verstaan hoekom my dade sekere gevolge het.		
22. Ek snap gewoonlik die nuwe werk dadelik.		
23. Ek sukkel om die planne wat ek maak, prakties uit te voer.		
24. Dit is vir my maklik om die kerngedagtes uit te haal en 'n stuk op te som.		
25. Die meeste werk leer ek soos 'n papegaai sonder om altyd insig te hê.		
SLEGS VIR KANTOORGEBRUIK		
KOGNITIEWE WELSTAND		

D. SPIRITUELE DIMENSIE ("God" verwys na dié god wat jy aanbid)

	JA	NEE
1. Ek dink na oor 'n godheid, sonde en vergifnis.		
2. Ek gaan gereeld na 'n kerk en/of godsdienstige samekomste toe.		
3. Satanisme het 'n vreemde aantrekkingskrag vir my.		
4. Ek glo in die ewige lewe.		
5. Ek wonder of God rêrig bestaan.		
6. Ek is bang vir God.		
7. Ek bid gereeld.		
8. Ek stel belang in die okkulte, satanistiese rituele, ens.		
9. Ek sukkel om myself te vergewe.		
10. Voorhuwelikse seks staan tussen my en God.		
11. Ek kan God se genade in my lewe sien.		
12. My God is 'n god van liefde.		
13. Ek's kwaad vir God oor alles wat in my lewe verkeerd gaan.		
14. Dit voel deesdae vir my of my godsdiens "lou" geword het.		
15. Die dood hou vir my verskrikking in.		
16. Ek wonder of ek hemel toe gaan.		
17. Dit voel vir my of daar 'n muur is tussen my en God.		
18. Ek wonder of God my gebede verhoor.		
19. Geloof in God is die anker in my lewe.		
20. Ek kan op God vertrou om my te help in die toekoms.		
21. Ek beskou my liggaam as belangrik vir God.		
22. Ek glo dat God my sal help in moeilike tye.		
23. Ek voel soms baie naby aan God.		
24. Dit voel vir my of God net in die kerk bestaan.		
25. God praat met my deur die Bybel.		
SLEGS VIR KANTOORGEBRUIK		
SPIRITUELE WELSTAND		

BYLAAG 11

OMSKRYWING VAN DIE VYF DIMENSIES VAN DIE ALGEMENE WELSTAND-VRAELYS

OMSKRYWING VAN DIE 5 DIMENSIES VAN DIE ALGEMENE WELSTAND-VRAELYS

(i) Fisieke dimensie

Die komponente van hierdie dimensie omsluit die funksionaliteit van die liggaamsisteem, vlakke van fiksheid, teenwoordigheid of afwesigheid van siektes en risikogedrag, vlakke van blootstelling aan alkohol, stres en ander negatiewe faktore. Binne die Fisieke dimensie word daar eerstens gefokus op die adolessent se daaglikse gewoontes (9 vrae). Daarna word daar gefokus op die algemene fisiese toestand van die adolessent. Die Fisieke dimensie gee 'n aanduiding van die mate waarin die adolessent verantwoordelikheid neem vir sy eie gesondheid. Verskeie siektes, psigosomatiese toestande en stresverwante simptome word beskryf. Oefening word ook onder die loep geneem. Fisiese oefening is belangrik vir die liggaam en gees. Om fiks en ontspanne te wees is essensieel vir 'n adolessent se welstand. Adolessente met 'n lae selfbeeld kan presenteer met verskeie gesondheidsprobleme (Gouws *et al.*, 2000: 33, 84; Jordaan & Jordaan, 1998: 588-589).

(ii) Emosionele dimensie

Dié dimensie fokus op die affektiewe komponente van gedrag en kan verbind word met die regterhemisferiese aktiwiteite soos die prosessering van sensoriese inligting, nie-verbale verwerking van inligting, ensovoorts. Emosionele welstand ontwikkel deurdat die ego groei deur erkenning, lofprysing en die ervaring van klein suksesse. Dit loop weer uit op selfvertroue wat geassosieer word met 'n positiewe emosionele aanpassingsvermoë in adolessensie (Diener in Du Preez, 2001: 26; Gouws *et al.*, 2000: 84). Omdat adolessensie gekenmerk word deur 'n sosiale bewussyn en dit die adolessent se begeerte is dat sy handelinge deur sy medemense goedgekeur moet word, het die prikkels wat sy emosies opwek, meesal betrekking op die woorde, dade, houding en gedrag van mense teenoor hom. Algemene onsekerheid is kenmerkend van die adolessent en daarom is hy ook onseker hoe om sy emosies te hanteer. Die Emosionele dimensie word onderverdeel in 2 sub-dimensies (met geen ankerpunte nie), naamlik emosionele weerbaarheid en emosioneel-volwasse gedrag:

▫ Emosionele weerbaarheid

Die adolessent se emosionele weerbaarheid kan aangedui word deur 'n itemanalise van die emosionele dimensie. Emosionele weerbaarheid word aangedui deur positiewe gevoelens van identiteitsekerheid, selfvertroue, geluk, humor, deel van gevoelens, sekuriteit, ens.

Emosionele weerbaarheid word bepaal deur die mate waarin die adolessent se emosionele weerloosheid afneem. Die stellings wat dui op emosionele weerloosheid word in die onderstaande tabel uiteengesit.

GEïDENTIFISEERDE STELLINGS WAT DUI OP EMOSIONELE WEERLOOSHEID

Nr. 3:	Ek voel vasgevang in my huidige situasie.
Nr. 6:	Ek voel dat dit beter sal wees as ek dood is.
Nr. 8:	Ek kan nie die meeste probleme hanteer wat na my kant toe kom nie.
Nr. 10	As ek terugkyk oor my lewe kan ek net 'n klomp mislukkings sien.
Nr. 16:	Ek dink baie oor die dood en doodgaan.
Nr. 21:	Ek dink baie aan selfmoord.
Nr. 39:	Ek het baie vrese.
Nr. 49:	Ek voel nie veilig in my ouerhuis nie.

- **Emosioneel-volwasse gedrag**

Die mate waarin die adolessent emosioneel-volwasse gedrag openbaar word aangedui deur 'n itemanalise van emosionele dimensie. Emosionele volwassenheid word weerspieël deur volwasse optrede, verantwoordelikheid, vergifnis, effektiewe streshantering, ens. Emosioneel-volwasse gedrag word bepaal deur die mate waarin emosionele onvolwassenheid afneem. Die stellings wat dui op emosioneel-onvolwasse gedrag word in die onderstaande tabel uiteengesit.

TABEL 4.4.5: GEïDENTIFISEERDE STELLINGS WAT DUI OP EMOSIONEEL-ONVOLWASSE GEDRAG

Nr. 23:	Ek tree partymaal kinderagtig op om aandag te trek.
Nr. 28:	Ek kan nie my ouers vergewe vir dit wat hulle verkeerd doen nie.
Nr. 34:	Ek leer net hard in dié vakke waarvan ek hou.
Nr. 37:	Ek kan nie oor my gevoelens praat nie.
Nr. 40:	Ek drink soms om van my stres ontslae te raak.
Nr. 45:	Ek voel dat ek altyd moet kompeteer met my klasmaats.
Nr. 47:	Ek leer nie sonder om aangesê te word om dit te doen nie.
Nr. 50:	Ek is 'n slegte verloorder.

(iii) Kognitiewe dimensie

Die fisieke en kognitiewe ontwikkeling van die adolessent loop hand aan hand met mekaar. Die kognitiewe dimensie kan verbind word met die linkerhemisferiese aktiwiteite soos analitiese vaardighede, logiese denke, ens. Die kognitiewe dimensie fokus onder meer op die adolessent se mobilisering van energie ten opsigte van motivering en hoe ver hy op die pad is na intrinsieke motivering. Die adolessent se studiehouding, studievaardighede en toekomsingesteldheid word ondersoek, sowel as sy peil van redenering, probleemoplossing en abstrahering.

(iv) Spirituele dimensie

Waar adolessensie 'n besonder belangrike punt is in die spirituele lewensiklus van die adolessent fokus *hierdie dimensie op die adolessent se soeke na spirituele vervulling en sekerheid* (Gouws *et al.*, 2000: 116). Ouers lê die fondament vir adolessente se geloof deur veiligheid te waarborg en vertroue te gee. Daar is bewys dat gelowiges beter emosionele kontrole handhaaf en hierdie stabiliteit maak Christene meer doelgerig (Muuss, 1996: 262-263). Die adolessent se verhouding met 'n godheid word verken, asook die rol van gebed. Godsdiens help die adolessent om die betekenis en waarde van die lewe te begryp. Dit gee hom 'n besef van waardes, van persoonlike verhoudinge en verpligtings; dit lei tot die vorming van hoë ideale van onselfsugtige diens en dit help die adolessent in die verkryging van selfbeheersing en selfdissipline (Fowler in Muuss, 1996: 265).

Die tydperk van adolessensie word gekenmerk deur rasionalisering (Habermas & Bluck, 2000: 754). Die adolessent wil nou sy godsdiens, wat hy aanvanklik sonder meer aanvaar het, ook verstandelik benader. Van die godsdiens wil hy nou 'n belewing maak. Hy wil nou die gesindheid wat hy teenoor die godsdiens geskep het, verander in 'n daad. Sy gewete begin skerp optree en die leer van sy kerk kry vir hom 'n betekenisvolle innerlike vorm wat sy handel en wandel beïnvloed. Spiritualiteit bied vir die adolessent vastigheid en 'n anker in 'n wêreld van wisseling en onsekerheid (Gouws *et al.*, 2000: 116).

(v) Algemene dimensie

Die algemene dimensie gee 'n samevatting van die ander 4 dimensies om 'n geheel-beeld van die adolessent se welstand daar te stel.

BYLAAG 12

WEERLOSE ADOLESSENT-VRAELYS

(BRADSHAW, 1992: 25-29)

WEERLOSE ADOLESSENT-VRAELYS

MERK MET 'N X ASB.

	AFDELING A: EMOSIONELE BEHOEFTES	JA	NEE
1.	Ek ervaar angs en vrees wanneer ek besluit om iets nuuts te doen.		
2.	Ek is 'n *"people pleaser"* (mense-behaer) en het geen identiteit van my eie nie.		
3.	Ek is 'n rebel. Dit voel asof ek lewe as ek in konflik is.		
4.	In die diepste deel van my verborge self, voel ek daar is fout met my.		
5.	Ek is 'n opgaarder; ek kry swaar om van iets afskeid te neem.		
6.	Ek voel ontoereikend as man/vrou.		
7.	Ek is verward oor my seksuele identiteit.		
8.	Ek voel skuldig wanneer ek vir my regte opkom en sou liewer toegee teenoor ander mense.		
9.	Ek sukkel om iets aan die gang te kry.		
10.	Ek sukkel om iets te voltooi.		
11.	Ek het selde 'n eie opinie.		
12.	Ek kritiseer myself voortdurend oor my eie ontoereikendheid.		
13.	Ek beskou myself as 'n vreeslike sondaar en ek is bang dat ek hel toe sal gaan.		
14.	Ek is onbuigsaam en perfeksionisties.		
15.	Dit voel vir my asof ek nooit goed genoeg is nie, nooit enigiets regkry nie.		
16.	Dit voel vir my asof ek regtig nie weet wat ek wil hê nie.		
17.	Ek word voortgedryf om 'n super-presteerder te wees.		
18.	Ek glo nie ek tel nie, buiten wanneer ek seksueel is. Ek is bang dat ek verwerp en verlaat sal word as ek nie 'n goeie minnaar is nie.		
19.	My lewe is leeg; ek voel dikwels depressief.		
20.	Ek weet nie werklik wie ek is nie. Ek is nie seker wat my waardes is óf wat ek van goed dink nie.		
	SLEGS VIR KANTOORGEBRUIK: EMOSIONELE BEHOEFTES		

	AFDELING B: BASIESE BEHOEFTES	JA	NEE
1.	Ek is uit voeling met my liggaamlike behoeftes. Ek weet nie wanneer ek moeg, honger of seksueel opgewek is nie.		
2.	Ek hou nie daarvan om aangeraak te word nie.		
3.	Ek het dikwels seks wanneer ek nie regtig wil nie.		
4.	Ek het al voorheen of op dié oomblik 'n eetprobleem.		
5.	Ek het 'n obsessie met orale seks.		
6.	Ek weet selde wat ek voel.		
7.	Ek voel skaam wanneer ek woedend word.		
8.	Ek word selde woedend, maar wanneer dit gebeur, gaan ek tekere.		
9.	Ek vrees ander se woede en sal byna enigiets doen om dit te beheer.		
10.	Ek skaam my wanneer ek huil.		
11.	Ek skaam my wanneer ek bang is.		
12.	Ek gee byna nooit uitdrukking aan onaangename emosies nie.		
13.	Ek het 'n obsessie met anale seks.		
14.	Ek het 'n obsessie met sadistiese en/of masochistiese seks.		
15.	Ek skaam my vir my liggaamlike funksies.		
16.	Ek het 'n slaapversteuring/afwyking/probleem.		
17.	Ek bestee buitensporig baie tyd daaraan om na pornografie te kyk.		
18.	Ek het my seksueel ontbloot op 'n manier wat ander se waardigheid skade aandoen.		
19.	Ek voel seksueel aangetrokke tot kinders en ek is bekommerd dat ek dalk daaraan uiting sal gee.		
20.	Ek glo dat voedsel en/of seks my grootste behoefte is.		
	SLEGS VIR KANTOORGEBRUIK: BASIESE BEHOEFTES		

	AFDELING C: SOSIALE BEHOEFTES	JA	NEE
1.	Basies wantrou ek almal, selfs myself.		
2.	Ek was/is met 'n verslaafde in 'n verhouding.		
3.	Ek is obsessief en oorheersend in my verhouding.		
4.	Ek is 'n verslaafde.		
5.	Ek is geïsoleerd en bang vir mense, veral vir persone in 'n gesagsposisie.		
6.	Ek haat dit om alleen te wees en sal byna alles doen om dit te vermy.		
7.	Ek kom agter dat ek doen wat ander van my verwag.		
8.	Ek vermy konflik tot elke prys.		
9.	Ek sê selde nee vir ander se voorstelle en voel dat iemand anders se voorstel byna 'n opdrag is wat uitgevoer moet word.		
10.	Ek het 'n oorontwikkelde verantwoordelikheidsin. Dit is vir my makliker om met ander doenig te wees as met myself.		
11.	Dikwels sê ek nie dadelik nee nie en weier dan om te doen wat ander vra op verskillende manipulerende, indirekte en passiewe maniere.		
12.	Ek weet nie hoe om konflikte met ander op te los nie. Ek oorweldig my opponente óf onttrek my heeltemal aan hulle.		
13.	Dit gebeur selde dat ek om verduideliking vra van stellings wat ek nie verstaan nie.		
14.	Dikwels raai ek wat iemand anders se stelling beteken en reageer dan daarop op grond van my raaiskoot.		
15.	Ek het nooit naby aan een van óf albei my ouers gevoel nie.		
16.	Ek verwar liefde met jammerte en neig daartoe om mense wat ek jammer kry, lief te hê.		
17.	Ek dryf die spot met myself en ander as hulle foute maak.		
18.	Ek gooi maklik tou op en skik my na die groep.		
19.	Ek is geweldig mededingend en 'n slegte verloorder.		
20.	My diepste vrees is die vrees vir verwerping en ek sal enigiets doen om vas te hou aan 'n verhouding.		
	SLEGS VIR KANTOORGEBRUIK: SOSIALE BEHOEFTES		

BYLAAG 13

SIMPTOME VAN DIE EMOSIONEEL-WEERLOSE KIND-EGOSTAAT

(BRADSHAW, 1992: 7-25)

SIMPTOME VAN DIE EMOSIONEEL-WEERLOSE KIND-EGOSTAAT

• **MEDE-AFHANKLIKHEID**	Bradshaw omskryf mede-afhanklikheid as 'n "*dis-ease*" wat gekenmerk word deur 'n verlies aan identiteit. Mede-afhanklike mense is afhanklik van iets buite hulself om 'n identiteit te hê.
• **OORTREDERSGEDRAG**	Oortredersgedrag is die uitkoms van kindergeweld en -lyding. Die eertydse magtelose en emosioneel-weerlose kind word die oortreder-volwassene.
• **NARSISSISTIESE VERSTEURINGS**	Die narsissisties-verwaarloosde kind-egostaat benadeel die volwassene met 'n onversadigbare drang na liefde, aandag en toegeneentheid.
• **VERTROUE-KWESSIES**	Wanneer ouers, opvoeders en versorgers onbetroubaar is, kom 'n soort beheer-manie na vore: beheer word 'n verslaafdheid en veroorsaak ernstige verhoudings-probleme.
• **DRAMATISERENDE GEDRAG**	As onopgeloste trauma nie verwerk word nie, word dit in abnormale gedrag uitgedruk (*"acting out"*). Wanneer 'n persoon die mishandeling van die verlede teenoor *homself* dramatiseer *("acting in")*, straf hy homself soos hy in sy kinderjare gestraf is.
• **MAGIESE DENKE**	As kinders/adolessente getraumatiseer is deurdat hul afhanklikheidsbehoeftes nie bevredig is nie, word hulle nie werklik groot nie; hul volwassewording word gekontamineer deur die magiese denke van 'n kind.
• **INTIMITEIT-DISFUNKSIE**	Die emosioneel-weerlose kind-egostaat vertroebel die intimiteit in verhoudings omdat daar geen sin vir die ware self bestaan nie.
• **ONGEDISSIPLINEERDE GEDRAG**	Die ongedissiplineerde kind-egostaat drentel, stel uit, weier om bevrediging uit te stel, rebelleer, is impulsief, eiegeregtig en onversetlik.
• **VERSLAWINGSGEDRAG/ KOMPULSIEWE GEDRAG**	Die kern van die meeste verslawing, ten spyte van genetiese faktore, is die emosioneel-weerlose kind-egostaat wat in 'n voortdurende staat van hunkering en onversadigbare hulpbehoewendheid verkeer.
• **GEDAGTE-VERWRINGING**	As kinders/adolessente se afhanklikheidsbehoefte tydens hul ontwikkeling nie bevredig word nie, word hulle deur die denke van hul kinder-egostaat benadeel.
• **LEEGHEID (DEPRESSIE, APATIE, ENSOVOORTS)**	Die emosioneel-weerlose kind-egostaat benadeel die volwasse lewe ook met 'n laegraadse chroniese depressie wat as leegheid ervaar word.

BYLAAG 14

MEDIESE HIPNO-ANALISE

"SCRIPTS"

BYLAAG 14A

BEKRAGTIGING VAN LIEFDE

John Bradshaw (Bradshaw, 1992: 96)

- Welkom in die wêreld, ek het so lank vir jou gewag.
- Ek is so bly jy is hier.
- Ek het vir jou 'n spesiale plekkie voorberei om in te lewe.
- Ek is lief vir jou net soos jy is.
- Ek sal jou nooit verlaat nie.
- Jou behoeftes en gevoelens is reg met my.
- Ek sal vir jou al die tyd gee wat jy nodig het om jou behoeftes te bevredig.
- Ek is so bly jy is 'n seuntjie (of dogtertjie).
- Ek wil jou graag versorg en is bereid om dit te doen.
- Dit is vir my lekker om by jou te wees.
- In die hele wêreld was daar nog nooit iemand soos jy nie.
- God het geglimlag die dag toe Hy jou geskep het.

BYLAAG 14B

OUDERDOMSPROGRESSIE

John A. Scott, Jr. (in Modlin, 1999: 93-95)

Ek wil hê dat jy jouself moet voorstel ten tye van jou geboorte. Ek het reeds die Ponce De Leon-sindroom met jou bespreek. Ons het gesels oor die geboorte en die geboorte-ervaring. Ek wil hê dat jy moet voel dat jy weer 'n baba is. 'n Klein babatjie op die skoot. 'n Troetelbare, warm, sagte babatjie. Goed, 'n baba se eerste behoeftes is:

Om die liefdevolle sorg en vertroosting te hê van 'n mamma of 'n mammafiguur . . . die mamma se liefdevolle versorging gee die baba 'n sekuriteitsgevoel. 'n gevoel dat die baba welkom is; en ek wil hê dat jy jou moet indink dat jy nóú daar is. Voel welkom en versorg. Sien jouself in 'n liefdevolle moeder se arms en voel behoefte aan haar nabye geborgenheid. Sy voed jou, laat jou drink, en deur die warm melk kry jy al die voedingstowwe in wat jou liggaam nodig het. Voel hoe tevrede voel die babatjie en die warm melk laaf jou keel, laat jou goed voel soos dit afvloei binne-in jou maag. Dit voel so lekker. Die smaak en die geur is heerlik, voel die warmte van mamma se liggaam teen joune terwyl jy drink, strelend en gerustellend. Namate jy op hierdie manier eet, bevredig dit nie net die behoefte aan suig nie, maar ook aan voeding. Soos jy eet, word jou behoefte aan suig bevredig en word jy ook gevoed. Net so word daar gesorg vir jou liggaamlike gerief, soos om jou doek te vervang. Jy word warm en gemaklik gehou, sodat jy gemaklik en lekker en skoon voel, of jy nou ook al in jou bed of in jou klere of vasgehou word – nooit te warm of te koud nie. Jy voel ook redelik vry ten opsigte van jou omgewing; gevolglik, as jy wil uitstrek of rol of tuimel, of jou kop wil oplig, dan kry jy dit maklik reg.

Verder kry jy ook genoeg rus, en jou voedingsprogram is aangepas by jou behoeftes, jou persoonlike behoeftes. Jou moeder ruil jo doek om, voed jou, vertroetel jou en laat jou rus . . . al hierdie behoeftes word bevredig en jy voel lekker omdat iemand dit bevredig. Om die waarheid te sê, jy voel verenig met jou moeder. Julle twee voel eintlik soos een. Sy is deel van jou, 'n verlengstuk van jou en jy voel dit aan. Sy is daar wanneer jy haar nodig het. Maak vir jou 'n voorstelling van jou behoefte aan haar en die vinnige manier waarop sy dit bevredig . . . en voel hoe lekker dit is . . . Jy is vir haar belangrik en daarom bevredig sy jou behoeftes, jy voel lekker daaroor, jy voel geborge daaroor, dus het jy 'n vertrouensverhouding met jou moeder. Dis die liefdevolle versorging wat jy begeer, dis 'n deel van die lewe en sy is deel van jou. En jy ervaar die liefde en toegeneentheid en die warm fisiese kontak met jou moeder se liggaam, en jy weet sy is daar. Sy is daar vir jou. Om die waarheid te sê, is sy deel van jou. Jy is een met haar. Terselfdertyd is daar stimulerende voorwerpe om jou heen, miskien vasgemaak aan jou bababedjie. Iets naby jou, waarmee jy kan speel of wat jy dophou, 'n beweeglike voorwerp van een of ander soort. 'n Kleurryke voorwerp, iets wat jy kan aanraak of iets wat geluide kan maak, iets waarvan jy hou, iets waarna jy kan uitstrek of wat jy kan dophou. Dit word ook deel van jou, 'n deel van jou omgewing, want jou onmiddellike omgewing is werklik joune; om die waarheid te sê is dit self jy, en soos jy groei en sterker word, kan jy meer rondbeweeg, en terwyl jy rondbeweeg, ervaár jy meer en meer.

En tussen jou eerste en jou derde jaar, begin jy al meer speel. Jy kan ook jou kos op 'n ander manier eet. 'n Deel daarvan word vir jou gevoer en dus geniet jy hierdie grootword-ervaring. Warm kos is nog steeds baie belangrik vir jou, en in hierdie vroeë stadium is dit noodsaaklik dat

jy baie suig, maar dis nie al nie: namate jy ouer word, kry jy die geleentheid om te speel en vuil te word - speel-met-klei, speel-met-verf en speel-in-water.

En jy besef dat jy nou teen jou tweede of derde jaar leer om jou ingewandsfunksies te beheer. Namate jy in hierdie stadium groei en ontwikkel, besef jy dat jy iets kan doen wat ander genoeë verskaf, byvoorbeeld as jy die potjie kan gebruik. En wanneer jy die potjie kan gebruik, voel jy goed. Jy voel meer geborge, want jy doen iets wat mamma gelukkig maak. Bowendien voel jy dat jy die mag het om 'n goeie ruil aan te gaan: die ruilwaarde lê daarin dat jou lekker gevoel, omdat jy die potjie gebruik, jou mamma gelukkig maak, sodat sy hartliker en ontvankliker teenoor jou is. Sy glimlag en prys jou, en jy verstaan dit nie heeltemal nie, buiten dat jy besef dat dit iets goeds is. *Dit maak haar gelukkig. Jy ontdek dat jy 'n invloed oor jou liggaam het en daarom* kan jy jou liggaam tot op 'n punt beheer. Jy het beheer oor jou liggaam en mag oor jou liggaam, en op sy beurt affekteer dit die manier waarop jou mamma jou behandel. Jy vind dat jy iets kan doen wat haar gelukkig sal maak en ander gelukkig sal maak, deur in staat te wees om 'n mate van beheer oor jou liggaam te hê. Jy word nou ook bewus van die pragtige goed om jou heen - die verskeidenheid en vorm en kleur. Die wêreld om jou brei uit. Jy is van meer goed bewus, en jy kan sien dat die wêreld los staan van jou en dat jy nie heeltemal verenig is met die wêreld nie; maar die wêreld is om jou: dis iets waarna jy kyk en wat jy van ver af bewonder. Jy ontwikkel nou ook 'n sin vir reg en verkeerd, vir goed en sleg. Dit ontwikkel in jou bewusssyn en jou gewete namate jy 'n dieper gevoeligheid aankweek, 'n vermoë om te besluit wat jy gaan doen om jouself te beheer, om die potjie te gebruik, om jou pappa of mamma in ander lewensaspekte tegemoet te kom.

Boonop leer jy iets van die liefde. Jy leer dat jy nie liefde en aandag net van jou mamma ontvang nie, maar wanneer jy drie jaar oud is, leer jy ook dat daar ander voorwerpe is waaraan jy aandag gee, en die eerste blyke van die beantwoording van liefde word ervaar. Jou vermoë om geheg te raak aan 'n kombers, 'n teddiebeer, 'n pop, 'n ander voorwerp, is iets wat in sy kinderlike vorm 'n soort liefde is. Maar jy is aan hierdie voorwerp geheg omdat dit jou tuiste verteenwoordig, jou bekende omgewing; dit verteenwoordig jou onmiddellike omgewing, en omdat dit jou onmiddellike omgewing verteenwoordig, is dit vir jou iets waardevols, en vanweë hierdie gehegtheid, is dit die eerste soort liefde. Dis waar dat dit 'n selfgesentreerde soort liefde is, maar nietemin: hier is voorwerpe wat aan jou behoort. Hulle is deel van jou wêreld en hulle is belangrik vir jou en vir jou en jou wêreld. Namate jy groter word, sien jy in dat jy aan hierdie goed geheg is en jy wil hulle as deel van jou hê. Jy leer liefhê en jy leer om op jou mamma se liefde te reageer en, in 'n sekere sin, beantwoord jy daardie liefde, want jy hou aan haar vas, jy roep na haar, jy huil vir haar, jy het hierdie gehegtheid aan haar wat vir jou belangrik is.

Maar dan is daar ook ander familielede, 'n ouer broer of suster, 'n jonger broer of suster óf bure se kinders wat ingebring word of by ander kinders laat staan word, met wie jy kan speel terwyl jou mamma weg is. Hierdie verhouding met ander begin groei en ontwikkel. Dis wáár dat dit 'n baie vroeë stadium is, en jy wonder waarom almal nie vir jou jou sin gee nie, selfs die ander kinders wat daar rond is, want jy is gewoond daaraan dat jy jou sin kry en dis moeilik om uit die gewoonte te kom om alles te ontvang, maar jy word meer van ander mense bewus: húl behoeftes, húl begeertes, wat húlle wil hê. En omdat hierdie ander mense behoeftes en begeertes het, sien jy in dat jy nie altyd alles vir jouself kan kry nie, jy kan nie aanhou heeltemal selfgesentreerd wees soos jy in die verlede was nie. Dit beteken dat jy moet leer dat daar ook ander mense in die wêreld bestaan. Jou moeder het ook ander dinge om te doen as om net vir jou te sorg. Ander kinders het begeertes; hulle kan dalk dieselfde speelding as jy begeer. Jy moet dalk benewens jou speelgoed, benewens die goed wat aan jou behoort, jou ruimte met iemand anders deel. Hierdie "begin deel", help jou om in te sien dat jy per slot van rekening nie die middelpunt van die heelal is nie. Jy het gedink jy is, maar nou kyk jy boontoe en na buite, en jy besef dat daar ander mense met ander behoeftes is, en dis 'n pynlike ding om te leer, maar jy leer dit. Jy aanvaar dit en jy is gewillig om nou te deel. Jy bereik die punt waar jy kan insien dat jy kán deel, en jy sal jou goed, asook die aandag en die sorg en die tyd van jou moeder, met ander deel.

Maak nou 'n voorstelling van hierdie emosies as deel van jou groeiproses. Ek gaan vir jou 'n oomblik van stilte gee om al hierdie aspekte van jou grootwordproses deeglik te laat insink, en al hierdie gevoelens in hierdie stadium van jou grootwordproses word deel van jou. Jy sien dit in, jy besef dit en jy laat dit insink. Nou begin hierdie tydperk van stilte waardeur jy die volle trefkrag ervaar van hierdie beeld wat aan jou voorgehou is.

BYLAAG 14C

"CUTTING LOOSE"

Dennis W. Lowe (in Modlin, 1999: 96-98)

Laat jouself gaan – ontspan geheel en al. Raak al hoe meer ontspanne. Dieper en dieper ontspanne. Dit sal jou gedagtes oop en ontvanklik maak vir die suggesties wat ek nou aan jou gaan gee. Vandag gaan ek met jou praat oor die manier waarop gedragspatrone tot stand kom. Soms is ons so beperk deur ons gewoontes ten opsigte van ons optrede en denke, so afhanklik van ander se goedkeuring, en so bang vir ander se afkeuring, dat dit lyk asof ons nie aan onsself behoort nie. Ons neig daartoe om op te tree soos ons dink dat ander wil hê ons moet optree, óf ons voel soos ander wil hê ons moet voel, eerder as om op te tree of te voel soos ons wil. "Hoe word hierdie patrone geskep?" – vra jy dalk. Wel, hierdie patrone begin in ons vroeë, primêre

verhoudings met ouers of stiefouers; dan gaan hulle voort en word oorgedra in ander verhoudings. Baie mense gaan deur hul lewens met die voorstelling van hierdie selfde patrone ten opsigte van hul ouers en betekenisvolle ander – in 'n poging om liefde te wen en teleurstelling te voorkom van een van óf albei die ouers of stiefouers. Nou is ons dikwels onbewus van hierdie patrone, omdat hulle byna outomaties plaasvind, maar hulle is ingegraveer in ons onbewuste gedagtegang. Laat my die ontwikkeling en doel van hierdie patrone verduidelik. As babas is ons hulpeloos. Ons oorlewing is heeltemal afhanklik van die versorging en besorgheid van ons oppassers. Ons is afhanklik van hul aandag om in ons fisiese behoeftes te voorsien, en ons is afhanklik van hul besorgdheid oor ons emosionele welsyn. Dit duur nie lank nie, of ons ontdek dat ons gevoelens van gelukkigheid afhang van die beskikbaarheid van ons ouers se liefdevolle besorgdheid. Ons leer wat ons moet doen om ons ouers se liefde te kry, dit te behou en te voorkom dat ons dit verloor. Nou-ja, aangesien elke ouer anders is, aangesien elk 'n individuele persoonlikheid en samestelling het, sal elke kind leer watter spesifieke gedragspatroon hom sal help om sy ouers se liefde te wen en te behou. Ons leer dat wanneer mamma gelukkig voel, haar gelukkigheid na ons oorgedra word. Net so, wanneer mamma ongelukkig, kwaad of beangs voel, word hierdie emosies ook na ons oorgedra. Natuurlik wil ons hê dat mamma gelukkig moet bly sodat ons self gelukkig en geborge sal voel. Gevolglik het ons as babas van vroeg af 'n aandeel in die handhawing van mamma se gevoel van geluk. Dis waar patrone en gedragswyses begin. Die besondere patroon wat jy ontdek het ten opsigte van mamma se volgehoue gelukkigheid, het mettertyd gegroei en ontwikkel.

Die afhanklikheid van ons ouers se emosionele toestand skep 'n soort emosionele naelstring. Met verloop van tyd raak ons minder afhanklik van ons ouers ter wille van fisiese oorlewing; ons ontwikkel maniere wat ons in staat stel om onsself te versorg. As hierdie naelstring nie geknip word nie, sal dit ons ontwikkeling belemmer en ons selfstandigheid inperk. Nou wil ek hê dat jy die begrip *innerlike kind* moet verstaan. Binne-in ons ouers en binne-in ons, is daar 'n *innerlike kind* wat heelwat van ons gedrag bepaal. Hierdie innerlike kind is die deel van elkeen van ons wat, om een of ander rede, nie grootgeword het nie. Die ouers se innerlike kind is daardie deel wat nie wil hê dat hul kinders volwasse, selfgenoegsaam en selfstandig word nie. Die ouer se innerlike kind is nie gelukkig met die feit dat ons sterk en onafhanklik wil word nie. Die kind binne-in hulle is dalk bevrees en kwaad oor die idee dat hulle beheer oor ons verloor, soos geïmpliseer deur ons selfstandigheid. Die ouers se innerlike kind wil die betroubare intimiteit van diegene wat naby aan hulle is, handhaaf: hulle vertrou op hierdie verhoudings ter wille van hul eie emosies van gelukkigheid, waarde en toereikendheid. Wanneer ons ons begin gedra op ander maniere as ons ouers – met ons eie emosies, idees en lewens - voel die kind binne-in ons ouers 'n oorweldigende bedreiging dat hulle ons sal verloor – daarom reageer hulle met afkeur, ontsteltenis, pyn of woede. Dan probeer die kind binne-in ons die afkeur en woede van die veeleisende kind binne-in ons ouers vermy, dus tree ons toe tot hierdie onbewuste soort

interaksie met mekaar. Weereens: hierdie interaksie word gebaseer op daardie vroeë ontdekking dat, as mamma of pappa gelukkig voel, dan voel ek gelukkig; as mamma of pappa ongelukkig voel, dan voel ek ongelukkig. Hierdie patrone ontwikkel dus uit 'n poging om vas te stel wat vir mamma en pappa gelukkig laat voel en dit dan te doen, asook om vas te stel wat hulle ongelukkig laat voel, sodat ons dit nie sal doen nie. Hierdie gevestigde patrone word dikwels *"Song and Dances"* genoem omdat hulle 'n herhalende, byna ritmiese patroon het.

Hierdie *"Song and Dances"* beïnvloed nie net die verhouding met ons ouers nie, maar affekteer ook latere verhoudings. Hierdie patroon wat oorspronklik tussen ouer en kind gevestig is, word dikwels oorgedra op 'n mens se verhouding met 'n geliefde, 'n eggenoot, kinders, gesagspersone, ensovoorts. As 'n mens aanhou deelneem aan hierdie patrone, word jou ontwikkeling ernstig geknou, want jy word opgesluit in interaksies wat die kinderagtige deel van albei partye betrek. As jy egter kies om 'n einde te maak aan hierdie onbevredigende gedrag dan is jy vry om te ontwikkel. Eintlik hoef niemand hierdie ou patrone te laat vaar nie; hulle kan onbepaald voortduur, en by baie mense gebeur dit ook. Hierdie ou patrone kan dalk diep ingegraveer wees in jou gedrag. Hierdie gewoontes word verder versterk deur jou innerlike kind se vrese dat daar katastrofiese gevolge sal voortvloei uit veranderinge wat jou ouers sou afkeur, hulle kan hul liefde onttrek, kwaad wees óf jou in die steek laat. Dalk vertel jou logika en intellek vir jou dat hierdie vrese irrasioneel is, maar dis veel moeiliker om jou weerlsoe innerlike kind daarvan te oortuig. Dus kan jy hierdie patrone nie oornag verander nie; maar skep moed: dit kán gedoen word.

Hoe gaan 'n mens te werk om hierdie ongesonde patrone te verander? Eerstens is dit belangrik dat jy die tipe *"Song and Dances"* waarin jy betrokke geraak het, sal uitken. Jy moet besef dat jy, nes almal, 'n innerlike kind in jou binneste het wat die begeerte gekoester het om goedkeuring en vertroosting van jou ouers te kry. Bowendien is dit belangrik dat jy by jou ouers se vaderlike en moederlike volwasse-rolle verby kyk en in hul gesigsuitdrukkings, gebare en woorde, die kind binne-in hulle raaksien wat nog nie sedert hul jeug verander het nie. Natuurlik kan dit dalk aan die begin moeilik wees om in te sien dat jou ouers 'n innerlike kind het, want die kind binne-in jou het behoefte daaraan om jou ouers te sien as die grootmense tot wie jy jou kan wend en op wie jy kan steun. Wanneer jy begin kyk na jou ouers se innerlike kind, moet jy onthou dat jy meer is as hierdie kind wat jy aan die ontdek is, net soos jy meer is as die innerlike kind binne-in jou. Die motivering om hierdie ou patroon te verander, sal voortvloei uit jou pyn en ongemak weens die herhaling van die ou gedragswyses. Wat werklik op die spel is, is of jy en jou emosies aan jouself sal behoort . . . en of jy net 'n marionet is wat heeltyd rondgepluk word . . . jy sal groot word óf net oud word. Nuwe, gesonder alternatiewe wyses van interaksie met jou ouers, stiefouers en ander mense sal aan die gang kom wanneer jy ophou met die ou beperkende gedragswyses. Besef dat die manier waarop jou innerlike kind en jou ouers se innerlike kind met

mekaar tot dusver gekommunikeer het, julle al drie weerhou van grootword . . . terwyl dit julle emosioneel afhanklik van mekaar hou. Jou pogings om daardie ou roetines te beëindig, is dalk saam met óf sonder jou ouers, maar jy kan jouself bevry van die verbintenisse wat deur die uitgediende patrone gevestig is. Ons sal meer gesels oor die besondere tipes patrone waarin jy betrokke geraak het. Ek sal vir jou voorstelle gee oor hoe om los te breek daarvan.

Ontspan nou dieper en dieper terwyl jy toelaat dat al die insigte waartoe jy vandag gekom het, in die diepste deel van jou onbewuste insink.

BYLAAG 14D

DIE GENESING VAN WOEDE – 'N PROSES

Mary Kullman (in Modlin, 1999: 99-100)

Hou aan ontspan, en namate jy al hoe meer ontspan, gaan ek 'n paar gedagtes met jou deel oor woede. Om kwaad te voel, is 'n universeel menslike verskynsel. Hierdie gevoel is so basies soos om honger of eensaam of gelukkig of moeg te voel. Die vermoë om kwaad te voel en op een of ander manier daarop te reageer, is 'n deel van ons reeds voor ons geboorte. Woede lok verskillende gevoelens by verskillende mense uit. Die individuele maniere waarop ons op woede reageer, word aangeleer. Gewoonlik vind hierdie vroeë aanleer ten opsigte van alle gevoelens in die huis plaas. Die meeste van ons het groot geword met baie verwronge opvattings oor woede. Om hierdie opvattings uit te leef, kan tot baie emosionele pyn lei. Onderdrukte of verdraaide woede kan lei tot angs, depressie, slaaploosheid, siekte, alkoholisme, verhoudingsprobleme en nog meer. Om jou opvattings oor woede te hersien, is 'n belangrike stap in jou genesingsproses. Woede is 'n geweldige emosie. Jy kan dit benut as 'n geleentheid om te groei óf toelaat dat dit jou groei belemmer. Natuurlik moet jy eerstens bewus wees van die feit dat woede bestáán. Jy moet jouself verlof gee om toe te laat dat onderdrukte woede na die oppervlakte kom. Jou woede is 'n teken. Dis die moeite werd om daarna te luister. Jou woede kan 'n boodskap wees dat jy seergemaak word. Jou woede kan 'n boodskap wees dat jou regte geskend word. Jou woede kan 'n boodskap wees dat jou behoeftes en begeertes nie genoegsaam bevredig word nie. Jou woede kan eenvoudig 'n boodskap wees dat iets nie pluis is nie. Jou woede kan jou vertel dat jy 'n belangrike strydpunt van die hede óf van die verlede nie aanspreek nie. Jou woede kan jou vertel dat te veel van jou, jou oortuigings, begeertes, ambisies of waardes in 'n verhouding in gevaar gestel word. Jou woede kan jou vertel dat jy meer doen óf gee as wat jy met gemak kan afstaan. Jou woede kan jou selfs waarsku dat ander te veel vir jou doen, ten koste van jou eie bevoegdheid en ontwikkeling.

Net soos fisiese pyn jou daaraan herinner om jou voet terug te trek van die kampvuur, beskerm jou woede die integriteit van jou innerlike self. Jou woede moedig jou aan om "JA" te sê aan die stem van die innerlike self en "NEE" aan die manier waarop ander jou definieer. Woede, soos ander basiese emosies, is nóg goed, nóg sleg. Woede ís eenvoudig net. Dis hoe jy dit uitdruk of nie uitdruk nie, wat dit positief of negatief maak. Woede is iets wat jy voel. Dit bestaan om 'n rede, en verdien altyd jou respek en aandag. Jy het 'n reg om alles te voel, en woede is geen uitsondering nie. Oorweeg nou die volgende suggesties in die proses om . . .

- jou te genees van die verlede se woede en
- jouself verlof te gee om aan toekomstige woede uitdrukking te gee.

Daar sal tyd toegelaat word sodat jy hierdie suggesties hardop aan jouself kan herhaal nadat jy hulle gehoor het:

- Ek erken dat woede nóg reg nóg verkeerd is; dit ís net.
- Ek aanvaar die feit dat om kwaad te voel 'n natuurlike verskynsel is.
- Ek erken dat die enigste geldige rede om aan woede uitdrukking te gee, is om dit uit my gestel te kry, dit wil sê om my te reinig sodat ek in die hede kan lewe.
- Ek gee myself verlof om enige woede in my wat uit die verlede voortspruit en my in die hede beïnvloed, te erken en te aanvaar.
- Verder veroorloof ek my om in terapie déúr hierdie woede te werk, dit wil sê om die gevoelens te beleef, dan te laat vaar en die verlede in die verlede te laat bly.
- Ek weier om my woede wat verby is en waarmee ek afgereken het, toe te laat om my tans óf in die toekoms op enige manier te beheer.
- Ek gee myself verlof om op enige toepaslike manier uitdrukking te gee aan teenswoordige woede soos dit voorkom.
- Ek verstaan dat "toepaslike uitdrukking van my woede" beteken om direk en met oortuiging op te tree, terwyl ek terselfdertyd vir myself, ander en die omgewing veiligheid waarborg.
- Wanneer ek aan die woede uitdrukking gee, kan ek sê: "Ek is kwaad vir jou oor . . . (gee die rede) . . . maar jy hoef niks daaraan te doen nie."
- Wanneer woede na my kant toe kom, kan ek sê: "Ek hoor jou woede en laat jou toe om so te voel, sonder dat ek skuldig voel."
- Ek besef dat ware genesing beteken "om te laat gaan."

- Ek besef dat "laat toe" vergewing beteken.
- Ek besef dat werklike vergewing volg slegs nadat ek eerlik aan my gevoelens uitdrukking gegee het.
- Ek besef dat ek dan my denke hersien en kan herorden, werklik kan laat los, vry kan wees, dit wil sê: ek kan waarlik genees wees.

Hou nou aan met ontspan, terwyl jy al hierdie suggesties laat insink in die diepste deel van jou onbewuste liggaam, verstand en gees.

BYLAAG 14E

AANVAAR VERANTWOORDELIKHEID VIR JOU EIE EMOSIES EN LAAT ANDER TOE OM VERANTWOORDELIK TE WEES VIR HULLE GEVOELENS EN EMOSIES

Patricia J. Honiotes (in Modlin, 1999: 103-104)

Ontspan nou dieper en dieper, dieper en dieper na onder toe met elke asemteug wat jy inneem. Al die klanke vervaag in die verte, en jy let net op na die klank van my stem en verstaan elke woord wat ek sê. Jy aanvaar al hierdie suggesties in die diepste deel van jou onbewuste, en hulle word vir jou die absolute waarheid. Jy het tevore gehoor dat ons self in beheer is van ons eie emosies. Jy leer en beoefen die idee dat jy self die vermoë het om jou emosies te beheer, om jou emosies te lei, om jou emosies te rig en om verantwoordelikheid vir jou emosies te aanvaar. Jy begin die gevoel geniet om te weet dat niemand jou kan dwing om enigiets te voel of te doen nie. Jy verstaan dat niemand jou kan ontstel tensy jy hulle toelaat om dit te doen nie. Jy geniet die gevoel van vryheid wat jy kry deurdat jy weet dat j die een is wat bepaal hoe jy in 'n spesifieke situasie gaan reageer of nie gaan reageer nie. Jy begin verstaan dat wanneer jy in beheer is van jou eie emosies, jy spontaan en vry is. Een van die dinge wat jou daarvan weerhou om heeltemal spontaan en vry te word, is dat jy die beheer van en die verantwoordelikheid vir jou emosies tot jouself beperk het. Jy het die gedagte dat jy in beheer is van en verantwoordelik is vir jou eie emosies verstaan, aanvaar en beoefen. Maar, jy het nie die ander mense in jou lewe toegelaat om beheer van en verantwoordelikheid vir hulle emosies te aanvaar nie. Jy het aanhou optree asof jy verantwoordelik is vir hoe iemand anders voel. Hierdie mense is dalk 'n ouer, broer, suster of ander familielede. Miskien 'n onderwyser of predikant. Wie hulle ook al is: jy gaan nou 'n baie belangrike feit besef. Daardie belangrike feit

is dít: net soos jy in beheer is van jou emosies, en verantwoordelikheid daarvoor aanvaar, so is ander mense in beheer van en verantwoordelik vir hulle emosies.

Jy het 'n verantwoordelikheid gedra wat jou as kind opgelê is en jy volhard daarin om daardie verantwoordelikheid op jouself te lê. 'n Verantwoordelikheid wat NIE joune is nie. In wese het jy die ander mens se reg om vir sy eie gevoelens en emosies verantwoordelik te wees weggeneem en hom dus die geleentheid ontneem om spontaan en vry te wees. Dit was nie jou bedoeling om hierdie reg weg te neem nie, maar dis die eindproduk van die feit dat jy jou verantwoordelik *gemaak het vir die gevoelens en emosies van ander mense. 'n Ander uitwerking van jou* gedrag is dat die ander mense van jou afhanklik is. Die enigste vergoeding wat jy ontvang deur hierdie afhanklikheid daar te stel, is om verantwoordelikheid en skuld op jou af te laai. Jy moet dalk, op een of ander tydstip, die verantwoordelikheid en skuld voel. Jy het dit nie meer nodig nie. Dit lê in die verlede.

Van nou af sal jy aanhou verantwoordelikheid aanvaar vir jou eie gevoelens en emosies. Jy sal aanhou om die gevoel van vryheid te geniet wat jy kry deur te weet dat jy die een is wat bepaal hoe jy in 'n spesifieke situasie gaan optree of reageer. Van nou af gaan jy heeltemal spontaan en vry wees deur die ander mense in jou lewe toe te laat om verantwoordelikheid te aanvaar vir hulle gevoelens en emosies en deur aan hulle die geleentheid te gee om so spontaan en vry te voel soos jy. Jy sal daarin volhard om die goeie mens wat jy is, te bly. Jy sal aanhou om óm te gee vir ander mense en jy sal aanhou omgee hoe ander mense voel. Jy sal egter enige verantwoordelikheid vir hoé hulle voel, laat vaar. Jy sal hulle toelaat om die verantwoordelikheid te aanvaar vir hulle gevoelens en emosies, net soos jy vir jou self gedoen het. Laat jouself nou meer en meer ontspan, dieper en dieper ontspan en laat al hierdie suggesties in die diepste deel van jou onbewuste insink.

BYLAAG 14F

STEL DIE KIND IN JOU GERUS OOR DIE VERLEDE

John A. Scott, Jr. (in Modlin, 1999: 105-106)

Ons het in die verloop van terapie gaan kyk na behoeftes wat jy ervaar het, wat nie bevredig is nie. In die analise het ons die tye in jou lewe waarin jy behoeftes ervaar het wat nie bevredig is nie, nagevors. Omdat daardie behoeftes onbevredig gelaat is, het jy 'n alternatiewe kanaal van bevrediging gevind. Hierdie alternatiewe kanaal het nie werklik jou behoeftes bevredig nie. Dit het jou emosioneel teruggehou. Op 'n vroeër ouderdom het jy 'n behoefte aan liefde en aandag

gehad. Die presiese vorm van liefde en aandag wat jy begeer het, het afgehang van jou ouderdom. Sedert daadie tyd het jy aanhou soek na daardie besondere vorm van bevrediging. Jy het nie daardie bevrediging gekry nie, intussen het jy ouer geword. Nou neem jou behoefte aan liefde en aandag 'n ander vorm aan. Jou behoeftes is verskillend, want jy is nie 'n kind nie. Jy moet jou daaraan herinner dat jy nie vandag behoeftes kan bevredig wat in jou kindertyd ontstaan het nie. Vandag moet jy vandag se behoeftes bevredig. Gevolglik, gebasseer op ons werk in die analise fase, wil ek hê dat jy jou behoeftes van die verlede moet skei van jou behoeftes van die hede. As hulle eers geskei is, moet jy optree ten opsigte van jou teenswoordige behoeftes om hul regmatige en aanvaarbare bevrediging te vind. Jou behoeftes van die verlede moet apart hanteer word. Ek wil hê dat jy aan jou behoeftes van die verlede moet dink asof hulle 'n ander mens binne-in jou is. Dink aan hierdie behoeftes van die verlede as 'n klein kindjie. Hulle is die klein kindjie binne-in jou wat uitroep om liefde en aandag. Jy moet met hierdie klein kindjie praat vanuit jou volwassenheid, jou huidige meer volwasse self. Moenie met hierdie klein kindjie vanuit die ouer in jou praat nie. Die ouer binne-in jou kom van jou ouers af. Hulle het foute begaan, alle ouers doen dit. As jy net eenvoudig die ouer binne jou bly gebruik, sal jy aanhoudend daardie selfde foute begaan. Die kind binne-in jou het soms dissipline nodig, maar meestal het hierdie ongelukkige klein kindjie volwasse gerusstelling nodig. Hierdie klein kindjie moet weet dat hy *"OK"* is. Die pyn is weg, dis nie meer 'n dreigement nie. Die kind is veilig, bemind, warm en geborge.

As die behoefte van die kind binne-in jou vanuit jou kindertyd kom, min of meer vanuit die eerste jaar, dan kan jou behoeftes dalk wees om te eet, of dit kan uitgedruk word in vrese of pyne in verband met jou liggaam. As die behoefte van die kind binne-in jou vanuit die tweede of derde lewensjaar kom, dan kan die kind in jou hom dalk onttrek en afsonder óf net alle beheer en dissipline laat vaar. Dit kan dalk voel asof hy baie ontoereikend is. As die kind binne-in jou se behoeftes vanuit 3½ jaar of 4 jaar kom óf op tot vanuit 6 jaar of 7 jaar, dan kan hy dalk onaantreklik voel vir die teenoorgestelde geslag óf onbekwaam om 'n verhouding met die teenoorgestelde geslag aan te knoop óf bang wees vir die teenoorgestelde geslag. As die kind binne-in jou se behoeftes vanuit 8 tot 11 of 12 jaar kom, dan kan hy dalk onbekwaam voel om 'n goeie moeder of vader te word, onbekwaam om te werk óf om die take wat vir rolvervulling nodig is, uit te voer. As die kind binne-in jou se behoeftes vanuit die tienerjare kom, dan wil jy dalk nie die verantwoordelikhede van volwassenheid aanvaar nie. Miskien kom jou kind se behoeftes vanuit 'n mengsel hiervan óf vanuit 'n paar óf vanuit al hierdie stadiums. Ongeag die stadiums, volg hierdie patroon: wanneer jy 'n behoefte aanvoel, wag eers! Besluit waaruit die behoefte kom. As dit vanuit jou kindertyd kom, volg dan hierdie patroon:

(1) Sluit jou oë en ontspan; gebruik selfhipnose as jy nie jou oë kan sluit nie, haal etlike kere diep asem en ontspan.

(2) Praat met daardie klein kindjie. Die kind binne-in jou moet dalk weet dat hy lewe en veilig is óf bemind en versorg is óf dat dit lekker is om hom vas te hou óf dat hy sterk en bekwaam óf aantreklik is. Praat met die kind binne-in jou vanuit jou volwasse self en stel die kind binne-in jou gerus. As die kind binne in jou teensinnig is om te reageer, praat streng met hom. Soos: "Luister nou na my. Ek weet wat ek sê . . . ontspan, voel gelukkig, dis *"OK"*. Jy sal opmerk dat jy diep binne-in jou 'n sug van verligting slaak.

(3) Weier om toe te gee aan die aktiwiteit wat hierdie kind begeer. Dit kan dalk woede óf eet óf pyn óf onttrekking óf wat ookal wees.

(4) Let op hoeveel sterker, hoe meer hoopvol en meer bekwaam die volwassene in jou voel omdat die kind in jou *"OK"* is. Jy sal byna onmiddellike verbetering in jou selfbeheer en karaktersterkte opmerk. Reageer dus op die kind binne-in jou: nie op die negatiewe manier wat jy gebruik het nie, maar op die positiewe manier wat ek nou net voorgestel het. Jy sal veel beter voel as jy dit doen.

BYLAAG 14G

"HOMECOMING MEDITATION"

John Bradshaw (Bradshaw, 1992: 168-169)

Maak jou oë toe en fokus op jou asemhaling . . . Terwyl jy inasem, trek jou onderste maagspiere geleidelik in, en soos jy uitasem, stoot jou maag uit. Asem in vir vier tellings, hou jou asem op vir vier tellings, en asem uit vir agt tellings . . . Doen dit verskeie kere . . . Asem in vir vier, hou vir vier, en asem uit vir sestien tellings . . . Asem in vir vier, hou vir vier, en asem uit vir twee-en-dertig tellings. Herhaal dit driemaal . . . Hervat nou jou normale asemhaling. Fokus op die nommer 3 soos jy uitasem . . . Sien dit, verf dit met jou vinger, of hoor "drie" in jou oor . . . Nou die nommer 2 . . . Nou die nommer 1 . . . Verbeel jou nou die een verander in 'n deur . . . Maak nou die deur oop en loop af in 'n lang kronkelende gang met deure aan beide kante . . . Aan jou linkerkant sal jy 'n deur sien wat VERLEDE JAAR aandui . . . Maak die deur oop en kyk na binne. Jy sien 'n aangename toneel uit verlede jaar . . . Maak dié deur toe en loop na die volgende deur aan jou regterkant . . . Maak die deur oop en sien jou adolessent daar staan . . . Omhels hom. Vertel hom dat jy weet wat hy deurgemaak het . . . Vertel hom dat dit tyd is om die huis te verlaat. Vertel hom dat jy hier is om hom te ondersteun . . . Vertel hom dat dit nodig is dat julle saam sal moet gaan om die ander dele van jouself te gaan haal – jou innerlike kind, kleuter, voorskoolse en skoolgaande dele . . . Saam met jou adolessent, loop jy tot aan die einde

van die gang en maak die deur oop . . . Kyk in en sien die heel eerste huis wat jy kan onthou waarin julle gewoon het . . . Gaan by die huis in en gaan na die kamer waar die baba in jou bly. Laat die adolessent in jou jou baba optel . . . Loop nou terug na die gang en maak die eerste deur aan jou linkerkant oop en sien jou kleuter-self . . . Jy neem sy hand en loop terug met die gang af . . . Maak die eerste deur aan jou regterkant oop en sien jou voorskoolse-self. Kyk na hom. Wat het hy aan? Jy neem hom aan die hand en loop uit die kamer uit. Soek nou jou skoolgaande-self . . . Vra hom om jou adolessent se hand te neem en loop dan uit die huis uit.

Jy staan nou langs jou adolessente-self . . . Wie hou jou baba vas? . . . Jou skoolouderdom-self hou jou adolessent se arm . . . Jy hou jou kleuter en voorskoolse kind se hande . . . Sien nou hoe jou baba jou kleuter word . . . Sien nou hoe jou kleuter jou voorskoolse kind word . . . Sien nou hoe jou voorskoolse kind jou skoolgaande-self word . . . Sien nou hoe jou skoolgaande-self jou adolessente-self word . . . Jy en jou adolessent staan langs mekaar . . . Sien nou hoe jou ouers uit die huis kom waarin jy gebly het as 'n adolessent . . . Jy en jou adolessent is besig om totsiens te waai vir jou ouers . . . Vertel hulle dat julle almal hulle nou gaan verlaat . . . Vertel hulle dat jy weet dat hulle die beste gedoen het wat hulle kon . . . Sien hulle as die weerlose mense wat hulle eintlik is (was) . . . Vergewe hulle dat hulle jou verlaat het . . . Vertel hulle dat jy jouself gaan grootmaak . . . Jy begin wegstap van die huis af . . . Terwyl jy wegstap bly jy oor jou skouer loer . . . Jy sien hoe jou ouers kleiner en kleiner word . . . Totdat hulle totaal buite sig is.

Kyk nou voor jou en sien jou geliefde/vriend wat op jou wag . . . Indien jy 'n sielkundige het, sien jou sielkundige daar . . . As jy 'n hoër mag het, sien Hom daar . . . Omhels hulle almal . . . Weet dat jy ondersteuning het . . . Dat jy nie alleen is nie . . . Weet dat jy 'n nuwe familie het of saam met hulle kan vorm . . . Laat nou jou adolessent een word met al die ander dele . . . Kies 'n ouderdom van jou kinderjare en sien dié kind binne jou op daardie ouderdom . . . Vertel hom dat jy hom sal verdedig . . . Dat jy sy nuwe liefdevolle ouer sal wees . . . Vertel hom dat jy beter as enigiemand anders weet waardeur hy gegaan het, die seer en pyn wat hy verduur het . . . Vertel hom dat, uit al die mense wat hy ooit sal ken, jy die enigste is wat hy nooit sal verloor nie . . . Vertel hom dat jy vir hom sal tyd maak en en elke dag tyd met hom sal deurbring . . . Vertel vir hom dat jy hom met jou hele hart liefhet . . . Kyk nou uit op die horison van jou gedagtes . . . Sien die nommer 3 . . . Voel jou tone . . . Wikkel jou tone . . . Sien die nommer 2 . . . Voel hoe die energie deur jou bene beweeg tot in jou bolyf . . . Voel die energie in jou arms . . . Wikkel jou hande . . . Voel hoe die energie na jou kop en brein beweeg. Sien nou die nommer 1, en maak baie stadig jou oë oop, en strek jou uit.

BYLAAG 14H

DIE KLEINE JY HOE OM 'N GROTER BEWUSTHEID VAN DIE SELF EN BEHEER OOR DIE SELF TE VERKRY

Alan M. Matez (in Modlin, 1999: 111-115)

Laat jouself al meer en meer ontspan met elke asemteug. Ontspan innerlik . . . en ontspan uiterlik. Al jou spiere moet slap word en ontspan. Laat vaar al die spanning en laat 'n gevoel van ontspanning deur jou hele liggaam versprei. Voel kalm en inskiklik, warm en gemaklik, in vrede met jouself. Alle ander klanke verdof in die verte en jy konsentreer op die klank van my stem en die suggesties wat ek jou gee. Ek gaan jou 'n metode leer om 'n groter bewustheid van die self en beheer oor die self aan te leer. Deur hierdie metode te gebruik terwyl jou gedagtes en liggaam ontspanne is, in 'n staat van hipnose. Nog belangriker: dit sal jou in staat stel om effektief en positief beheer van jou gedagtes, jou liggaam en jou lewe te neem, en dit sal jou help om belangrike en gewenste veranderinge aan te bring in jou lewe.

Jy het geleer hoe om selfhipnose te bemeester, en nou is jy gereed om te leer hoe om die krag van jou onbewuste te gebruik om jou te help om jouself te help. Jy gaan 'n groter mate van effektiewe en positiewe selfbeheer van jou gedagtes, jou liggaam, jou lewe, jou siel en jou gees aanleer. Doen dit nou saam met my, onthou dit en leer hierdie prosedure aan sodat jy dit enige tyd self kan doen wanneer jy in die toekoms wil. Neem 'n diep asemteug in . . . en hou dit 'n paar oomblikke lank. As jy nou uitasem, deur dit baie stadig uit te laat, sien in jou geestesoog, verbeel jou dat jy die woord "Ontspan" kan sien. Konsentreer jou gedagtes op die woord "Ontspan". Plaas die woord "Ontspan" in groen ligte, sagte skakerings van groen ligte, gemaklike skakerings van groen ligte . . . pragtige, ontspannende en kalmerende skakerings van groen ligte. Kyk na die groen ligte van die woord "Ontspan", en voel nou hoe ontspanne jou liggaam is soos jy jou gedagtes konsentreer op die idee van ontspanning. Hierdie ligte kan neonligte wees; 'n teater se verhoogligte; sagte ontspanningsligte; enige soort ligte wat jy begeer, maar laat hulle in die groen skakering(s) wees wat jy die meeste geniet, en sodanig dat dit jou laat ontspan. Terwyl jy nou ontspan, wil ek hê dat jy vir jou 'n klein JY moet skep, 'n klein JY binne-in jou. Dis reg: 'n klein JY. 'n Klein jy wat daartoe in staat is om enigiets en alles waaraan jy kan dink en begeer, binne-in jou gedagtes en liggaam uit te rig. Hierdie klein JY kan en sal vir jou werk – 24 uur per dag, 7 dae per week, jou lewe lank, sonder om ooit moeg of uitgeput te raak, in te gee of tou op te gooi. Dis die volmaakte skepping, heeltemal onvernietigbaar. Dit reageer op jou wense en begeertes, presies soos jy wil hê dat dit moet. Ek gaan vir jou nou 'n paar oomblikke gee om hierdie klein JY binne-in jou te skep. En tydens hierdie oomblikke van stilte, moet jy presies die

klein JY skep wat jy nodig het en wil hê. (Lang pouse). Mooi so, dis presies die klein JY wat jy nodig het en wil hê.

Laat hierdie klein JY nou jou hele liggaam nagaan. Laat dit rond beweeg en elke kant van elke sel van elke weefsel, struktuur en orgaan nagaan. Maak seker dat jy die senuwees en spiere insluit. As daar 'n area van spanning op enige plek in die liggaam is, gaan die klein JY reguit soontoe en laat die hele area ontspan. Begin by jou tone: gaan jou tone en voete na vir spanning en laat daardie areas ontspan. Gaan dan die enkels na, die kuite, die dye, die heupe en bekken, en dan die buikareas. Beweeg boontoe en laat die spanning vry in jou diafragma en bors, jou rug, jou skouers, jou arms en hande. Laat die klein JY jou bloeddruk reguleer tot wat vir jou normaal is. Laat jou hartklop teen 'n normale pas en ritme funksioneer. Laat jou asemhaling diep en ontspanne wees, natuurlik, kalm en gemaklik. Skuif nou op na jou nek, en ontspan die spanning in jou gesigspiere en die res van die spiere in jou kop . . . jou kake, jou oogspiere en al jou gesigspiere. En laastens, jou brein. Laat die klein JY eenvoudig oor jou brein loop. Kyk na die skakerings van pienk en grys. Voel die tekstuur. Kyk na die twee hemisfere van jou brein en besef die wonder van jou brein. Laat nou die klein JY tussen die hemisfere af beweeg, die buitenste omtrek van die brein verlaat en af beweeg in die kern van jou brein in. En daar, in die middelpunt van jou brein, in die hipotalamus van die brein sal jy die mees verstommende en fantastiese beheerpaneel kry wat jy nog ooit gesien het. Dis alles binne-in 'n uitgebreide beheerkamer in die middel van jou brein. Dis 'n gesofistikeerde, fyn uitgewerkte, gerekenariseerde, elektroniese beheersisteem van die hoogste gehalte. Soos iets uit die toekoms, ruimte-eeu tegnologie. Jou eie persoonlike rekenaarkamer. Verbind aan hierdie paneel is 'n volledige geïntegreerde reusagtige rekenaarsisteem. Die rekenaar van jou verstand! Al die funksies van hierdie rekenaar van jou verstand word gereguleer deur die verskillende plasings op die beheerpaneel. Kyk hoe dit alles werk, want dit funksioneer die hele tyd om elke oomblik van jou lewe vir jou te sorg. Kyk na die verskillende ligte en beheerpunte en wysers. Hoor hoe hulle zoem, gons, kliek . . . hoor hoe die beheerpaneel se polslag klop terwyl hy vir jou werk om elke liggaamsfunksie en aktiwiteit te beheer. En êrens, op 'n prominente plek op hierdie beheerpaneel, sal jy die woord "Ontspan" sien in jou skakerings van ontspannende, kalmerende groen ligte.

Nou sal jy opmerk dat daar drie hefbome is, en dat een van hierdie hefbome "Outomaties" gemerk is. Wanneer hierdie hefboom geaktiveer word, dink, voel, tree jy op en gedra jy jou soos altyd . . . outomatiese gedagtes, outomatiese gewoontes, outomatiese gedrag . . . net omdat jy "nog altyd so gemaak het". Dis net nog 'n manier om te sê: "Dis soos ek is"; "Dis soos ek nog altyd was"; "Ek is nog steeds wat ek altyd was." Outomaties, en nié onder beheer nie. Daar is 'n ander hefboom wat gemerk is "Buite beheer." Wanneer jy daardie hefboom aktiveer, laat jy ander toe om jou lewe te bestuur. Dis soos die mens wat in 'n swaaideur staan en wag dat

iemand anders die deur stoot. Dis baie mense se lewenstorie: hulle gaan deur die lewe op grond van ander se stote. Húlle neem jou besluite. Húlle bestuur jou lewe. Jy beweeg net voort op die dryfkrag wat húlle geskep het . . . sonder om sélf op te tree. Daar is nog 'n derde hefboom wat gemerk is "Beheer." Wanneer jy hierdie hefboom aktiveer en dit "aan" is, sê jy daardeur: "Ek is in beheer van my lewe! Ek kies my gedagtes. Ek kies my gewoontes. Ek kies my gedrag." Vir die res van jou lewe het JY die vermoë om te kies hoe jy wil dink, hoe jy wil voel, hoe jy wil optree, hoe jy wil word. Vir die res van jou lewe het jy die vermoë om te wees wat jy ook al wil wees, voel wat jy wil voel, glo wat jy wil glo, dink wat jy wil dink; en om jou lewe te leef soos jy dit werklik, eerlik wil leef, volgens die manier waarop jy dit wil leef.

Die besluit hang van jou af. Dis jou voorreg om te besluit wat jy met jou lewe wil doen en hoe jy jou lewe wil voer. Nou besef jy dat "geen besluit nie" 'n besluit is! "Geen besluit nie" is 'n besluit om "buite beheer" te wees, om niks te doen nie; om ander toe te laat om jou lewe te bestuur. Kies die hefboom wat jy wil aktiveer. Slegs een van hierdie drie hefbome kan op 'n gegewe oomblik geaktiveer word. Kies die hefboom wat jou keuse is. Watter een sal dit wees? Outomaties . . . buite beheer . . . in beheer. Die keuse is geheel en al joune, net joune! Niemand ander s'n nie. Slegs j mag kies hoedat jy jou lewe gaan lei. Nou gaan ek jou 'n paar oomblikke van stilte gee, sodat jy kan besluit om te kies watter soort beheer jy oor jouself wil hê, vir jou, en vir jou lewe . . . As jy die hefboom kies wat gemerk is "Beheer", het jy klaarblyklik die regte besluit geneem. As jy nie het nie, moet jy nou die werklikheid onder die oë sien, dat jy nooit sal verander nie, dat jy nooit sal wees wat jy werklik wil wees nie, en jy sal voortlewe soos in die verlede met al jou simptome, jou probleme, jou ongelukkigheid, jou depressie, jou vrese, jou angs, jou frustrasies, jou bekommernisse, jou mislukkings, die gewoonte-patrone en gedrag wat jy nie wil hê nie en jy sal aanhou ellendig voel terwyl jy ander mense toelaat om jou lewe te beheer met die hefbome vasgeklem in die posisies vir "outomaties" en "buite beheer".

Aangesien ek daarvan oortuig is dat jy die "beheer"-hefboom gekies het, laat ons voortgaan . . . Benewens die hoof-beheerhefboom is daar 'n nog verder uitgebreide paneel wat kan funskioneer slegs wanneer die beheer-hefboom "aan" is. Hierdie paneel wat jy volledig ontwerp het, het 'n onbeperkte hoeveelheid skakelaars, hefbome, knoppies en wysers. Dit het 'n kontrole om elke moontlike situasie, omstandigheid en behoefte te hanteer, 'n kontrole om een of ander positiewe en aanvaarbare optrede te bewerkstellig sodat die reaksie ooreenkom met wat jy wil hê. 'n Paar voorbeelde van wat jy sou wou hê in hierdie beheerpaneel kan dalk insluit : 'n skakelaar gemerk spanning/ontspanning; mislukking/sukses; depressief/gelukkig; oorgewig/skraal; roker/nie-roker; ongesond/gesond. Ander kan wees slaap/word wakker; onvolwasse/volwasse; teruggetrokke/uitgaande; 'n doodse gevoel/lewendig; pyn/sonder pyn . . . om 'n sekere deel van die liggaam te verdoof wanneer dit nodig is; geniet die lewe/verkwis die lewe; ontstemd/gelykmatig; weerbaar/weerloos en baie, baie meer. Sleutel hulle nou almal in . . . watter ander tipes jy ook al

nodig het. Maak seker dat jy jou ongewenste simptome, probleme en gedragspatrone insluit. Mooi so! Dis 'n uitstekende beheerpaneel wat jy geskep het, dink jy nie so nie? Maak seker dat jy 'n paar ongemerkte skakelaars laat bly om toe te laat vir al jou toekomstige behoeftes. En voeg hulle by wanneer hulle nodig word. Hierdie beheerpaneel, soos jy dit ontwerp het, sal vir jou diens lewer 24 uur per dag, 7 dae per week, dag in en dag uit, vir die res van jou lewe. Dit sal vir jou werk soos jy dit ontwerp, opdrag gegee en gerig het, asof dit 'n outomatiese loots is. Enige tyd dat dit nodig word, sal jy self die beheer kan oorneem en in staat wees om alle fyn aanpassings, verstellings of veranderinge wat nodig word, aan te bring, namate jou liggaam en jou lewe sy verloop neem. Op enige tydstip in die toekoms kan jy maklik, effektief en doelmatig herstelwerk doen, veranderinge aanbring en al jou programme en kontroles moderniseer met nuwe en ander inligting soos dit nodig word, gebaseer op die ewig veranderende omstandighede en toestande in jou liggaam en jou lewe.

Nou wil ek hê dat jy net agteroor moet sit en nog meer moet ontspan . . . onthou dat die groen ligte steeds funksioneer . . . en waardeer die werk wat jy gedoen het. Jy het iets in jou gedagtes geskep wat jou kan help om 'n vol, gelukkige, ontspanne, gesonde en stabiele lewe te voer. Gebruik dit elke dag om jou doelwitte in die lewe te bereik. Dis jou besit vir 'n leeftyd. Gebruik jou selfhipnose daagliks om in staat te wees om jou gedagtes te beheer, om jou liggaam en jou lewe te beheer. Weet jy, jou liggaam is deur God aan jou gegee om jou verstand en gees te omsluit. Jy is die mens wat binne-in jou liggaam lewe. En jy het jou liggaam nodig om te lewe. Jy skuld jou liggaam die respek en aandag wat dit nodig het om te kan funksioneer op die gesondste manier wat moontlik is. Dis jou verantwoordelikheid om jou liggaam te versorg sodat dit 'n leeftyd vir jou in stand sal bly. As jy werklik goed sorg vir jou liggaam – en begin sommer nou – sal dit lank vir jou voortbestaan en op die gesondste manier vir jou werk. Die persoon wat in beheer is, word meester van sy lewe. Selfhipnose voorsien die metode van beheer. Dis selfverowering waarvan elke filosoof vanaf Plato tot die huidige twintigste eeuse filosowe ons vertel. Dit kom ooreen met die Skrifwoord: "Ons is waaraan ons heeldag dink." En dr. William James het gesê: *"Die grootste ontdekking van ons geslag is dat 'n mens sy lewe kan verander deur sy lewenshouding te verander."* "Jy is wat jy glo jy is. Wat jy ook al in jou gedagte kan bedink en wat jy glo moontlik is, is met jou liggaam en met jou lewe bereikbaar."

Omdat die mens 'n dromer is, word alle groot dinge – kuns, musiek, argitektuur, uitvindings, geloof, filosofie – in ons gedagtes gebore . . . alles. Elke belangrike uitvindsel in die geskiedenis is eers in die verbeelding uitgedink. Ons het die mag in ons om te glo aan wat ons ook al wil hê, en ons het die mag binne-in ons om wat ons glo gedoen kan word, uit te voer. Die idee wat jy in *jou gedagtes het; die visioen wat jy in jou onbewuste het; die gevoel wat jy in jou hart het . . . dís* jy! Ek gee nou vir jou die suggestie: dít is mag! Dis hoe 'n mens 'n heel mens word . . . en jy wil 'n heel mens wees. Wat jou gedagtes ook al bedink en wat jy glo moontlik is, kan die liggaam

bereik. Glo dit altyd. Wat jou gedagte ook al bedink, kan jy bereik. Niks groots is nog ooit bereik buiten deur dié wat dit gewaag het om te glo dat iets *binne-in* hulle groter was as die omstandighede nie. Nou gaan ek 'n paar oomblikke van stilte gee om al hierdie suggesties te laat insink in die heel diepste deel van jou onbewuste sodat hulle nooit verwyder kan word nie. Daar word aan jou gesuggereer dat jy bewustelik en onbewustelik al hierdie suggesties wat aan jou genoem is, sal onthou. En as jy hierdie tegniek in selfhipnose gebruik, sal jy al hierdie suggesties kan oproep. Jy sal al die besonderhede ten opsigte van die skep van 'n klein JY onthou, en alles van die beheerpaneel en sy werking binne-in jou. Ontspan nou selfs meer, en voel gelukkig oor alles wat jy in die afgelope oomblikke reggekry het, en sien uit na jou toekoms; sien jouself in jou geestesoog soos wat jy wil wees. Soos jy jouself sien, so sal jy wees – want dis wat jy wil hê – jy wil jou liggaam en jou lewe beheer. Ontspan nou in hierdie oomblikke van stilte . . .

BYLAAG 14I

DIE METAFOOR VAN DIE LELIKE EENDJIE

Roy L. Rummel (in Hammond, 1990: 139)

Lank, lank gelede was 'n moeder eend besig om haar eiers uit te broei. Een eier was groter; en is laaste uitgebroei. Haar eendvriende het gesê: "Wees versigtig met daardie eier, dis waarskynlik 'n kalkoeneier. Kalkoene sal jou net moeilikheid gee. Hoekom gebruik jy nie jou tyd en energie om jou nuwe babas wat uitgebroei het, te versorg nie. Vergeet van daardie groot ou kalkoeneier." Die moeder eend was egter vasbeslote om haar beste instinkte te volg, dus het sy daarop bly sit en dit uiteindelik uitgebroei. Dáár was dit: nie 'n baba kalkoen nie, maar 'n groot, lomp eendjie. Nou het sy hierdie groot, onbeholpe kind, saam met haar pragtige broeisel. Op die werf het haar vriende aangehou met hul gemene aanmerkings oor hierdie eienaardige en lelike gedierte; maar nes God, met moederlike toewyding in haar hart, het sy hulle almal liefgehad, en haar beste aan hulle gegee. Die tyd het verbygegaan. Haar groot seun het al hoe groter geword, maar hy het dikwels soos 'n uitgeworpene gevoel. Sy tydgenote het hom oor sy lelike voorkoms vermy, en die bendes en klieks op die werf het hom met baie skote en pyle van teenspoed gekelder.

Uiteindelik, op 'n lentedag, na wat soos 'n ewigheid gevoel het, het hy om die dammetjie naby die kasteel beweeg, en aan die oorkant het hy 'n pragtige, koninklike swaan gesien wat met soveel grasie en prag op die water gedryf het, dat sy droewige hart gebons het. Hy het gedink: as ek tog maar net 'n bietjie mooi kon wees, met net 'n ietsie van daardie skoonheid. Toe, skielik, kyk hy af op die water en sowaar – daar was 'n spieëlbeeld, 'n weerkaatsing van homself! Hy was

nie meer die lelike eendjie nie; hy was ook 'n swaan, 'n wese van statige elegansie. Die lelike eendjie wat in 'n pragtige swaan verander, kan die ontwikkeling en veranderinge in ons almal simboliseer. Wanneer daar lelike emosionele oorblyfsels vanuit die verlede voortbestaan, wanneer ons dalk soos 'n lelike eendjie voel (al is dit net in sommige opsigte), kan ons ook verander deur liefdevolle versorging en versekering; en so kan ons van gedaante verwissel . . . Ons lotsbestemming is om volkome te lewe, om onsself en ander lief te hê; en te groei en ontwikkel in daardie rigting . . . Ontspan nou, en laat hierdie prentjie van die lelike eendjie wat ontluik het in 'n pragtige swaan, jou inspireer en begeester tot 'n ryker, oorvloediger lewe, terwyl jy 'n paar oomblikke van stilte gebruik om na te dink oor die groeiproses en gedaanteverwisseling wat binne-in jou plaasvind . . . Daardie oomblikke van stilte begin nou.

BYLAAG 15

STATISTIES-BEDUIDENDE RESULTATE VERKRY UIT DIE NAVORSING

TABEL A: VERSKILLE TUSSEN DIE VOOR- EN NATOETS-GEMIDDELDES VAN DIE MACI

MACI	VOORTOETSING (N = 5)		NATOETSING (N = 5)		t-waarde	Peil van betekenis
SKALE	Gem	SA	Gem	SA	t	p
SKAAL 2B	83.6	11.760	56.4	30.615	-1.918	0.127
SKAAL 4	29.8	23.731	46.4	22.300	2.571	0.061
SKAAL 6A	40.0	18.681	47.8	17.398	2.919	0.043*
SKAAL 8B	69.8	6.572	50.6	30.270	-1.612	0.182
SKAAL A	75.0	19.974	45.6	20.791	-3.041	0.038*
SKAAL B	87.6	16.226	66.2	29.439	-1.702	0.163
SKAAL D	52.8	7.429	63.8	11.777	3.444	0.026*
SKAAL E	71.2	29.397	70.6	21.007	-0.064	0.951
SKAAL AA	67.0	25.327	45.8	24.863	-1.601	0.184
SKAAL BB	43.2	33.611	35.4	22.897	-1.336	0.252
SKAAL DD	58.0	27.358	56.8	27.770	-0.185	0.861
SKAAL FF	99.4	12.934	83.8	27.417	-1.368	0.243
SKAAL GG	81.0	21.644	70.2	31.830	-1.436	0.224

* = **Statisties beduidend op die 5 %-peil van betekenis**

PERSOONLIKHEIDSKALE VAN DIE MACI

SKAAL 2B	=	Treurigheid
SKAAL 4	=	Dramatiserend
SKAAL 6A	=	Weerbarstigheid
SKAAL 8B	=	Selfafbrekend
SKAAL A	=	Identiteitsdiffusie
SKAAL B	=	Selfgeringskatting
SKAAL D	=	Seksuele ongemak
SKAAL E	=	Groepsonsekerheid
SKAAL AA	=	Eetversteurings
SKAAL BB	=	Middelmisbruikgeneigdheid
SKAAL DD	=	Impulsiewe geneigdheid
SKAAL FF	=	Depressiewe gemoedstoestand
SKAAL GG	=	Selfmoordgeneigdheid

■ BESPREKING VAN DIE STATISTIES-BEDUIDENDE NAVORSINGSRESULTATE TEN AANSIEN VAN DIE MACI

Tabel A toon aan dat daar 'n statisties-beduidende verband (op die 5 %-peil van betekenis) tussen die blootstelling aan Mediese hipno-analise en 'n toename in weerbarstigheid (MACI-skaal 6A) by emosioneel-weerlose adolessente bestaan. Weerbarstigheid (met inbegrip van tellings onder die ankerpunte) is 'n tipiese kenmerk van adolessensie (Murray *et al.*, 2000: 525) en dui daarop dat die emosioneel-weerlose adolessente se gedragswyses meer in lyn beweeg met hul eweknieë. 'n Toename in weerbarstigheid is dus positief in die lig van die ondersoek, aangesien dit daarop dui dat die emosioneel-weerlose adolessente se emosionele volwassewording in beweging gebring is (vgl. 6.2.1).

Tabel A toon ook aan dat daar 'n statisties-beduidende verband (op die 5 %-peil van betekenis) bestaan tussen die blootstelling aan Mediese hipno-analise en 'n afname in identiteitsdiffusie (MACI-skaal A) as risikofaktor vir emosionele weerloosheid by emosioneel-weerlose adolessente. 'n Betekenisvolle afname ten opsigte van skaal A impliseer dat die proefpersone neig om minder verward te wees ten opsigte van hulle identiteit en dus ook minder emosioneel-weerloos ten aansien van identiteitsdiffusie as risikofaktor (vgl. 3.3.3). Bogenoemde uitkoms is van besondere belang, aangesien identiteitsverwerwing volgens verskeie navorsers die belangrikste ontwikkelingstaak van die adolessente-fase is (Kroger, 1996: 26). Identiteitsdiffusie het die proefpersone gerem in hul strewe tot selfaktualisering. 'n Afname in identiteitsdiffusie kan as versterkend gesien word ten aansien van identiteitsverwerwing as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5).

Bostaande tabel (Tabel A) toon ook aan dat daar tydens die natoetsing 'n statisties-beduidende verskil was op die 5 %-peil van betekenis ten opsigte van skaal D (Seksuele ongemak). 'n Betekenisvolle toename ten opsigte van skaal D impliseer dat die proefpersone neig om meer ongemaklik te wees ten opsigte van hulle eie seksualiteit. Seksuele ontwikkeling, bewuswording en 'n gepaardgaande ongemak (met inbegrip van tellings onder die ankerpunte) is tipiese kenmerke van adolessensie (Murray *et al.*, 2000: 550; Newman & Newman, 1999: 356-357) en dui daarop dat die emosioneel-weerlose adolessente se gedragswyses meer in lyn beweeg met hul eweknieë. 'n Toename in seksuele ongemak kan dus as 'n positiewe uitkoms gesien word in die lig van hierdie ondersoek, aangesien dit daarop dui dat die emosioneel-weerlose adolessente se emosionele volwassewordingsmoontlikhede in beweging gebring is (vgl. 6.2.1).

TABEL B: VERSKILLE TUSSEN DIE VOOR- EN NATOETS-GEMIDDELDES VAN DIE HSPV

HSPV	VOORTOETSING (N = 5)		NATOETSING (N = 5)		t-waarde	Peil van betekenis
FAKTORE	Gem	SA	Gem	SA	t	p
FAKTOR A	3.6	0.547	5.0	1.581	2.064	0.107
FAKTOR C	3.8	2.280	5.4	1.949	1.142	0.316
FAKTOR E	4.0	2.121	5.2	2.588	3.207	0.032*
FAKTOR O	6.6	2.509	5.4	1.516	-0.884	0.426
FAKTOR Q_3	4.0	1.870	5.8	1.643	3.086	0.036*

* = **Statisties beduidend op die 5 %-peil van betekenis**

PERSOONLIKHEIDSFAKTORE VAN DIE HSPV

FAKTOR A = Terughoudendheid–Hartlikheid

FAKTOR C = Emosionele onvolwassenheid–Emosionele volwassenheid

FAKTOR E = Onderdanigheid–Dominansie

FAKTOR O = Selfversekerdheid–Skuldgeneigdheid

FAKTOR Q_3 = Onbeheersdheid–Selfbeheersing

■ BESPREKING VAN DIE STATISTIES-BEDUIDENDE NAVORSINGSRESULTATE TEN AANSIEN VAN DIE HSPV

Tabel B toon aan dat daar tydens die natoetsing 'n statisties-beduidende verskil was op die 5 %-peil van betekenis ten opsigte van faktor E (Onderdanigheid-Dominansie). Die rekenkundige gemiddeldes wat vir die voor- en natoetsing van faktor E gerapporteer is, verteenwoordig gemiddelde stienwaardes op die HSPV. 'n Betekenisvolle toename ten opsigte van faktor E impliseer dat die proefpersone minder onderdanig is en neig om meer selfgeldend en selfstandig te wees. Die afleiding kan dus gemaak word dat daar 'n statisties-beduidende verband bestaan tussen die toepassing van Mediese hipno-analise en 'n toename in selfstandigheid as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording by die proefpersone (vgl. 3.5).

Bostaande tabel (Tabel B) toon verder aan dat daar tydens die natoetsing 'n statisties-beduidende verskil was op die 5 %-peil van betekenis ten opsigte van faktor Q_3 (Onbeheersdheid-Selfbeheersing). Die rekenkundige gemiddeldes wat vir die voor- en natoetsing van faktor Q_3 gerapporteer is, verteenwoordig gemiddelde stienwaardes op die HSPV. 'n Betekenisvolle toename ten opsigte van faktor Q_3 impliseer dat die proefpersone minder laks en onnadenkend is en neig om meer selfbeheersd, sosiaal korrek en gedissiplineerd te wees. Die afleiding kan dus gemaak word dat daar 'n statisties-beduidende verband bestaan tussen die toepassing van Mediese hipno-analise en 'n toename in selfbeheersing as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording by die proefpersone (vgl. 3.5).

■ BESPREKING VAN DIE STATISTIES-BEDUIDENDE NAVORSINGSRESULTATE TEN AANSIEN VAN DIE ALGEMENE WELSTAND-VRAELYS

Tabel C toon aan dat daar tydens die natoetsing 'n statisties-beduidende verskil was op die 5 %-peil van betekenis ten opsigte van die sub-dimensie emosionele weerbaarheid. 'n Betekenisvolle toename in die sub-dimensie emosionele weerbaarheid impliseer dat die proefpersone neig om meer emosioneel weerbaar te wees na blootstelling aan Mediese hipno-analise. Die afleiding kan dus gemaak word dat daar 'n statisties-beduidende verband bestaan tussen die toepassing van Mediese hipno-analise en 'n toename in emosionele weerbaarheid as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5) by die proefpersone.

Tabel C toon ook aan dat daar tydens die natoetsing 'n statisties-beduidende verskil was op die 5 %-peil van betekenis ten opsigte van die algemene dimensie van welstand. 'n Betekenisvolle toename in die algemene dimensie impliseer dat die proefpersone neig om groter algemene welstand te beleef na blootstelling aan Mediese hipno-analise.

TABEL C: VERSKILLE TUSSEN DIE VOOR- EN NATOETS-GEMIDDELDES VAN DIE ALGEMENE WELSTAND-VRAELYS

ALGEMENE WELSTAND-VRAELYS	VOORTOETSING (N = 5)		NATOETSING (N = 5)		t-waarde	Peil van betekenis
DIMENSIES	**Gem**	**SA**	**Gem**	**SA**	**T**	**p**
FISIEK	15.8	1.440	17.3	3.290	1.603	0.184
EMOSIONEEL	8.9	2.815	15.3	6.447	2.494	0.067
Weerbaarheid	2.2	1.788	4.2	2.588	3.651	0.021*
Volwasse gedrag	4.0	1.581	6.0	1.0	2.236	0.089
KOGNITIEF	8.2	3.492	13.8	4.868	5.439	0.005**
SPIRITUEEL	18.8	4.604	20.2	2.949	1.026	0.362
ALGEMEEN	51.7	8.843	66.6	15.935	4.331	0.012*

* = Statisties beduidend op die 5 %-peil van betekenis

** = Statisties beduidend op die 1 %-peil van betekenis

DIMENSIES VAN WELSTAND

Fisieke welstand

Emosionele welstand

Kognitiewe welstand

Spirituele welstand

Algemene welstand

SUB-DIMENSIES VAN EMOSIONELE WELSTAND

Emosionele weerbaarheid

Emosioneel-volwasse gedrag

Die afleiding kan dus gemaak word dat daar 'n statisties-beduidende verband bestaan tussen die toepassing van Mediese hipno-analise en 'n toename in algemene welstand as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5) by die proefpersone.

Bostaande tabel (Tabel C) toon aan dat daar tydens die natoetsing 'n statisties-beduidende verskil was op die 1 %-peil van betekenis ten opsigte van die kognitiewe dimensie van welstand. 'n Betekenisvolle toename in die kognitiewe dimensie impliseer dat die proefpersone neig om groter kognitiewe welstand te beleef na blootstelling aan Mediese hipno-analise. 'n Toename in kognitiewe welstand kan as versterkend gesien word ten aansien van algemene welstand as 'n kwaliteit van emosionele volwassewording (vgl. 3.5).

- **BESPREKING VAN DIE STATISTIES-BEDUIDENDE NAVORSINGSRESULTATE TEN AANSIEN VAN DIE WEERLOSE ADOLESSENT-VRAELYS**

Aldus die statistikus kon die statisties-beduidende verskille tussen die voor- en natoetsgemiddeldes vir die Weerlose adolessent-vraelys nie bereken word nie, vanweë te min toetsitems.

DEO GRATIAS! AAN GOD DIE DANK!