

DIE EVALUERING VAN DIE PROFESSIONELE  
OPLIDING VAN SIELKUNDIGES AAN DIE  
UNIVERSITEIT VAN DIE ORANJE-VRYSTAAT

D.J. VIJOFER

**DIE EVALUERING VAN DIE PROFESSIONELE OPLEIDING  
VAN SIELKUNDIGES AAN DIE  
UNIVERSITEIT VAN DIE ORANJE-VRYSTAAT**

deur

**DAVID JACOBUS VILJOEN**

Voorgelê ter gedeeltelike vervulling van die vereistes vir die graad

**MAGISTER SOCIETATIS SCIENTIAE (VOORLIGTINGSIELKUNDE)**

in die

**FAKULTEIT SOSIALE WETENSKAPPE**

**DEPARTEMENT SIELKUNDE**

aan die

**UNIVERSITEIT VAN DIE ORANJE-VRYSTAAT**

**Studieleier: Dr R.B.I. Beukes**

**Medestudieleier: Prof D.A. Louw**

**BLOEMFONTEIN**

**November 1997**

## **VERKLARING**

Ek verklaar dat die verhandeling wat hierby vir die graad M.Soc.Sc. (Voorligtingsielkunde) aan die Universiteit van die Oranje-Vrystaat deur my ingedien word, my selfstandige werk is en nie voorheen deur my vir 'n graad aan 'n ander universiteit/fakulteit ingedien is nie. Ek doen voorts afstand van outeursreg op die verhandeling ten gunste van die Universiteit van die Oranje-Vrystaat.

## BEDANKINGS

My opregte dank en waardering aan die volgende persone vir die belangrike rol wat hulle in die voltoering van hierdie projek vervul het:

- \* Dr. R.B.I. Beukes vir die vryheid wat hy my in die ondersoek van 'n potensieel sensitiewe onderwerp gebied het, sy waardevolle leiding en raadgewing wanneer dit nodig was, en finansiële steun.
- \* Prof. D.A. Louw wat sy kennis oor die onderwerp en oor wetenskaplike skryfkuns in die algemeen met my gedeel het.
- \* Mnr. K. G. F. Esterhuyzen vir sy hulp met die verwerking en ontleding van die statistiese data.
- \* Mnr. H.J. Koch vir die keurige taalversorging.
- \* Mev. D. M. du Plessis vir uitstekende tikwerk en die tegniese versorging van die vraelys en manuskrip.
- \* Mev. E. Janse van Rensburg vir die inpons van die data.
- \* Mev. L.L. Jacobs vir haar hulp met die kontrolering van die bronnelys.
- \* Alle respondente wat by die ondersoek betrokke was.
- \* My familie en vriende vir hul belangstelling, begrip en ondersteuning.
- \* Nina wat my gedurende die eerste jaar en 'n half van ons huwelik met hierdie skripsie moes deel.

## INHOUDSOPGAWE

### *Artikel 1*

#### **“RELEVANSIE” IN DIE SIELKUNDE IN SUID-AFRIKA**

Uittreksel .....	2
Abstract .....	2
INLEIDING .....	2
DIE SIELKUNDE EN DIE SOSIO-POLITIEKE KONTEKS VAN SUID-AFRIKA .....	4
Die sielkunde en die sosio-politieke konteks in die apartheids-era .....	4
Die sielkunde en die sosio-politieke konteks in die post-apartheids-era .....	6
KRUISKULTURELE DIENSLEWERING .....	7
Afrosentriese versus Eurosentriese sielkunde .....	8
Die tekort aan sielkundiges uit ander bevolkingsgroepe .....	10
Samewerking met tradisionele genesers .....	11
GEMEENSKAPSGEORIENTEERDE DIENSLEWERING .....	13
Sielkundige dienste vir die breë gemeenskap .....	13
Meer toeganklike dienslewering .....	14
Die bemerking van sielkundige dienste .....	15
ENKELE IMPLIKASIES VIR OPLEIDING .....	16
SAMEVATTENDE GEVOLGTREKKINGS .....	19
BRONNELYS .....	22

### *Artikel 2*

#### **DIE EVALUERING VAN DIE PROFESSIONELE OPLEIDING VAN SIELKUNDIGES AAN DIE UNIVERSITEIT VAN DIE ORANJE-VRYSTAAT**

Uittreksel .....	28
Abstract .....	28
INLEIDING .....	29
METODOLOGIE .....	30
Respondente .....	30
Meetinstrumente en verwerking .....	31

RESULTATE EN BESPREKING .....	31
Praktykfunksionering en evaluering van verbandhoudende opleiding .....	32
Die tipe organisasie waar respondente werksaam is .....	32
Funksies waaraan die meeste tyd bestee word .....	34
Tipes kliënte/pasiënte .....	35
Psigoterapeutiese benaderings .....	37
Psigometriese toetse .....	41
Invloed van die sosio-politieke konteks .....	42
Kruiskulturele dienslewering .....	43
Professionele rolverruiming .....	43
Gemeenskapsdiens .....	47
Geheevaluering van opleiding ter voorbereiding vir die praktyk .....	48
Evaluering van ander fasette van die professionele opleiding .....	49
Verskillende opleidingsmetodes .....	49
Teoretiese opleiding .....	50
Verhandeling .....	52
Internskap .....	53
Geïntegreerde opleiding .....	53
Voortgesette opleiding .....	54
SAMEVATTING EN AANBEVELINGS .....	55
BRONNELYS .....	61
<i>Bylae A</i>	
DIE BEGELEIDENDE BRIEF EN VRAELYS .....	63

## LYS VAN TABELLE EN FIGURE

### Tabel no.

1	Organisasies waar sielkundiges werksaam is .....	32
2	Funksies waaraan die meeste tyd bestee word .....	34
3	Tipes kliënte/pasiënte, frekwensie van terapeutiese hantering en evaluering van opleiding .....	36
4	Gebruiksfrekwensie van verskillende psigoterapeutiese benaderings en evaluering van opleiding .....	38
5	Chi-kwadraatresultate om die verband tussen die gebruiksfrekwensie van verskillende psigoterapeutiese benaderings en opleiding te bepaal .....	40
6	Psigometriese toeste waarby 'n behoefte aan beter opleiding aangedui is .....	42
7	Gebruiksfrekwensie van kennis uit verskillende terreine in die sielkunde en evaluering van opleiding .....	44
8	Chi-kwadraatresultate om die verband tussen die gebruiksfrekwensie van kennis uit verskillende terreine in die sielkunde en opleiding te bepaal .....	45
9	Sielkundiges se geheevaluering van hul opleiding ter voorbereiding vir die praktyk .....	48
10	Evaluering van opleidingsmetodes .....	49

### Figuur no.

1	Respondente se tevredenheid dat die jongste navorsingsbevindings by hul opleiding ingesluit was .....	50
2	Respondente se tevredenheid dat bevindings oor toepaslike teorieë vir spesifieke patologieë by hul teoretiese opleiding ingesluit was .....	51

*Artikel 1*

**"RELEVANSIE" IN DIE  
SIELKUNDE  
IN SUID-AFRIKA**

## "RELEVANSIE" IN DIE SIELKUNDE IN SUID-AFRIKA

*Uittreksel: Suid-Afrikaanse sielkundiges is dit eens dat die sielkunde meer relevant moet word, hoewel daar uiteenlopende menings bestaan oor die wyse waarop dit moet geskied. In hierdie artikel word 'n oorsig gebied oor die debat oor relevansie in die sielkunde in Suid-Afrika. Dit blyk dat die sielkunde-professie as belangrike rolspeler in die sosio-politieke konteks van die land gevestig moet word ten einde 'n bydrae tot 'n vreedsame en demokratiese samelewing te lewer. Om doeltreffender kruiskulturele dienste te kan lewer, moet die universele beginsels van die sielkunde behou word. Verder moet kulturele diversiteit erken word en Afrosentriese/inheemse beginsels in die sielkunde geakkommodeer word. Aandag behoort geskenk te word aan die tekort aan sielkundiges uit nie-Westerse bevolkingsgroepe, terwyl samewerking met tradisionele genesers ook bevorder moet word. Daar word ook aangevoer dat sielkundige dienste na die breë bevolking uitgebrei moet word, en dat sulke dienste toegankliker gemaak en beter bemark moet word. Voorts word enkele implikasies van die debat oor relevansie vir die opleiding van sielkundiges belig.*

*Abstract: South African psychologists agree that psychology should become more relevant, although there are divergent opinions on how it should be attained. In this article a general view has been given of the debate on relevance in psychology in South Africa. It would appear that the psychology profession should be established as an important role player in the socio-political context of the country in order to make a contribution towards a peaceful and democratic society. To be able to render more efficient cross-cultural services, the universal principles of psychology should be adhered to. Furthermore cultural diversity should be acknowledged, and Afrocentric/indigenous principles should be accommodated in psychology. Attention should be given to the shortage of psychologists from non-Western population groups, while co-operation with traditional healers should also be promoted. It has also been argued that psychological services should be extended to the broad population, and that such services should be made more accessible and should be marketed better. Furthermore some implications of the debate on relevance in the training of psychologists have been discussed.*

### INLEIDING

Relevansie is vir baie jare reeds 'n sentrale vraagstuk in die Suid-Afrikaanse sielkunde. Na Holdstock (1981) se stelling dat die sielkunde een van die mees irrelevante ondernemings in die Suid-Afrikaanse samelewing is, het verskeie sielkundiges (bv. Biesheuvel, 1991; Dawes, 1986; Mauer, 1987; Retief, 1989) tot die debat toegetree en het die onderwerp aandag by kongresse en in vaktydskrifte soos die *Suid-Afrikaanse Tydskrif vir Sielkunde en Psychology in Society* begin geniet (Retief, 1989).

In hierdie debat is outeurs dit eens dat die sielkunde meer relevant moet word. Daar is egter verskillende standpunte oor die betekenis van die begrip "relevansie" en ook oor die wyse waarop die sielkunde in Suid-Afrika meer relevant kan word (Nell, 1990; Retief, 1989; Rock & Hamber, 1994). Wat die betekenis van *relevansie* betref, het Biesheuvel (1991), na oorweging van verskillende outeurs se uiteenlopende definisies, tot die gevolgtrekking gekom dat dit nie 'n absolute term is nie. *Relevansie* is eerder 'n relatiewe term wat aan spesifieke omstandighede en 'n sekere tydspanne gekoppel moet word. Verder verskil individue en groepe ook oor die interpretasie van *relevansie* ooreenkomstig hul spesifieke waardesisteme, ideologiese oriëntasies en/of behoeftes (Biesheuvel, 1991).

Vir Nell (1990) behels *relevansie* dat die sielkunde spesifieke toepassingsvelde in 'n bepaalde omgewing moet vind. Volgens Dawes (1986) beteken *relevansie* dat die sielkundige navorsing, teorie en praktyk in die samelewing dienste moet lewer en veral probleme op nasionale en streekvlak moet probeer oplos. Hierdie interpretasies strook ook met ander internasionaal-aanvaarde definisies van *relevansie*, wat handel oor die toepassing van die sielkunde op die probleme van die spesifieke land waarin die sielkunde beoefen word (Sinha, 1973).

So word vraagstukke oor relevansie gereeld in *American Psychologist* onder die opskrif "Psychology in the Public Forum" bespreek. Peterson (1995) voer byvoorbeeld in dié tydskrif aan dat sielkundiges aan die fundamentele behoeftes van die samelewing moet voldoen indien hulle relevant wil bly. Ruback en Innes (1988) meen weer dat sielkundige navorsing gerig moet wees op praktiese vraagstukke en hulle stel 'n raamwerk voor waarvolgens navorsing uitgevoer kan word sodat dit van groter nut vir Amerikaanse beleidmakers kan wees.

Hoewel daar wyd uiteenlopende menings bestaan oor die wyse waarop die sielkunde in Suid-Afrika meer relevant kan word, wil dit voorkom of daar veral drie breë temas onder bespreking is. Die eerste tema handel oor die rol van die sielkunde in die sosio-politieke konteks in Suid-Afrika (Dawes, 1985; Mauer, 1987; Rock & Hamber, 1994). Tweedens handel die debat oor die wyse waarop die sielkunde kruiskultureel meer relevant kan word (Bodibe, 1993; Hickson & Kriegler, 1991; Louw, 1995; Nell, 1990). Derdens word daar aangevoer dat sielkundige dienste uitgebrei moet word om aan die behoeftes van die breë gemeenskap te voldoen (Freeman, 1991; Louw, 1995; Rock & Hamber, 1994).

Die doel met hierdie artikel is nie om 'n allesomvattende bespreking te gee van alle standpunte oor relevansie in die Suid-Afrikaanse sielkunde nie, maar eerder om 'n oorsig van die debat te gee soos dit tot op hede verloop het. Daar sal gevolglik gefokus word op die standpunte wat deur verskeie belangrike voorstanders oor die onderwerp gehuldig word en dit sal binne die raamwerk van voorgenoemde drie temas aangebied word. In die laaste afdeling van die artikel sal die implikasies van die debat oor relevansie vir die opleiding van sielkundiges uitgewys word.

## **DIE SELKUNDE EN DIE SOSIO-POLITIEKE KONTEKS VAN SUID-AFRIKA**

Verskillende standpunte ten opsigte van die rol van die sielkunde in die sosio-politieke konteks van Suid-Afrika sal vervolgens bespreek word.

### **Die sielkunde en die sosio-politieke konteks in die apartheids-era**

Gedurende die apartheidsbewind het outeurs soos Dawes (1985; 1986) aangevoer dat 'n relevante sielkunde sensitief vir die sosio-politieke situasie in die land moet wees. Sielkundiges het egter verskil oor die vraag of die sielkunde polities betrokke moes raak en daar is aktief gedebatteer oor die politieke rolle en verantwoordelikhede van sielkundiges en hulle professionele organisasies (Dawes, 1992; Prinsloo, 1992).

Retief (1989), wat die verskillende beskouinge ontleed het, kon veral tussen twee fundamentele standpunte in die debat onderskei.

- \* Die eerste standpunt, wat deur outeurs soos Dawes (1985; 1986) gehandhaaf is, was dat die sielkunde sterk deur bestaande sosiale omstandighede beïnvloed word. Gevolglik is die idee van 'n objektiewe, waarde-vrye sielkunde as 'n valse ideologie in die wetenskaplike praktyk beskou. 'n Sielkunde wat relevant of geldig wou wees, moes gevolglik die rol van onderdrukkende sosiale kragte in ag neem en noodwendig krities teenoor die politieke orde van die tyd staan.

Dawes (1985) het geargumenteer dat 'n sielkunde wat relevant wou wees, nie anders sou kon as om die negatiewe gevolge van apartheid te oorweeg nie. Volgens hom sou 'n sielkundige begrip van baie lede van die breë bevolking nie moontlik wees sonder kennis van die impak van rassisme en die strukturele en individuele onderdrukking van die apartheids-era nie. In sy artikel het hy 'n oproep gedoen tot verdere navorsing oor die fisiese en sielkundige gevolge van die apartheidswette. Die gebruik van die professionele verenigings as mondstukke teen dié ideologie is ook aangemoedig.

Dawes het ook standpunt ingeneem teen 'n politieke stilswye in die sielkundeprofessie en sielkundiges wat hulle nie sterker wou uitspreek teen die gevolge van die apartheidse beleid en die uitwerking daarvan op die geestesgesondheid van al die land se inwoners nie. Outeurs soos Holdstock (1981) en Strümpfer (1981) was na sy mening nie krities genoeg oor die strukturele

samelewingsomstandighede wat bygedra het tot die probleme wat hulle wou probeer oplos nie. Dawes kom tot die gevolgtrekking dat die wetenskaplike en morele waardigheid van die sielkunde onder verdenking geplaas sou word indien daar nie 'n kritiese standpunt teen die apartheidsideologie ingeneem sou word nie.

- \* Die tweede standpunt, wat deur outeurs soos Biesheuvel (1987) verteenwoordig is, was ten gunste van 'n skeiding tussen wetenskap en politiek. Volgens hierdie a-kontekstuele posisie moes die sielkunde onafhanklik van die politieke sfeer funksioneer en as wetenskap politiek neutraal bly. Die kern van die beskouing was geleë in die geloof in die verklarende krag en integriteit van die wetenskaplike teorie en metodologie (Retief, 1989). Wetenskaplike metodes en beginsels soos objektiwiteit, hipotese-toetsing, eksperimentele kontrole en validering moes deurgaans gehandhaaf word. Die sielkunde kon daarvolgens relevant gemaak word deur die gebruik van wetenskaplike metodes om die fundamentele oorsake van politieke en sosiale konflik te bepaal. Ten einde die verklarende krag en integriteit van die sielkundeteorie te beskerm, was dit egter nodig dat die wetenskap van die politieke ideologie geskei moes word (Retief, 1989).

Die verskille tussen dié twee standpunte kon volgens Retief herlei word na metateoretiese verskille oor die aard en rol van die sielkunde en die sosiale wetenskappe in die algemeen. Dawes (1985; 1986) dring aan op die primêre rol van die sosiale en kulturele konteks in die bepaling van wetenskaplike oortuiginge. Hy huldig die standpunt dat 'n objektiewe, waardeevrye wetenskap 'n valse ideologie is. Daarteenoor beklemtoon Biesheuvel (1987) die idee dat die wetenskaplike metodologie waardeevry en objektief is, en die basis vorm vanwaar die onderliggende oorsake van 'n gegewe politieke of sosiale fenomeen geïdentifiseer kan word (Retief, 1989).

'n Derde standpunt is gehuldig deur Mauer (1987) wat gepleit het dat die sielkunde sosiaal meer betrokke moes raak. Relevansie het volgens hom geïmpliseer dat sielkundige navorsing op die dringende samelewingsprobleme van die dag moes fokus. Verder moes sielkundiges prioriteit verleen aan betrokkenheid by beleidmaking en internasionale sake, die soeke na vrede, die hantering van die psigologiese impak van misdaad, geweld en moderne tegnologie, en die voorsiening van gesondheidsdienste.

Hoewel Mauer (1987) hom dus ook oor relevansie in die sielkunde uitlaat, maak hy volgens Retief (1989) nie enige uitsprake oor die status van die sielkundeteorie in die proses nie. Dit wil voorkom of Mauer aanneem dat die sielkunde as dissipline en kenwyse 'n doeltreffende wetenskaplike hulpmiddel kan wees om sosiaal-relevante probleme op te los.

## Die sielkunde en die sosio-politieke konteks in die post-apartheidsera

Hoewel die metateoretiese vraagstukke oor die aard en rol van die sielkunde in 'n post-apartheidsera voortduur, wil dit voorkom of daar algemeen aanvaar word dat 'n relevante sielkunde die sosio-politieke konteks in ag sal moet neem (Rock & Hamber, 1994).

Kriegler (1993) wys daarop dat die sielkundige hindernisse wat deur onderdrukking en rassisme geskep is, afgebreek moet word. Insitusionele rassisme het gelei tot die handhawing van diskriminerende wette en onder andere die blokkering van ekonomiese geleenthede. Die verliese van geliefdes, gevangenisstraf vir politieke andersdenkendes en die verpligte verskuiwing van swartes het bygedra tot die hoë voorkoms van post-traumatische stres en gekompliseerde rouprosesse (Louw, 1995). Gevoelens van magteloosheid, ondergeskiktheid, minderwaardigheid, deprivasie en woede sal waarskynlik nog lank onder 'n deel van die Suid-Afrikaanse bevolking voorkom (Kriegler, 1993).

'n Relevante sielkunde sal egter nie net sensitief moet wees vir die uitwerking van apartheid op die "onderdrukte" nie. Baie wit Suid-Afrikaners was nooit ten gunste van apartheid nie en sommige het skuldgevoelens omdat hulle nie genoeg gedoen het om 'n verandering teweeg te bring nie. Verder is daar baie onsekerhede en vrese by wittes oor hul toekoms in die land (Louw, 1995). Verskeie stresverwante patologiese verskynsels onder die wit bevolking kan ook aan die politieke spanninge en maatskaplike veranderinge in Suid-Afrika gekoppel word (Kriegler, 1988). Die sielkunde sal gevolglik ook die "bevoorregte" wit bevolking moet ondersteun tydens die sosio-ekonomiese en politieke veranderinge. 'n Waardevolle diens kan gelewer word wanneer die trauma van regstellende aksie vir mense 'n realiteit word – en dit geld nie net vir die persoon en sy/haar gesin wat spanning ervaar by die verlies van 'n pos en voorregte nie, maar ook vir die persoon wat spanning ervaar omdat hy/sy moontlik nie opgewasse vir die taak in so 'n pos is nie.

'n Relevante sielkunde kan ook 'n belangrike rol speel op die weg na versoening in Suid-Afrika en onder andere waardevol wees by die werksaamhede van die Waarheids- en Versoeningskommissie (Veldsman, 1996). Baie professionele persone het in opdrag of deur nalatigheid bygedra tot die skepping en instandhouding van die sosiale omstandighede waarin apartheid gefloreer het (Prinsloo, 1997). Dit is daarom ook gepas dat sielkundiges wat moontlik betrokke was by insidente waar menseregte geskend was, of op 'n meer subtiele wyse sielkundige skade of letsels by mense gelaat het, voorleggings aan die Kommissie maak. Verder is dit ook nodig dat sielkundiges wat aktief weerstand teen die apartheidstelsel gebied het, hul insette lewer (Prinsloo, 1997). Daarmee saam is dit van kardinale belang dat die lede van die Kommissie sowel as dié wat getuie is aflu, deur sielkundiges ondersteun word.

Ten einde doeltreffend op nasionale vlak te funksioneer, is dit nodig dat die sielkunde se huis in orde gekry moet word en dat die professionele liggame herposisioneer word (Nell, 1993). In die transformasieproses moet legitieme strukture daargestel word wat vry van enige assosiasie met die apartheidsera is (Prinsloo, 1992). Verder moet hierdie strukture verteenwoordigend van alle sielkundiges wees (Reynolds, 1990), vir die professie kan beding en sielkundige dienste bevorder (Forum on the role and function of psychology, 1993), en ook die belange van die publiek beskerm (Professional Board for Psychology, 1996).

Die verskillende rolspelers is tans aktief besig om te besin oor die toekomstige strukture van die sielkunde in Suid-Afrika. Daar word onder andere oorweging gegee aan vraagstukke rondom lisensiëring, die huidige registrasiekategorieë, statutêre regulering van die Beroepsraad, groter onafhanklikheid vir die professie en die ontwikkeling van 'n etiese kode, asook die verskillende rolle en verantwoordelikhede van die Interim Nasionale Mediese en Tandheelkundige Raad van Suid-Afrika (voorheen SAGTR), die Beroepsraad vir Sielkunde en die "Psychological Society of South Africa" (PsySSA) (Professional Board for Psychology, 1996; Professional Board for Psychology & PsySSA, 1997; Strümpfer, 1993).

Biesheuvel (1991) maak die stelling dat die nagevolge van apartheid 'n merk sal laat op die geestesgesondheidshoudings en motivering van huidige en toekomstige geslagte Suid-Afrikanners. In 'n post-apartheidsera sal 'n relevante sielkunde steeds die sosio-politieke konteks in ag moet neem en sensitief moet wees vir die langtermyngevolge van die apartheidsera, asook vir die groeipyne wat gepaard sal gaan met die ontwikkeling van 'n volwaardige demokrasie.

## **KRUISKULTURELE DIENSLEWERING**

Die debat oor relevansie handel ook oor die wyse waarop die sielkunde kruiskultureel doeltreffender kan wees. Vervolgens sal die standpunte oor die moontlike ontwikkeling van 'n Afrosentriese sielkunde teenoor die behoud van Eurosentriese beginsels bespreek word. Verder sal daar verwys word na die behoefte aan meer sielkundiges uit ander bevolkingsgroepe en die moontlike samewerking met tradisionele genesers.

## Afrosentriese versus Eurosentriese sielkunde

Sommige kenners is van mening dat 'n sielkunde wat relevant in 'n Afrika-konteks wil wees, meer inheems moet wees en op 'n Afrosentriese wêreldbeskouing gebaseer moet word (Viljoen, 1995). 'n Oproep word gevolglik gedoen tot die ontwikkeling van 'n swart sielkunde wat sal poog om 'n konseptuele Afrosentriese model te ontwikkel wat sal lei tot die begrip, verklaring en organisering van die psigososiale gedrag van swartes (Naidoo, 1994). Volgens Bulhan (1985) is 'n Afrosentriese sielkunde nie rasgebaseerd nie, maar 'n wyse van denke en handel wat 'n oorsprong in die geskiedenis, erfenis en konteks van Afrika het. So 'n sielkunde sal in harmonie wees met die wyse waarop die meerderheid swart Suid-Afrikaners gesondheid, siekte, diagnose en behandeling verklaar.

Die hoofstroomsielkunde wat in 'n Eurosentriese waardesisteem gefundeer is, is volgens voorgenoemde standpunt nie kruiskultureel relevant nie. Sielkundiges se kennis en benaderings reflekteer meestal wit, Westerse middelklaswaardes wat baie verskil van die waardes van ander kulturele groepe (Hickson & Kriegler, 1991; Perkel, 1988). 'n Westerse sielkunde word gevolglik as onsensitief teenoor die behoeftes, waardes en houdings van swart Suid-Afrikaners beskou (Hickson & Kriegler, 1991; Holdstock, 1981). Volgens die voorstanders van hierdie standpunt is 'n eerstewêreldsielkunde gevolglik kultureel ontoepaslik en irrelevant vir die derdewêreldkliënte van Afrika.

Die standpunt dat die hoofstroomsielkunde irrelevant is en in die geheel verwerp moet word, is egter deur outeurs soos Louw (1995), Nell (1990), Perkel (1988) en Seedat en Nell (1990) betwis. Volgens Nell (1990) het die standpunt 'n verlamme effek op sielkundiges en laat dit 'n mens kom tot die slotsom dat 'n diens aan die breë gemeenskap of kliënte/pasiënte van ander kulture onmoontlik is. Nell kritiseer ook die oproepe vir die verwerping van die "Westerse model" omdat daar tot op hede geen inhoud aan 'n inheemse sielkunde gegee is nie. Daar bestaan volgens hom ook geen operasionele definisies van inheemse konstrakte nie en verder is daar geen samehangende navorsingsagenda vir die ontwikkeling van 'n inheemse sielkunde nie. Hy voer ook aan dat die pleidooi vir 'n inheemse sielkunde in derdewêreldlande 'n onmoontlike taak is wat berus op 'n fundamentele wanbegrip van die sielkunde en die menslike aard. Louw (1995) stem saam dat dit kortsigtig sal wees om die bydraes van Westers-georiënteerde sielkundiges te verwerp omdat miljoene wit Suid-Afrikaners by die sogenaamde Eurosentriese sielkundige navorsing en dienste kan baat.

In wese hou verskille in die debat oor die ontwikkeling van 'n inheemse sielkunde nou verband met standpunte oor universalisme en kulturele relativisme. Ondersteuners van universalisme sien nie die

nodigheid vir 'n aparte inheemse sielkunde nie, omdat hulle glo dat menslike gedrag in wese nie van mens tot mens verskil nie. Louw (1995) beklemtoon dit dat daar meer ooreenkomste is as verskille tussen die volke van die wêreld, en ook tussen die volke van Suid-Afrika. Hy waarsku teen die gevaar dat die begrip van kulturele uniekheid (wat een van die grondbeginsels van apartheid was) weer die basis kan word om Suid-Afrikaanse sielkundiges te verdeel. Nell (1990) het ook die agenda vir 'n inheemse sielkunde verwerp omdat dit volgens hom tot verdeling van die sielkunde as unitêre dissipline kan lei. Sy standpunt word ondersteun deur Matarazzo (1987, p.893) se siening van "There is only one psychology, no specialities, but many applications".

In teenstelling daarmee beklemtoon outeurs soos Bodibe (1993) kulturele relativisme. Menslike en kulturele diversiteit is volgens hom die kern van die sielkunde, en daarom moet sielkundiges gemaklik wees met die diversiteit van hulle kliënte/pasiënte. Pogings om lede van verskillende kultuurgroepe eners te behandel, sal volgens hom die sielkunde juis irrelevant maak in die bestudering van die mensdom.

In ooreenstemming met Bodibe (1993) se redenasie meen Hanson, Lynch en Wayman (1990) dat wanneer 'n terapeut onbewus is van die kliënt/pasiënt se taal, waardes, norme en wêreldbeskouing, dit 'n negatiewe uitwerking op die behandeling kan hê. Die doeltreffendheid van evaluering en terapie sal derhalwe afneem na die mate waarin kulturele verskille geïgnoreer word, en toeneem na die mate waarin daar opgetree word in ooreenstemming met die gedrag, verwagtinge, en kulturele en etniese agtergrond van die lede van 'n spesifieke kultuur.

In die praktyk is kulturele relativisme en universalisme egter nou vervleg. Daar moet aanvaar word dat mense gelyktydig verskillend en dieselfde is (Swartz, 1991). Die bereiking van 'n meer relevante sielkunde lê daarom waarskynlik nie in die een of die ander nie, maar in die akkommodering van beide standpunte op 'n komplementêre wyse.

Die oplossing lê volgens Louw (1995) gedeeltelik in die aanvaarding van Eurosentriese idees wat 'n toepassingswaarde in Suid-Afrika het. Nell (1990) het dit ook reg as hy meen dat die sielkundeprofessie relevant gemaak kan word, nie deur die noodwendige ontwikkeling van 'n aparte inheemse sielkunde nie, maar deur die aanwending van die universele sielkundige beginsels op die praktiese probleme van die gemeenskappe wat gedien word.

Verder is dit egter ook nodig dat sielkundiges daarna sal strewe om die kundigheid en terapeutiese vaardighede waarmee hulle toegerus is, te transformeer ten einde dit meer relevant vir die behoeftes van die breë bevolking te maak (Perkel, 1988). Alle volke in Suid-Afrika is nie homogeen nie en kulturele

uiteenlopendheid hoef nie ontken te word nie. 'n Relevante sielkunde moet terapeutiese intervensies daarom kruiskultureel bestudeer en daarna strewende om Suid-Afrikaanse bevindings en afleidings te maak (Louw, 1995). Waar nodig, moet terapeutiese intervensie ook aangepas word om dit kruiskultureel doeltreffend te maak (Gobodo, 1990).

### **Die tekort aan sielkundiges uit ander bevolkingsgroepe**

Op die oomblik is daar veral 'n gebrek aan verteenwoordiging van swart sielkundiges in alle areas van die sielkunde (PsySSA's Council, 1996). Dit impliseer ook 'n oneweredige verspreiding van sielkundiges in die lig van die verskillende bevolkingsgroepe (Donald, 1991; Kriegler, 1988). Sielkundiges wat hoofsaaklik in die behoeftes van wit Suid-Afikaners voorsien, is in oorbloed, terwyl aan die behoeftes van ander bevolkingsgroepe, veral dié van die swart bevolking, nie doeltreffend voldoen word nie (Hickson & Kriegler, 1991).

Verskeie redes kan aangevoer word vir die gebrek aan swart sielkundiges. Louw (1995) meld dat die minderwaardige opvoedkundige sisteem wat swartes vir baie jare bedien het, 'n groot invloed gehad het. Die bestaande sisteem vereis voorts ses jaar opleiding voordat 'n sielkundige kan praktiseer. Baie swart studente oorweeg gevolglik nie die kursus nie vanweë die tyds- en finansiële implikasies (Louw, 1995). Die beperkte toelating van studente tot die M-kursus, sowel as die seleksiekriteria wat wit studente voorheen bevoordeel het, het 'n verdere rol gespeel. Volgens Kriegler (1993) vergelyk die sielkunde swak met ander beroepskeuses soos maatskaplike werk waar die opleiding van die eerste jaar af probleemgeoriënteerd is.

Duncan (1996) spreek ook kommer uit oor die onderverteenvoording van swart outeurs in die hoofstroom sielkundige vaktydskrifte. Die meeste navorsing oor kulture in Afrika is hoofsaaklik deur wit sielkundiges gedoen, terwyl baie min navorsing deur swart sielkundiges gedoen is (Abdi, 1975). Swart sielkundiges sal in die toekoms gevolglik 'n belangrike bydrae kan lewer tot sowel navorsing as dienslewering in die Afrika-konteks. Hulle sal waarskynlik ook meer sensitief wees vir die kulturele nuanses van swart kliënte/pasiënte (Gobodo, 1990) en in die algemeen kan bydra tot 'n beter begrip van swart mense.

Wat die vraagstuk oor die ontwikkeling van 'n inheemse sielkunde betref, meld Biesheuvel (1991) dat swart sielkundiges nog verdeeld is oor die vraag of die sielkunde met sy oorsprong in die Griekse wetenskap en filosofie aanvaar kan word, of 'n inheemse sielkunde ontwikkel moet word en of daar eerder na universele beginsels gesoek moet word. Namate daar meer swart sielkundiges opgelei word, sal hulle 'n bydrae kan lewer om hierdie kontroversiële vraagstuk op te los.

Regstellende aksies om swart dosente, studente en verteenwoordigers in alle areas van die sielkunde te plaas, is 'n nodige en onvermydelike proses om 'n meer relevante sielkunde te help ontwikkel. Kriegler (1993) voer aan dat hierdie regstellende aksies nie net as simbolies gesien moet word nie, maar nodige regstellings van vorige ontoepaslike werwing- en keuringsbeleid is.

### Samewerking met tradisionele genesers

Sielkundiges soos Holdstock (1981), Korber (1990) en Louw (1995) is daarvan oortuig dat die tradisionele genesers 'n belangrike rol kan speel in die geestesgesondheid van die swart gemeenskap in die land. Die aanwending van hierdie para-professionele persone kan moontlik 'n goeie alternatief wees om die groot tekort aan geestesgesondheidswerkers aan te vul.

Dit blyk ook dat psigiaters en sielkundiges soos Bührman (1984) en Edwards (1987) wat met tradisionele genesers saamgewerk en hulle tegnieke bestudeer het, 'n empatiese begrip kon ontwikkel vir hul metodes en die genesings wat hulle bewerk. Tradisionele genesers het ook 'n gevestigde geloofwaardigheid en volgehoue invloed in die lewens van die meerderheid swart mense. Aangesien hierdie genesers en hul tegnieke verweef is in die Afrika-kultuur, kan hul vaardighede tot 'n groter mate saam met die vaardighede van ortodokse sielkundiges gebruik word (Hickson & Kriegler, 1991).

Daar was egter vir lank 'n neiging in die Westerse wetenskap om die metodes van die Afrika-genesers te diskrediteer (Korber, 1990; Louw, 1995). Baie professionele sielkundiges wou nie daarmee geassosieer wees nie, en sommige beskou tradisionele genesers steeds as primitief, gevaarlik en 'n struikelblok vir die vestiging van positiewe gesondheidsmaatreëls (Hickson & Kriegler, 1991; Korber, 1990). Wetgewing en professionele liggame het tot onlangs sielkundiges en medici ontmoedig om met para-professionele persone soos die sangoma of toordokter saam te werk (Freeman, 1992; Louw, 1995).

Dit wil egter voorkom of sielkundiges se houding teenoor tradisionele genesers aan die verander is. Fouché (1996) het in sy navorsing gevind dat die meerderheid Suid-Afrikaanse sielkundiges samewerking met tradisionele genesers as belangrik beskou en ook bereid is om hul kliënte/pasiënte na sulke persone te verwys.

Ongeag sielkundiges se standpunte oor samewerking met tradisionele genesers bly dit 'n gegewe dat beide Westerse en nie-Westerse gesondheidsisteme in Suid-Afrika gebruik word. Verder wil dit voorkom of uiteindelijke samewerking onvermydelik is, aangesien die tradisionele gesondheidsisteme nie net gewild is nie, maar ook meer toeganklik vir die swart bevolking (Freeman, 1991; Louw, 1995). Van Rensburg,

Fourie en Pretorius (1992) wys in dié verband daarop dat die verhouding tussen die getal tradisionele genesers en die bevolking 1 : 200 is. Hierdie is 'n baie gunstiger ratio as die geneesheer-populasie-ratio van 7,4 : 10 000. Volgens die Psychological Association of South Africa (PASA) (1989) is die verhouding tussen sielkundiges en die wit populasie ongeveer 43 : 100 000 en tussen sielkundiges en die totale bevolking ongeveer 8,3 : 100 000. Samewerking tussen tradisionele genesers en sielkundiges hou ook die verdere voordeel in dat die professies meer van mekaar se suksesse en mislukkings kan leer (Vogelman, 1990).

'n Knelpunt in die gesprek oor samewerking en die herstrukturering van die geestesgesondheidssteme is die vraag of daar 'n integrasie van verskillende benaderings behoort te wees, of blote samewerking tussen die ondersteuners van die twee benaderings (Korber, 1990). Lifschitz (1989) is ten gunste van 'n geïntegreerde of "hibriede" benadering waar praktisyns kennis uit Afrika- sowel as Westerse benaderings onttrek. Ander praktisyns is weer ten gunste van samewerking tussen die professies, en die erkenning van die meriete van beide benaderings (Holdstock, 1979; Edwards, 1986; Korber, 1990). Outeurs soos Holdstock (1979) is ten gunste daarvan dat inheemse genesers en tegnieke in die geïnstitutionaliseerde gesondheidssteme geakkommodeer word. Samewerking sal volgens hom 'n herstrukturering van die geestesgesondheidssteme impliseer.

Tot op hede is die vraagstuk nog nie voldoende bespreek nie en dit is moeilik om te voorspel wat die aard van uiteindelijke samewerking presies sal wees. Die implikasies van samewerking vir die geestesgesondheidssteme van die land sal ook eers duidelik word nadat omvattende konsultasies tussen tradisionele en Westerse genesers, die betrokke regeringsdepartemente, verbruikers en ander rolspelers plaasgevind het (Korber, 1990).

Ten opsigte van die herstrukturering van die geestesgesondheidssteme word die model wat in Zimbabwe gevolg is, as moontlikheid voorgelê (Korber, 1990; Louw, 1995). In daardie model het tradisionele genesers 'n professionele vereniging (ZANATHA) en kan hulle saam met Westerse medici by 'n regeringsraad registreer. Daardeur word 'n gelyke status verseker en 'n goeie samewerkingsverhouding tussen die twee groepe bevorder.

Ten spyte van die feit dat daar nog baie vrae en onduidelikhede is oor die wyse waarop tradisionele genesers geakkommodeer moet word, kan aanvaar word dat samewerking en/of inkorporering in die afsienbare toekoms 'n realiteit sal wees. Die enigste vraag in hierdie stadium is hoe en wanneer dit sal geskied.

## **GEMEENSKAPSGEORIËNTEERDE DIENSLEWERING**

Ondersteuners van gemeenskapsgeoriënteerde dienslewering meen dat 'n relevante sielkunde dienste aan die breë gemeenskap moet lewer. Dit impliseer onder andere dat die dienste meer toeganklik moet wees en dat sielkundige dienste beter bemark moet word.

### **Sielkundige dienste vir die breë gemeenskap**

Uit die literatuur is dit duidelik dat 'n relevante sielkunde dienste na die breë Suid-Afrikaanse gemeenskap sal moet uitbrei (Donald, 1984; Louw, 1995; Rock & Hamber, 1994). Vir outeurs soos Vogelman, Perkel en Strebel (1992) is dit egter belangrik dat dié gemeenskap eers gedefinieer word voordat 'n relevante sielkunde 'n invloed daarop kan hê. Biesheuvel (1991) wys daarop dat sielkundiges soms vaag is oor wie met die "gemeenskap" bedoel word. Dit is nie altyd seker watter kategorieë mense bedoel word nie en of hulle byvoorbeeld wit, swart, Kleurlinge of Indiërs is, en of hulle van die middelklas, werkersklas, landelik of stedelik, en of hulle polities bevoorreg of onderdruk is nie (Biesheuvel, 1991; Vogelman et al., 1992). Ongeag die definisie van die gemeenskap sal 'n relevante gemeenskapsgeoriënteerde sielkunde uiteindelik in die behoeftes van alle groepe mense in die land moet voorsien (Lazarus, 1988).

Perkel (1988) redeneer dat die soeke na 'n meer relevante gemeenskapsielkunde impliseer dat die hoofstroomsielkunde nie die gemeenskap dien nie. Hy wys egter daarop dat die hoofstroomsielkunde, wat tot op hede hoofsaaklik op die individuele en gesinsprobleme van die wit middelklas ingestel was, wel die behoeftes van 'n spesifieke gemeenskap gedien het. Dit is egter nodig dat hierdie definisie van die gemeenskap verbreed word sodat die hoofstroomsielkunde vir die gemeenskap in die geheel relevant word.

Onderliggend aan die oproep om meer gemeenskapsgeoriënteerde dienslewering is die mening dat een-tot-een-intervensie nie voldoende is om die omvang van die behoeftes van die totale Suid-Afrikaanse bevolking aan te spreek nie (Kriegler, 1988; Hickson & Kriegler, 1991). Louw, Edwards en Mann (1993) voer aan dat individuele terapie wat oor weke en selfs jare strek, 'n luukse is wat min mense bereik. Die waarde van een-tot-een-konsultasie kan volgens hulle nie ontken word nie, maar aanvullend daartoe sal behandelingsmetodes ontwikkel moet word wat op 'n groter skaal doeltreffend kan wees.

Sielkundige dienste was tot op hede kuratief van aard en dit is nodig dat dit aangevul word deur voorkomende benaderings om in die behoeftes van die breë gemeenskap te voorsien (Taskforce on the future of psychology, 1991). Die klem op voorkomingsintervensie en betrokkenheid op voetsoolvlak sal sielkundige dienste ook meer toeganklik en sigbaar maak (Louw, 1990).

### Meer toeganklike dienslewering

Probleme met vervoer, groot afstande en onbekostigbare dienste maak dit vir baie lede van die breë bevolking moeilik om sielkundiges te besoek (Forum on the role and function of psychology, 1993; Rock & Hamber, 1994). Die strewe na relevansie in die sielkunde sal ook hindernisse soos hierdie moet oorkom.

Dit blyk dat geestesgesondheidsdienste in Suid-Afrika hoofsaaklik in die stedelike gebiede saamgetrek is, met die gevolg dat landelike gemeenskappe beperkte toegang tot geestesgesondheidsorg het. In 'n onlangse ondersoek deur Pillay en Petersen (1996) het 80 persent van die kliniese en voorligtingsielkundiges aangedui dat hulle uitsluitlik in stedelike gebiede werk. Slegs 10,6% het aangetoon dat hulle uitsluitlik in landelike gebiede werksaam is.

Louw (1995) stel in dié verband voor dat klinieke in gemeenskappe opgerig word sodat toegang tot sielkundiges vergemaklik kan word. Dit impliseer egter dat sielkundiges van tyd tot tyd hul spreekkamers sal moet verlaat om dienste te lewer waar dit benodig word. Louw is ook ten gunste daarvan dat sielkundiges 'n deel van hul tyd afstaan (bv. een dag elke twee weke) ter wille van die opheffing en ondersteuning van die gemeenskap.

Die deelname van sielkundiges en finalejaarstudente aan die Phelophepa-treinprojek is so 'n poging om sielkundige dienste na die landelike gemeenskap te neem. Ooreenkomstig die spesifieke behoeftes van 'n gemeenskap word psigo-opleidingsessies gehou en onderwerpe soos luistervaardighede, drank- en dwelmprobleme, beroepsvoorligting of ander probleme aangespreek. Hierdie projek is ook in pas met die beleid van die Departement van Gesondheid waarvolgens die klem op primêre gesondheidsorg geplaas word (Hall & Burrows, 1996).

Toegang tot sielkundige dienste word beperk deur die onbekostigbaarheid daarvan vir baie Suid-Afrikaners (Pillay & Petersen, 1996; Rock & Hamber, 1994). Ongeveer 80 persent van die land se bevolking moet hierdie dienste ontbeer omdat hulle nie lede van mediese skemas is nie (Freeman, 1991; Rock & Hamber, 1994). Verder maak mediese skemas dikwels nie voldoende voorsiening vir die betaling van sielkundige dienste nie, met die gevolg dat sulke dienste vir sekere pasiënte te duur is (Louw, 1995).

Louw is verder daarvan oortuig dat gesondheidsorg 'n basiese menslike reg moet wees. Gevolglik propageer hy die ontwikkeling van 'n sisteem waarin sielkundige dienste, parallel aan die sisteem van privaat praktisyns, teen 'n minimum tarief of selfs kosteloos gelewer word aan mense wat dit nie kan bekostig nie. Dit impliseer egter dat daar meer voltydse en/of deelydse poste vir sielkundiges in die staatsdiens geskep moet word (Freeman, 1991).

### **Die bemerking van sielkundige dienste**

Die sielkundeprofessie moet meer sigbaar gemaak word buite die grense van die wit middelklassektor (Kriegler, 1988; Hickson & Kriegler, 1991; Wood, 1994). Baie lede van die gemeenskap het min ondervinding van sielkundige dienste en is onseker oor wat sulke dienste hulle kan bied (Berger & Lazarus, 1987; Forum on the role and function of psychology, 1993). Die onderskeie registrasiekategorieë is ook vaag, onduidelik en swak gedefinieerd, met die gevolg dat dit baie verwarring by die publiek skep (Hickson & Kriegler, 1991). Dit is gevolglik belangrik dat die rol van sielkundiges en die waarde van sielkundige dienste aan die gemeenskap gekommunikeer word (Forum on the role and function of psychology, 1993).

Schlapelo en Terre Blanche (1996) wys daarop dat psigometriese evaluering meer Suid-Afrikaners raak as enige ander vertakking van die sielkunde. Sielkundige toetse word in die bedryf dikwels vir keuringsdoeleindes gebruik en bepaal wie toegang tot ekonomiese en opvoedkundige geleenthede kry. Werkers, lede van vakbonde en selfs personeelpraktisyns het egter nie altyd vertrou in psigometriese toetse nie en bevraagteken onder andere die geldigheid daarvan. Baie voer ook aan dat die psigometrie kultuursydig en rassisties is. Schlapelo en Terre Blanche gaan gevolglik van die standpunt uit dat die transformasie van psigometriese toetsing 'n noodsaaklike deel van die proses is om relevansie in die sielkunde te bereik. Die transformasie van psigometriese evaluasie sal nie net lei tot billiker arbeidspraktyke nie, maar sal ook die beeld van die sielkunde by baie Suid-Afrikaners kan verbeter.

Dit blyk dat die professionele liggame op die gebied van die sielkunde meestal onsuksesvol was in hul pogings om die beeld van die professie te bevorder (Taskforce on the future of psychology, 1991). 'n Nasionale veldtog moet onderneem word om die publiek meer bewus te maak van geestesgesondheid en spesifiek van die funksies van die sielkundeberoep (Rock & Hamber, 1994). Verder moet sielkundiges hulself posisioneer en insette lewer by die beplanning en implementering van die Heropbou- en Ontwikkelingsprogramme. Kreatiewe strategieë behoort ontwikkel te word om die professie te bevorder

deur middel van televisie, radio en die gedrukte media. Sielkundiges beskik inderdaad oor 'n groot verskeidenheid van vaardighede wat in verskillende sektore aangewend kan word. Ten einde meer sigbaar te word, moet hulle goed verteenwoordig wees op forums en vergaderings van regeringsdepartemente, gemeenskapsorganisasies, nie-regeringsorganisasies en ander potensiële kliënte/pasiënte (Rock & Hamber, 1994). Die bemerking van privaat praktisyns se dienste deur middel van advertensie is ook 'n goeie metode om die gemeenskap van sielkundige dienste bewus te maak (Taskforce on the future of psychology, 1991).

## **ENKELE IMPLIKASIES VIR OPLEIDING**

Die verskillende standpunte en voorstelle oor die wyse waarop die sielkunde in Suid-Afrika meer relevant kan word, het noodwendig implikasies vir die opleiding van sielkundiges.

Dawes (1985) wys daarop dat die sielkunde nie meer aangebied kan word asof dit in 'n sosio-politieke vakuum geskied nie. Studente wat 'n begrip vir lede van die Suid-Afrikaanse gemeenskap wil ontwikkel, moet bewus wees van die rol wat rassisme en onderdrukking op die land se inwoners gehad het. Rock en Hamber (1994) beveel ook aan dat die invloed van die politieke konteks reeds op voorgraadse vlak by sielkunde-kursusse ingesluit word.

Verder is dit nodig om meer studente op te lei wat kruiskultureel sensitief is en oor die nodige kennis en vaardighede beskik om kruiskulturele dienste te lewer (Hickson & Kriegler, 1991). Dit is daarom belangrik dat die kurrikulum die Afrika-konteks in ag neem (Dawes, 1986) en dat die bydraes wat die antropologie kan lewer, ingesluit word (Kitching, 1991). Studente moet in die swart kultuur- en wêreldbeskouing onderrig word en verkieslik ook 'n inheemse taal aanleer (Holdstock, 1981; Pillay & Petersen, 1996). Verder moet hulle opgelei word om kommunikasie tussen rassegroepe te bevorder en 'n empatiese begrip vir mekaar te ontwikkel. Namate studente 'n kruiskulturele sensitiwiteit ontwikkel, sal hulle met omsigtigheid Eurosentriese hoofstroomkonsepte en tegnieke op nie-Westerse kliënte/pasiënte toepas (Abdi, 1975) en waar nodig hul intervensies aanpas om kruiskultureel doeltreffend te wees.

Dit is nodig dat daar tydens opleiding voldoende geleentheid moet wees vir studente om voorkomende en gemeenskapswerk te doen. Studente kan betrek word by bestaande en nuwe gemeenskapsgebaseerde strukture waar geestesgesondheid bevorder kan word (Kriegler, 1988; Vogelmann et al., 1992). Dit sal

egter ook beteken dat meer geestesgesondheidsposte by gemeenskapsentrums en in psigiatriese en algemene hospitale geskep moet word.

Kriegler (1988; 1993) voer aan dat opleiers 'n belangrike rol kan speel in die bemarking van die professionele rolle van sielkundiges. Volgens haar is dit ook deel van hul verantwoordelikheid om beroepsgeleenthede vir hul gegradueerdes in die privaat en publieke sektor te beding. Opleidingsinstansies moet derhalwe 'n vennootskapsverhouding met welsynsorganisasies, kerke, skole, gemeenskapsliggame, staatsdepartemente en die privaatsektor ontwikkel wat geleenthede vir diensondervinding in die gemeenskap vir hul studente sal skep. Konsultasie met die gemeenskappe en werkgewers, sowel as die dienste wat deur die studente gelewer word, sal die rol van die sielkunde meer sigbaar in die gemeenskap maak en terselfdertyd die beeld van dié dissipline onder die totale Suid-Afrikaanse bevolking bevorder.

Daar bestaan konsensus onder lede van die professie dat die opleiding van swart, Indiër- en Kleurlingsielkundiges 'n hoë prioriteit in Suid-Afrika moet geniet (Donald, 1991; Hickson & Kriegler 1991; Kriegler, 1988; Rock & Hamber, 1994). Dit impliseer dat die seleksiekriteria en werwingstrategieë gewysig moet word, sodat die rassesamestelling van nagraadse groepe verteenwoordigend van die totale bevolking kan wees. Verder beteken doeltreffende regstellende aksie dat studente wat voorheen benadeel was, aktief met behulp van akademiese ondersteuningsprogramme in hul ontwikkeling bygestaan word (Rock & Hamber, 1994).

Hoewel baie universiteite reeds begin het om die tekort aan swart sielkundiges deur regstellende aksie aan te spreek, wys Louw (1995) daarop dat dit nie voldoende sal wees om die leemte in die afsienbare toekoms te vul nie. Dit sal veral vanuit 'n finansiële en mannekragoorweging nie moontlik wees om genoeg professionele sielkundiges op te lei om in die behoeftes van al die mense in Suid-Afrika te voorsien nie.

Een moontlike oplossing vir die probleem is die opleiding van groot getalle geestesgesondheidswerkers of middelvlaksielkundiges (Donald, 1991; Sharratt, 1989). Sulke geestesgesondheidswerkers of middelvlaksielkundiges kan in 'n korter tyd teen 'n laer koste deur middel van alternatiewe opleidingsmodelle markgereed gemaak word (Hickson & Kriegler, 1991).

As deel van die transformasieproses oorweeg die Beroepsraad vir Sielkunde en PsySSA tans verskillende opsies met betrekking tot die vestiging van sielkundiges op verskillende vlakke (Professional Board for Psychology & PsySSA, 1997). Die voorgestelde vlakke is die van **sielkundige** – bedoel vir sowel generaliste as spesialiste – **sielkundige voorligter** en **helper**. Die vlakke sal van mekaar onderskei kan

word volgens die kompleksiteit van besluite wat geneem mag word en die omvang van intervensie wat hanteer kan word (Professional Board for Psychology & PsySSA, 1997).

Kritiek wat 'n geruime tyd reeds teen sodanige voorstelle ingebring word, is dat die skep van sulke kategorieë kan lei tot 'n verlaging in standarde en die status van die sielkundeberoep in die algemeen. Dit kan ook verwarring by die publiek tot gevolg hê (Donald 1991; Louw, 1995). Ten spyte daarvan kan die opleiding van sielkunde-werkers op verskillende vlakke 'n praktiese beginpunt wees in die proses om die tekort aan sielkundiges uit te wis. Die bydrae van sulke werkers kan sielkundige dienste toegankliker vir die breë bevolking maak en ook dienste binne die bereik bring van mense wat nie die finansiële vermoëns het om daarvoor te betaal nie (Rock & Hamber, 1994).

Praktisering binne 'n raamwerk van vlakke sal nie net implikasies vir registrasie inhou nie, maar ook vereis dat opleiding in die sielkunde aangepas moet word. Kriegler (1993) wys in dié verband daarop dat duisende studente 'n baccalaureusgraad in sielkunde verwerf, maar daarna geen bruikbare geestesgesondheidsdienste mag lewer nie. Dit is volgens haar 'n onnodige verkwisting. Weens die huidige seleksieproses is daar ook geen waarborg dat studente wat 'n loopbaan in die sielkunde kies ooit hul doel sal bereik nie, selfs wanneer hulle die nodige voorgraadse en honneursgraadstudie voltooi het (Forum on the role and function of psychology, 1993). Honderde aspirant-sielkundiges wat nie aan die einde van hul honneursjaar vir verdere studie gekeur word nie, mis die geleentheid om verder te vorder of as professionele sielkundiges te praktiseer. Sulke afgestudeerdes moet gewoonlik werk in ander beroepsrigtings vind. Verder het hul opleiding hulle dikwels nie in staat gestel om hul sielkundekennis in verskillende kontekste toe te pas nie, sodat dit vir hulle van min praktiese waarde is (Rock & Hamber, 1994). Die aanvaarding van die voorstelle oor verskillende vlakke in die sielkunde-praktyk sal van opleiers vereis om praktiese vaardighede by studente te ontwikkel sodat hulle na afloop van hul kursusse op professionele vlakke sal kan praktiseer.

Nog 'n vraag is of spesialisasie in die sielkundeberoep vroeër of eers later in die opleiding moet geskied. Die opsie van vroeë spesialisasie impliseer dat studente vanaf hul eerste graad (B.Psig. met internskap) sal kan spesialiseer tot en met 'n D.Psig.-graad met internskap. Daarteenoor impliseer latere spesialisasie 'n algemene B.-graad en spesialisasie vanaf die honneursgraad met internskap tot 'n D.Psig.-graad met 'n internskap (Professional Board for Psychology & PsySSA, 1997).

Dit is tans nog nie duidelik wat die implikasies van voorstelle rakende die Nasionale Kwali-fikasieraamwerk en die toetrede van ander rolspelers soos teknikons op die sielkunde-professie sal wees nie. Die aanvaarding van hierdie voorstelle sal egter ingrypende veranderinge in die opleiding vir en

praktisering in die sielkundeberoep in Suid-Afrika teweegbring (Kanjee, 1996; Professional Board for Psychology & PsySSA, 1997).

Die geleidelike instelling van verpligte voortgesette opleiding word tans deur die Beroepsraad vir Sielkunde en PsySSA oorweeg. Tot op hede was sielkundiges self verantwoordelik vir hul voortgesette opleiding deur die bywoning van onder andere konferensies en werkwinkels, en supervisie. Indien verpligte voortgesette opleiding aanvaar word, sal Suid-Afrikaanse sielkundiges in die toekoms slegs kan herregistreer indien hulle binne 'n spesifieke tydperk voldoende kredietpunte verwerf het (Fouché, 1996; Professional Board for Psychology & PsySSA, 1997).

Daar bestaan tans ook nog nie duidelikheid of sielkundiges deur wetgewing verplig sal word om soos die medici 'n jaar gemeenskapsdiens na hul opleiding te verrig nie. In Julie 1996 het 'n komitee van die Beroepsraad vir Sielkunde aangedui dat hulle die voorstel steun van 'n addisionele tydperk van nagraadse opleiding voordat sielkundiges vir privaat praktyk registreer ("Postgraduate training for independent practice", 1997). Hoewel geen finaliteit nog oor die aangeleentheid bereik is nie, kan aanvaar word dat die moontlikheid goed is dat sielkundiges ook gemeenskapsdiens sal moet verrig. Of dit as deel van hul praktiese opleiding beskou sal word, is egter nog nie seker nie.

## **SAMEVATTENDE GEVOLGTREKKINGS**

In hierdie artikel is daar gepoog om 'n oorsig van die debat oor relevansie in die Suid-Afrikaanse sielkunde te gee. Dit het geblyk dat daar wyd uiteenlopende menings bestaan oor die wyses waarop dit deur die sielkunde-professie bereik kan word. Die volgende samevattende gevolgtrekkings kan gemaak word.

- \* 'n Relevante sielkunde moet die sosio-politieke situasie in Suid-Afrika in ag neem en aan dringende probleme in die samelewing aandag skenk. Prioriteit moet onder andere verleen word aan die betrokkenheid van sielkundiges by beleidmaking en internasionale sake, die verwerking van die impak van geweldpleging en misdaad, en die bewerking van versoening tussen Suid-Afrikaners. Verder kan sielkundiges help om verligting te bring by mense wat steeds die sielkundige letsels van die apartheidsbewind dra en ook ondersteunend wees tot die sosio-politieke veranderinge wat nodig sal wees om 'n volwaardige demokrasie te vestig.

- \* Dit is ook nodig dat die professionele strukture van die sielkunde herposisioneer word sodat daar nie meer assosiasies met apartheid sal bestaan nie. Die strukture moet verteenwoordigend van alle sielkundiges wees, sielkundige dienslewering uitbrei en ook die belange van die publiek bevorder.
- \* Daar is ook 'n behoefte aan 'n meer inheemse sielkunde wat in die Afrika-konteks relevant sal wees. Universele beginsels in die sielkunde moet geïdentifiseer en gebruik word om individue en die gemeenskap met probleemoplossing by te staan. Kulturele diversiteit is egter 'n realiteit en waar nodig moet Westerse modelle aangepas word met die oog op doeltreffendheid in kruiskulturele situasies.
- \* 'n Relevante sielkundeprofessie sal ook nouer met nie-Westerse professies soos tradisionele genesers moet saamwerk.
- \* Hoewel die sielkundeprofessie reeds 'n belangrike rol speel in die geestesgesondheid van veral wit Suid-Afrikaners, lê die uitdaging daarin om dit meer relevant vir die breë Suid-Afrikaanse bevolking te maak. Sielkundige dienslewering sal 'n meer voorkomende rol moet vervul en ook toegankliker vir almal moet word.
- \* Dit is opmerklik dat die debat oor relevansie hoofsaaklik deur wit sielkundiges gevoer word. Die insette van nie-Westerse sielkundiges, sowel as die menings van die breë Suid-Afrikaanse gemeenskap, is daarom absoluut noodsaaklik om 'n meer relevante sielkundeberoep daar te stel.
- \* Dringende navorsing is nodig sodat resultate wat verteenwoordigend van die Suid-Afrikaanse populasie is, gerapporteer kan word. Sodoende sal daar verseker word dat die pogings om meer relevante dienste te lewer eties en wetenskaplik verantwoordbaar is.
- \* Relevansie hou noodwendig belangrike implikasies in vir die opleidingsdoelwitte van sielkunde-departemente aan die onderskeie universiteite. Dit is daarom nodig dat die opleiding en die kurrikulum van sielkundiges herevalueer word en waar nodig aangepas word om te verseker dat sielkundiges relevant en toepaslik vir die praktyk voorberei word. Die kurrikulum moet sensitief wees vir die sosio-politieke asook die Afrika-konteks. Verder kan kundiges in die antropologie waardevolle bydraes lewer in die kruiskulturele opleiding van sielkundiges.
- \* Relevante opleiding sal onder andere ook moet fokus op voorkomende gemeenskapsgerigte dienslewering. Opleiers en studente wat met gemeenskapsleiers en werkgewers konsulteer en

dienste lewer, kan 'n belangrike rol speel in die bemerking en bevordering van die beeld van die sielkunde in die Suid-Afrikaanse gemeenskap.

- \* Dit is ook noodsaaklik dat meer nie-Westerse sielkundiges opgelei word, terwyl die opleiding en praktisering van persone volgens verskillende vlakke in die sielkunde sal bydra om die tekort aan geestesgesondheidswerkers in Suid-Afrika uit te wis.
- \* Daar sal spoedig duidelikheid gekry moet word oor die formaat wat sielkunde-opleiding in die toekoms gaan aanneem. Dit kan egter eers bewerkstellig word nadat voorstelle oor onder andere vroeëre of latere spesialisasie, 'n Nasionale Kwalifikasieraamwerk, verpligte voortgesette opleiding en die moontlikheid van 'n jaar gemeenskapsdiens vir sielkundiges aanvaar en geïmplementeer is.

Relevansie impliseer dat die sielkunde toepassingsvelde in Suid-Afrika moet vind en aan die fundamentele behoeftes van die gemeenskap moet voldoen. Die verwesenliking van hierdie strewes is egter in die praktyk nie so eenvoudig nie, veral as daar in ag geneem word dat die sielkundeberoep nêrens elders in Afrika in so 'n onderneming geslaag het nie (Dawes, 1986; Kriegler, 1993). Abdi (1975) verduidelik in dié verband dat die begrip *sielkunde*, sowel as die metodes en teorieë wat daarmee gepaard gaan, vir die denke van Afrikane vreemd is. Baie opgeleide swart sielkundiges is in die res van Afrika in beroepe werkzaam wat nie met hul sielkunde-opleiding verband hou nie. In Suid-Afrika het onlangse pogings deur sielkundiges om byvoorbeeld ondersteunend tot die Waarheids- en Versoeningskommissie te funksioneer min vrugte afgewerp (Webster, 1997), terwyl die bydrae wat sielkundiges tot die Phelophepa-treinprojek kan lewer, ernstig bevraagteken word (Hall, 1997). Die debat oor relevansie handel dus in wese ook oor die voortbestaan van die sielkunde-professie in Afrika.

Kriegler (1988) maak die stelling dat die geestesgesondheid van die land se inwoners en die toekoms van die sielkunde interafhanklik is. Die Beroepsraad vir Sielkunde en PsySSA is tans aktief besig met inisiatiewe om die sielkundeberoep te herstruktureer en te herposisioneer. In die lig daarvan is die navorser daarvan oortuig dat sielkundiges op innoverende en dinamiese wyse daarin kan slaag om die struikelblokke te oorkom en 'n relevante professie te bou. Met die nodige aanpassings kan opleidingsinstansies sielkundiges toepaslik voorberei vir die uitdagings en eise van die praktyk. Dit sal in die volgende millennium verseker dat die sielkunde-professie 'n relevante en onmisbare deel van die geestesgesondheidstelsel word wat bydraes kan lewer om die geestesgesondheid van alle Suid-Afrikanners te bevorder.

## BRONNELYS

- Abdi, Y.O. (1975). The problems and prospects of psychology in Africa. *International Journal of Psychology*, **10**, 227-234.
- Berger, S. & Lazarus, S. (1987). The views of community organisers on the relevance of psychological practice in South Africa. *Psychology in Society*, **7**, 6-23.
- Biesheuvel, S. (1987). Psychology: Science and politics. Theoretical developments and applications in a plural society. *South African Journal of Psychology*, **17**, 1-8.
- Biesheuvel, S. (1991). Neutrality, relevance and accountability in psychological research and practice in South Africa. *South African Journal of Psychology*, **21**, 131-140.
- Bodibe, R.C. (1993). What is the truth? Being more than a jesting Pilate in South African psychology. *South African Journal of Psychology*, **23**, 53-58.
- Bulhan, H.A. (1985). *Frantz Fanon and the psychology of oppression*. New York: Plenum Press.
- Bührman, M.V. (1984). *Living in two worlds*. Cape Town: Human & Rousseau.
- Dawes, A. (1985). Politics and mental health: The position of clinical psychology in South Africa. *South African Journal of Psychology*, **15**, 55-61.
- Dawes, A.R.L. (1986). The notion of relevant psychology with particular reference to Africanist pragmatic initiatives. *Psychology in Society*, **5**, 28-48.
- Dawes, A. (1992). Mental health in South Africa. Review of the Report by the Council Committee on Mental Health for the Psychological Association of South Africa. *South African Journal of Psychology*, **22**, 29-33.
- Donald, D. (1984). Key issues in the development of applied educational psychology in contemporary South African context. *South African Journal of Psychology*, **14**, 29-33.
- Donald, D.R. (1991). Training needs in educational psychology for South African social and educational conditions. *South African Journal of Psychology*, **21**, 38-44.
- Duncan, N. (1996). Call for Submissions: Black Scholarship in South Africa. *Psychology in South Africa: Newsletter of the Psychological Society of South Africa*, **3**, 7.
- Edwards, S.D. (1986). Traditional and modern medicine in South Africa: A research study. *Social Science and Medicine*, **22**, 1273-1276.
- Edwards, S.D. (1987). The Isangoma and Zulu customs. *University of Zululand Journal of Psychology*, **3**, 43-48.

- Forum on the role and function of psychology. (1993, 2-4 September). *Summary of issues emanating from the Forum on the role and function of psychology*, Johannesburg.
- Fouché, J.B. (1996). *Akademiese sielkunde in Suid-Afrika: 'n Kritiese situasie-analise*. Ongepubliseerde doktorsale proefskrif, Universiteit van die Oranje-Vrystaat, Bloemfontein.
- Freeman, M. (1991). Mental health for all - Moving beyond rhetoric. *South African Journal of Psychology*, **21**, 141-147.
- Freeman, M. (1992). Negotiating the future of traditional healers in SA - Differences and difficulties. *Critical Health*, **40**, 64-69.
- Gobodo, P. (1990). Notions about culture in understanding black psychopathology: Are we trying to raise the dead? *South African Journal of Psychology*, **20**, 93-98.
- Hall, B. (1997). Phelophepa needs you. *Psychology in South Africa: A Newsletter of the Psychological Society of South Africa*, **3**, 8.
- Hall, B. & Burrows, S. (1996). Psychology on the primary health care train. *Psychology in South Africa: Newsletter of the Psychological Society of South Africa*, **3**, 7.
- Hanson, M.J., Lynch, E.W. & Wayman, K.I. (1990). Honoring the cultural diversity of families when gathering data. *Topics in Early Childhood Special Education*, **10**, 112-131.
- Hickson, J. & Kriegler, S. (1991). The mission and role of psychology in a traumatised and changing society: The case of South Africa. *International Journal of Psychology*, **26**, 783-793.
- Holdstock, T.L. (1979). Indigenous healing in South Africa - A neglected potential. *South African Journal of Psychology*, **9**, 118-124.
- Holdstock, T.L. (1981). Psychology in South Africa belongs to the colonial era. Arrogance or ignorance? *South African Journal of Psychology*, **11**, 123-129.
- Kanjee, A. (1996). The National Qualifications Framework: Implications for psychology. *Psychology in South Africa: Newsletter of the Psychological Society of South Africa*, **3**, 20-21.
- Kitching, J.S. (1991). *Enkele probleme met betrekking tot die verskaffing van kruiskulturele sielkundige en psigiatriese dienste in Botshabelo - 'n Antropologiese perspektief*. Ongepubliseerde magisterverhandeling, Universiteit van die Oranje-Vrystaat, Bloemfontein.
- Korber, I. (1990). Indigenous healers in a future mental health system: A case for cooperation. *Psychology in Society*, **14**, 47-62.
- Kriegler, S.M. (1988). Opleiding van opvoedkundige sielkundiges vir die bevordering van geestesgesondheid in Suid-Afrika. *Suid-Afrikaanse Tydskrif vir Sielkunde*, **18**, 84-90.

- Kriegler, S.M. (1993). Options and directions for psychology within a framework for mental health services in South Africa. *South African Journal of Psychology*, **23**, 64-70.
- Lazarus, S. (1988). *The role of the psychologist in South African society: In search of an appropriate community psychology*. Unpublished doctoral thesis, University of Cape Town, Cape Town.
- Lifschitz, S. (1989). The story of the cave or finding ways to create psychotherapeutic contexts with black clients. In J.B. Mason & J. Rubenstein (Eds). *Family therapy in South Africa today* (pp.46-50). Congella: South African Institute of Marital and Family Therapy.
- Louw, D.A. (1995). Psychology in South Africa: Old problems and new challenges. *World Psychology*, **1**, 69-82.
- Louw, D., Edwards, D. & Mann, J. (1993). Psychology as science and profession. In D.A. Louw & D.J.A. Edwards (Eds). *Psychology: An introduction for students in Southern Africa* (pp.1-56). Johannesburg: Lexicon.
- Louw, J. (1990). *Wanting to rule and own, or to live like shy deer. The dilemmas of a profession*. Paper presented at the conference of the Psychological Association of South Africa, Port Elizabeth.
- Matarazzo, J.D. (1987). There is only one psychology, no specialities, but many applications. *American Psychologist*, **42**, 893-903.
- Mauer, K.F. (1987). Leporello is on his knees. In search of relevance in South African psychology. *South African Journal of Psychology*, **17**, 83-92.
- Naidoo, A.V. (1994, 27 January). *Challenging the hegemony of Eurocentric psychology*. Paper presented at the Psychology and Societal Transformation Conference, University of the Western Cape, Bellville.
- Nell, V. (1990). One world, one psychology: "Relevance" and ethnopsychology. *South African Journal of Psychology*, **20**, 129-140.
- Nell, V. (1993, September). *The road to an emancipatory psychology in South Africa*. Forum on the role and function of psychology in a new South Africa, Johannesburg.
- Perkel, A.K. (1988). Towards a model for a South African clinical psychology. *Psychology in Society*, **10**, 53-75.
- Peterson, D.R. (1995). The reflective educator. *American Psychologist*, **50**, 975-983.
- Pillay, Y.G. & Petersen, I. (1996). Current practice patterns of clinical and counselling psychologists and their attitudes to transforming mental health policies in South Africa. *South African Journal of Psychology*, **26**, 76-80.
- Postgraduate training for independant practice. (1997). *Psychology in South Africa: Newsletter of the Psychological Society of South Africa*, **1**, 7.

- Prinsloo, R.C. (1992). The rhetorical reconstruction of psychology in South Africa today. *Psychology Quarterly*, *2*, 36-46.
- Prinsloo, R. (1997). Focus on the Truth and Reconciliation Commission. *Psychology in South Africa: Newsletter of the Psychological Society of South Africa*, *1*, 5.
- Professional Board for Psychology. (1996, October). *Submission to the Consultative Committee of the Interim National Medical and Dental Council on the future structure of psychology in South Africa*, Pretoria.
- Professional Board for Psychology & Psychological Society of South Africa (PsySSA). (1997, August). *Draft policy on roles, licencing/registration, training and education within the professional field of psychology*, Pretoria.
- Psychological Association of South Africa (PASA). (1989). *Mental health in South Africa*. Pretoria: PASA.
- PsySSA's Council. (1996). Increasing diversity in South African psychology. *Psychology in South Africa: Newsletter of the Psychological Society of South Africa*, *3*, 20-21.
- Retief, A. (1989). The debate about the relevance of South African psychology – A metatheoretical imperative. *South African Journal of Psychology*, *19*, 75-83.
- Reynolds, T. (1990). *Psychology in South Africa: Do we know where we're going to?* Paper presented at the Annual Congress of the Psychological Association of South Africa, Port Elizabeth.
- Rock, B.M. & Hamber, B.E. (1994, November). *Psychology in a future South Africa – The need for a national psychology development programme*. A commissioned research project for the Professional Board of Psychology, South African Medical and Dental Council, Pretoria.
- Ruback, R.B. & Innes, C.A. (1988). The relevance and irrelevance of psychological research: The example of prison crowding. *American Psychologist*, *43*, 683-693.
- Seedat, M. & Nell, V. (1990). Third world or one world: Mysticism, pragmatism, and pain in family therapy in South Africa. *South African Journal of Psychology*, *20*, 141-149.
- Sehlapelo, M. & Terre Blanche, M. (1996). Psychometric testing in South Africa: Views from above and below. *Psychology in Society*, *21*, 49-59.
- Sharratt, P. (1989, September). *Preparing South African psychology students for the future: New demands require new methods. Initiating a planning process*. Paper presented at the Training Conference of the Psychological Association of South Africa, Durban.
- Sinha, S. (1973). Psychology and the problems of developing countries: A general overview. *International Review of Applied Psychology*, *22*, 5-25.

- Strümpfer, D.J.W. (1981). Towards a more socially responsive psychology. *South African Journal of Psychology*, **11**, 18-28.
- Strümpfer, D.J.W. (1993, September). *Some thoughts about professional structures*. Forum on the role and function of psychology in a new South Africa, Johannesburg.
- Swartz, L. (1991). The reproduction of racism in South African health care. *South African Journal of Psychology*, **21**, 240-246.
- Taskforce on the future of psychology. (1991). *The future of psychology: Investigation into options and directions for discipline and practice*. Report prepared for the Psychological Association of South Africa, Johannesburg.
- Van Rensburg, H.C.J., Fourie, A. & Pretorius, E. (1992). *Gesondheidsorg in Suid-Afrika: Struktuur en dinamika*. Pretoria: Academica.
- Veldsman, T.H. (1996). PsySSA president's corner. *Psychology in South Africa: Newsletter of the Psychological Society of South Africa*, **3**, 4.
- Viljoen, H. (1995). Regverdiging vir 'n inheemse sielkunde. *UNISA Psychologia*, **22**, 18-24.
- Vogelman, L. (1990). Psychology, mental health care and the future: Is appropriate transformation in post-apartheid South Africa possible? *Social Sciences and Medicine*, **31**, 501-505.
- Vogelman, L., Perkel, A. & Strebel, A. (1992). Psychology and the community: Issues to consider in a changing South Africa. *Psychology Quarterly*, **2**, 1-9.
- Webster, P. (1997). We've got it, but does anybody want it? *Psychology in South Africa: A Newsletter of the Psychological Society of South Africa*, **2**, 14.
- Wood, M. (1994). Profile: Lionel Nicholas. *Psychology International*, **5**, 6-7.

*Artikel 2*

**DIE EVALUERING VAN DIE  
PROFESSIONELE OPLEIDING  
VAN SIELKUNDIGES AAN DIE  
UNIVERSITEIT VAN DIE  
ORANJE-VRYSTAAT**

# **DIE EVALUERING VAN DIE PROFESSIONELE OPLEIDING VAN SIELKUNDIGES AAN DIE UNIVERSITEIT VAN DIE ORANJE-VRYSTAAT**

*Uittreksel: Navorsing oor die opleiding van sielkundiges in Suid-Afrika het vir baie lank grootliks agterweë gebly. Sielkundiges is in die lig van die diversiteit van eise wat die Suid-Afrikaanse praktyk aan hulle stel, besorg dat opleiding vir die professie nie langer voldoende of relevant is nie. 'n Ondersoek is onderneem ten opsigte van 61 sielkundiges wat tussen 1990 en 1996 hul professionele opleiding aan die Universiteit van die Oranje-Vrystaat ontvang het om te bepaal hoe goed sodanige opleiding hulle vir die praktyk voorberei het. Bevindings rakende die praktykfunksionering van die sielkundiges en hul evaluering van verbandhoudende opleiding word in hierdie artikel beskryf. Ook oor respondente se evaluering van ander aspekte van hul professionele opleiding, soos die opleidingsmetodes wat gebruik is en die teoretiese, navorsings- en geïntegreerde opleiding wat aangebied is, word gerapporteer. Die resultate van die ondersoek is met ander nasionale en internasionale bevindings vergelyk. Dit het geblyk dat die meerderheid respondente van mening was dat hul opleiding hulle in gemiddelde mate vir die praktyk voorberei het. Hoewel verskeie fasette van die professionele opleiding van sielkundiges aan die Universiteit van die Oranje-Vrystaat as baie goed bestempel is, is daar ook fasette in die opleiding waaraan meer aandag gegee sal moet word. Aanbevelings is in dié verband gemaak.*

*Abstract: For a very long time research on the training of psychologists in South Africa remained in abeyance. In view of the diversity of demands made on them by the South African practice, psychologists are concerned that training for the profession may no longer be sufficient or relevant. Research was done with regard to 61 psychologists who had completed their professional training at the University of the Orange Free State during the period 1990 and 1996 in order to determine how successfully such training had prepared them for practice. The results in connection with the functioning of the psychologists and their evaluation of related training have been described in this article. An account has also been given of respondents' evaluation of other aspects of their professional training, such as the training methods used and the theoretical, research and integrated training offered. The results of this investigation have been compared with other national as well as international findings. It would appear that most of the respondents were of the opinion that their training had prepared them for practice in an average manner. Although several aspects of the professional training of psychologists at the University of the Orange Free State have been described as very good, there are some aspects of the training that should receive more attention. Recommendations in this respect have been made.*

## INLEIDING

Uit die literatuur word dit duidelik dat daar sowel nasionaal as internasionaal kommer bestaan dat die opleiding van sielkundiges nie aan die eise van die praktyk voldoen nie (Fouché, 1996; Frank, 1986; Kriegler, 1988). Hoewel sielkundiges in die praktyk nog in 'n groot mate dieselfde funksies verrig en dieselfde doelstellings nastreef as toe die beroep meer as 'n 100 jaar gelede ontstaan het, het daar ook heelwat veranderings in die professie plaasgevind. So byvoorbeeld het die strewe na meer relevante dienslewering en 'n professionele rolverruiming in die beroep addisionele eise aan sielkundiges begin stel.

Relevansie, wat volgens Peterson (1995) impliseer dat die sielkunde met die fundamentele behoeftes van die samelewing bemoedienis maak, het tot nuwe dienste en 'n verbreding van die tradisionele klem op psigodiagnose en psigoterapie gelei. In die Suid-Afrikaanse konteks vereis die sosio-politieke veranderinge, kulturele diversiteit en meer gemeenskapsgeoriënteerde dienslewering ook ander vaardighede van sielkundiges. Kriegler het reeds in 1988, in die lig van voorgenoemde, haar twyfel uitgespreek of die opleiding van sielkundiges voldoende en relevant is.

Sielkundiges raak ook in toenemende mate betrokke by verskillende terreine van die samelewing soos die bestuurswese, die media, regspleging en die Weermag. Canter en Canter (1982) meen daarom ook dat die opleiding van sielkundiges nie met hierdie veranderende eise van die praktyk tred kon hou nie.

In die Verenigde State van Amerika is daar veral twee denkrigtings oor die opleiding van sielkundiges. Die wetenskaplike-praktisynmodel plaas klem op die gesamentlike opleiding van sielkundiges as wetenskaplikes en as praktisyns. Daarteenoor fokus die praktisynmodel op die professionele opleiding van sielkundiges waardeur hulle vir die praktyk voorberei word en eerder verbruikers as produseerders van navorsing is (Fouché, 1996; Peterson, 1995; Stricker & Trierweiler, 1995). In Suid-Afrika word die wetenskaplike-praktisynmodel ondersteun en die opleiding van sielkundiges word gekenmerk deur 'n kombinasie van akademiese, praktiese en navorsingsopleiding (Van der Westhuyzen & Plug, 1987). Outeurs soos Stricker (1975) is egter van mening dat dit nie moontlik is om gelyktydig 'n hoë vlak van sowel professionele as navorsingsopleiding aan te bied nie.

Die doel met hierdie navorsingsprojek was om te bepaal hoe goed sielkundiges hul professionele opleiding aan die Universiteit van die Oranje-Vrystaat evalueer, gegewe die diversiteit van eise wat die praktyk aan hulle stel.

## METODOLOGIE

### Respondente

In Mei 1997 is 'n vraelys, begeleidende brief en gefrankeerde koevert aan voormalige magistergraadstudente in die toegepaste kursus van die Departement Sielkunde gepos. Omdat die M-graadkursus voortdurend verander, is slegs die oudstudente wat van 1990 tot 1996 hul internskap voltooi het, by die ondersoek betrek. Die posadresse en telefoonnommers van 83 uit 'n moontlike 103 oudstudente kon vooraf opgespoor word. Van die 83 vraelyste wat gevolglik uitgestuur is, is 61 bruikbare vraelyste terug ontvang, dit wil sê die bruikbare responskoers was 73,5%. Kerlinger (1988) wys daarop dat die responskoers op posvraelyste selde hoër as 40 of 50 persent is. Die responskoers was dus heelwat hoër as wat verwag is. Daarvoor kan minstens drie moontlike redes as verklaring gebied word: (a) Met die uitsondering van vier persone is al die lede van die steekproef (83) vooraf telefonies of persoonlik genader om te bepaal of hulle bereid sou wees om deel te neem. Hierdie modus operandi was in teenstelling met talle ander ondersoekte waar vraelyste nie deur persoonlike kontak voorafgegaan is nie. (b) As gevolg van hul praktykbeleving bestaan daar 'n groot behoefte by oudstudente om terugvoering aan die Departement Sielkunde oor hul opleiding te gee. (c) Respondente is deeglik bewus van die vraagstukke oor die relevansie van die sielkundeprofessie in die Suid-Afrikaanse konteks en het daarom die ondersoek beskou as 'n geleentheid om 'n bydrae te lewer. In die lig van die hoë responskoers kan daar dus met redelike sekerheid aanvaar word dat die resultate in 'n hoë mate verteenwoordigend is van die siening van sielkundiges wat van 1990 tot 1996 hul professionele opleiding aan die Universiteit van die Oranje-Vrystaat voltooi het.

Respondente se jare werkservaring in die sielkundeberoep het gewissel tussen een jaar en sewe jaar (internskap ingesluit). Die gemiddelde werkservaring was 3,5 jaar. Wat respondente se registrasie by die Interim Nasionale Mediese en Tandheelkundige Raad van Suid-Afrika (voorheen SAGTR) betref, het dit geblyk dat 31,1% as kliniese sielkundiges, 14,8% as opvoedkundige sielkundiges en 44,2% as voorligtingsielkundiges geregistreer is. Vier deelnemers (6,6 %) is elkeen in twee kategorieë geregistreer. Verder was 3,3% van die respondente steeds as interns geregistreer, waarskynlik omdat hulle vanweë uitstaande verhandelings nog nie as sielkundiges geregistreer was nie.

## Meetinstrument en verwerking

'n Anonieme en hoofsaaklik gestruktureerde vraelys is in die opname gebruik. (Sien Bylae A.) Benewens die literatuurstudie is verskeie informele, ongestruktureerde onderhoude vooraf met oudstudiante en dosente van die Departement Sielkunde gevoer oor potensiële aspekte wat deur die vraelys gedek moes word. Na die ontwerp van die vraelys is 'n voorstudie op vyf dosente en vyf praktiserende oudstudiante uitgevoer om te verseker dat die gepaste items by die vraelys ingesluit was.

Die vraelys is in drie afdelings verdeel: (a) inligting rakende respondente se beroepsfunksionering, (b) inligting rakende hul opleiding as sielkundiges, en (c) inligting rakende 'n veranderende sielkundeberoep. Ongestruktureerde vrae is aanvullend tot die gestruktureerde vrae in die vraelys gebruik.

Daar is van vier- en vyfpunt-Likertskale, asook van kategorieese tweepuntskale gebruik gemaak. Wat die kwantitatiewe aspekte van die studie betref, is die response op die gestruktureerde vrae in frekwensies en persentasies gekategoriseer en daarna ontleed. By enkele vrae is die verband tussen gebruiksfrekwensie en opleiding deur middel van die Chi-kwadraattoets bepaal. Die ontleding van die response op die ongestruktureerde vrae is per hand gedoen en daar is gepoog om duidelik verteenwoordigende temas te identifiseer en dan kodes aan die response toe te ken. Die resultate is ook in frekwensies en persentasies uitgedruk en daarna ontleed.

## RESULTATE EN BESPREKING

Die resultate van die ondersoek word vervolgens aangebied. In die eerste afdeling word verskeie aspekte rakende respondente se funksionering in die praktyk, en hul evaluering van verbandhoudende opleiding bespreek. Tweedens word oor respondente se geheeevaluering van hul opleiding ter voorbereiding van die praktyk gerapporteer. Derdens word verslag gedoen oor die evaluering van ander fasette van respondente se professionele opleiding. In die laaste afdeling word sielkundiges se behoefte aan voortgesette opleiding by die Departement Sielkunde kortliks bespreek. Die artikel word met 'n samevatting en aanbevelings afgesluit.

Ter wille van bondigheid is sommige response saam in die tabelle gekategoriseer, byvoorbeeld  *baie goed/goed*, terwyl die response op die *onseker*-opsie in die vraelys nie behandel word nie. Die

persentasies op 'n spesifieke vraag sal gevolglik nie noodwendig in die tabelle tot 100% sommeer nie. By vrae waarop sommige respondente nie gereageer het nie, word die kleiner totaal (N) aangetoon.

## **Praktykfunksionering en evaluering van verbandhoudende opleiding**

Wat respondente se praktykfunksionering betref, word die volgende aspekte bespreek: die tipe organisasie waar respondente werksaam is, die funksies waaraan die meeste van hul tyd bestee word, die frekwensie van hantering van spesifieke tipes kliënte/pasiënte, die gebruik van psigoterapeutiese benaderings en psigometriese toetse, die invloed van die sosio-politieke situasie in die land, kruiskulturele dienslewering, professionele rolverruiming in die beroep en betrokkenheid by die gemeenskapsielkunde. Respondente se evaluering van verbandhoudende opleiding word parallel hieraan beskryf.

### **Die tipe organisasie waar respondente werksaam is**

Die tipe organisasie waar die respondente (N=60) werksaam is, word in tabel 1 aangedui.

**TABEL 1: ORGANISASIES WAAR SIELKUNDIGES WERKSAAM IS**

Tipe organisasie	Getal	Persentasie
Privaat praktyk: Voltyds	26	43,3
Deeltyds	8	13,3
Openbare sektor (Staat/provinsiale regering)	20	33,3
Akademie se inrigting	11	18,3
Staat en akademiese inrigting	1	1,7
Nie-regeringsorganisasies	2	3,4

**Privaat praktyk:** Byna die helfte van die respondente (43,3%) het aangetoon dat hulle voltyds in privaat praktyk is, terwyl 13,3% aangetoon het dat hulle op 'n deelydse basis in privaat praktyk funksioneer. Dit impliseer dat 56,6 % van die respondente op 'n voltydse of deelydse basis in privaat praktyk is. In vergelyking hiermee het Pillay en Petersen (1996) gerapporteer dat 47,7% van die Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges wat op hul vraelys gereageer het, op 'n voltydse of deelydse basis in privaat praktyk was. Weens metodologiese probleme het hulle egter vermoed dat die persentasie in werklikheid hoër was, en die bevindinge uit die huidige ondersoek stem daarmee ooreen.

Kruistabulering het getoon dat meer as die helfte van die sielkundiges uit al drie registrasiekategorieë op 'n voltydse of deeltydse basis by 'n privaat praktyk betrokke is, hoewel daar proporsioneel minder voorligting- (37,0%) as kliniese (52,6%) en opvoedkundige sielkundiges (55,6%) in voltydse privaat praktyk is. Daarteenoor het Bassa en Schlebusch (1984) in die vroeë tagtigerjare gevind dat slegs 15,55% van die kliniese sielkundiges in Suid-Afrika wat gerespondeer het, in privaat praktyk werksaam was.

Die privaat praktyk blyk dus tans die gewildste opsie vir sielkundiges in die ondersoekgroep te wees. Fouché (1996) het 'n soortgelyke tendens onder Suid-Afrikaanse sielkundiges geïdentifiseer. Verklarings vir die tendens kan moontlik verband hou met 'n gebrek aan poste vir sielkundiges in die staatsdiens, die toenemende ontwikkeling van multi-professionele groepspraktyke en finansiële oorwegings as gevolg van beter uitbetalings deur mediese skemas as wat vroeër die geval was.

Een van die grootste probleme wat respondente in die praktyk ervaar, en waarin hulle meen dat hul opleiding ontoereikend is, hou dan ook verband met die bestuur van 'n privaat praktyk. Feitlik al die respondente (93,4%, N=57) het areas in praktykbestuur genoem waarin hulle graag meer opleiding sou wou ontvang. 'n Groot behoefte is uitgespreek aan opleiding in die volgende areas van die bestuur van 'n privaat praktyk: finansiële bestuur, wat die hantering van rekeninge, mediese fondse, belasting en invorderings insluit (80,7%); bemaking (64,9%); inligting met betrekking tot beskikbare rekenaarprogrammatuur vir byvoorbeeld rekeninge (17,5%); en die bestuur van administratiewe funksies (12,3%).

Fouché (1996) het ook gevind dat gebrekkige opleiding in die bestuur van 'n privaat praktyk een van die belangrikste leemtes in die opleiding van Suid-Afrikaanse sielkundiges is. Steefel (1992) het in 'n studie in die Verenigde State van Amerika soortgelyke resultate opgeteken. Ongeveer 40% van haar respondente het genoem dat die moeilikste aanpassing na opleiding verband gehou het met die besef van die verantwoordelikhede en implikasies van die bestuur van 'n privaat besigheid. Sielkundiges in haar studie het onder andere ervaar dat hulle nie die ingesteldheid of die vaardighede gehad het om geld in te vorder nie.

Aangesien die privaat praktyk tans een van die gewildste opsies vir sielkundiges is, sal daar dus in die M-kursus meer aandag aan praktykbou en -bestuur verleen moet word indien opleiers hul studente beter vir die praktyk wil voorberei. Dit moet verder in ag geneem word dat dosente van die Departement Sielkunde ondervind het dat dit beter is om hierdie aspek in die tweede jaar van die M-kursus te behandel.

**Openbare sektor:** Verder blyk dit uit tabel 1 dat 33,3% van die respondente in die openbare sektor (staat/provinsiale regering) werk. Dit stem ooreen met die landwye tendens onder sielkundiges soos deur Fouché (1996) gerapporteer. Die departemente waar die meeste van die respondente werksaam is, is onderskeidelik die Onderwysdepartement (15,0%), die Suid-Afrikaanse Nasionale Weermag (6,6%) en die Departement Korrektiewe Dienste (5,0%).

**Akademiese inrigtings:** 'n Relatief hoë persentasie (18,3%) van die respondente, van wie die meerderheid (66,7%) voorligtingsielkundiges is, het aangedui dat hulle aan akademiese instellings verbonde is. Daarteenoor meld Pillay en Petersen (1996) dat 3,6% van die Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges wat aan hul ondersoek deelgeneem het, aan akademiese inrigtings verbonde was. Dit wil dus voorkom of sulke werkgewers 'n gewilder keuse by voormalige M-studente van die Departement Sielkunde aan die Universiteit van die Oranje-Vrystaat is as wat die landwye tendens onder sielkundiges is.

**Nie-regeringsorganisasies:** Slegs twee van die respondente (3,4%) het aangedui dat hulle vir 'n nie-regeringsorganisasie (privaat firma) werk. In vergelyking daarmee meld Pillay en Petersen (1996) dat 11,2% van die kliniese en voorligtingsielkundiges wat aan hul ondersoek deelgeneem het, vir nie-regeringsorganisasies gewerk het. Dit sou insiggewend wees om verder te probeer vasstel waarom so min van die sielkundiges wat by die Universiteit van die Oranje-Vrystaat gestudeer het, by nie-regeringsorganisasies werksaam is.

### Funksies waaraan die meeste tyd bestee word

Die sielkundiges is versoek om aan te dui aan watter vier funksies hulle daaglik die meeste tyd bestee. Die vier mees algemene funksies, asook die gemiddelde persentasie tyd wat respondente (N=54) daaraan bestee, word in tabel 2 aangedui.

TABEL 2: FUNKSIES WAARAAN DIE MEESTE TYD BESTEE WORD

Funksie	Getal	Persentasie	Gemiddelde % van totale tyd
Psigoterapie	51	94,4	54,8
Evaluering	24	44,4	22,4
Opleiding en navorsing	16	29,6	16,9
Administrasie	49	90,7	17,7

Een en vyftig (94,4%) van die respondente het aangetoon dat hulle gemiddeld meer as die helfte (54,8 %) van hul daaglikse tyd aan psigoterapie bestee. Bassa en Schlebusch (1984) het in die vorige dekade gevind dat kliniese sielkundiges gemiddeld 44,5% van hul tyd aan psigoterapie bestee het. Die betrokke respondente het egter destyds reeds voorspel dat sielkundiges in die negentigerjare nog meer tyd aan psigoterapie sou bestee. Die huidige ondersoek kon bevestiging vir dié voorspelling by voormalige M-studente van die gerigte kursus van die Departement Sielkunde vind. Dit is ook duidelik dat psigoterapie steeds die enkele funksie is waaraan sielkundiges die meeste van hul tyd bestee. Terugvoering oor verskeie aspekte van psigoterapie, die respondente se evaluering van hul opleiding daarin en verdere behoeftes aan opleiding sal later breedvoerig bespreek word.

Uit tabel 2 blyk dit verder dat vier en twintig (44,4%) van die respondente aangetoon het dat hulle gemiddeld ongeveer 22,4% van hul totale tyd aan evaluering bestee. Hierdie kategorie het 'n kombinasie van aktiwiteite, waaronder diagnosering, evalueringsonderhoude en/of psigometriese evaluasie, ingesluit. Wat die maak van DSM-diagnoses in die praktyk betref, het 41,0% van die respondente aangetoon dat hulle gereeld DSM-diagnoses maak, terwyl 54,1% soms of selde DSM-diagnoses maak. Slegs 4,9% van die sielkundiges wat op die vraag reageer het, maak nooit DSM-diagnoses nie. Dit blyk verder dat proporsioneel meer respondente (65,0%) van mening was dat hulle baie goed/goed opgelei is in die maak van DSM-diagnoses as wat meen (8,4%) dat hulle swak/baie swak daarin opgelei is.

Opleiding en navorsing is 'n funksie waaraan respondente (29,6%) gemiddeld 16,9% van hul tyd bestee. Aangesien ongeveer een vyfde van die respondente voltyds aan akademiese inrigtings verbonde is, kan daar verstaan word waarom soveel tyd aan dié funksies bestee word. Opleiding het onder andere aktiwiteite soos dosering en supervisie van studente ingesluit.

Nege en veertig respondente (90,7%) het gemeld dat hulle ongeveer 17,7% van hul tyd daaglik aan administratiewe funksies, waaronder verslagskrywing, bestee. Ten opsigte van verslagskrywing was 62,3% van die respondente van mening dat hulle baie goed/goed daarin opgelei is, terwyl slegs 6,5% van mening was dat hulle swak/baie swak in verslagskrywing opgelei is. Dit wil dus voorkom of die opleiding in verslagskrywing redelik hoog aangeslaan word.

### **Tipes kliënte/pasiënte**

Dit blyk uit tabel 3 dat proporsioneel meer respondente (45,0%, N=60) gereeld individuele terapie met kinders doen, as respondente (11,7%) wat dit nooit doen nie, terwyl 43,3% soms/selde individuele

terapie met kinders doen. Waar ongeveer 40% van die kliniese en voorligtingsielkundiges aangedui het dat hulle gereeld terapie met kinders doen, het 88,9% van die opvoedkundige sielkundiges aangedui dat hulle gereeld terapie met kinders doen.

**TABEL 3: Tipes Kliënte/Pasiënte, Frekwensie van Terapeutiese Hantering en Evaluering van Opleiding**

Tipes kliënte/ pasiënte	Frekwensie			Evaluering van opleiding		
	Gereeld	Soms/ Selde	Nooit	Baie goed/ Goed	Gemiddeld	Swak/ Baie swak
Kinders (individueel)	45,0%	43,3%	11,7%	39,3%	37,7%	23,0%
Volwasse nes (individueel)	84,7%	13,6%	1,7%	52,5%	41,0%	6,5%
Egpare	30,5%	61,0%	8,5%	27,9%	36,1%	36,0%
Gesinne	3,4%	83,0%	13,6%	50,8%	24,6%	23,0%
Groepe	18,7%	57,6%	23,7%	13,1%	45,9%	41,0%

Respondente was verdeeld oor hoe goed hulle in individuele terapie met kinders opgelei is. Waar 39,3% van die respondente hul opleiding as baie goed/goed beskou, het 37,7% dit as gemiddeld en 23,0% dit as swak/baie swak evalueer. Hierdie bevinding het egter vir die totale groep gegeld, dit wil sê ook vir persone wat nie gereeld by individuele terapie met kinders betrokke is nie. Ten einde te bepaal hoe respondente wat gereeld individuele terapie met kinders doen hul opleiding evalueer, is kruistabulering gedoen – hierdie prosedure is gereeld by die verwerking van die resultate gebruik. Kruistabulering het getoon dat van die respondente wat gereeld individuele terapie met kinders doen, 37,0% hul opleiding as baie goed/goed beskou, terwyl 40,8% dit as gemiddeld en 22,2% dit as swak/baie swak evalueer. Kinderterapie as tema is by verskeie ongestruktureerde vrae herhaal en was een van die algemene response waar respondente (19,3%, N=57) van mening was dat hul opleiding ontoereikend vir die eise van die praktyk is. Dit wil dus voorkom of die Departement Sielkunde meer klem op kinderpsigoterapie in die professionele opleiding van sielkundiges moet plaas.

Volgens tabel 3 doen ongeveer 85% van die respondente (N=59) gereeld individuele terapie met volwasse nes, terwyl 52,5% aangedui het dat hulle baie goed/goed daarin opgelei is en slegs 6,5% aangedui het dat hulle swak/baie swak daarin opgelei is. Kruistabulering het getoon dat 58,0% van die respondente wat gereeld individuele terapie met volwasse nes doen, meen dat hulle baie goed/goed daarin opgelei is.

Slegs 30,5% van die respondente het aangedui dat hulle gereeld met egpare werk, terwyl 61,0% soms/selde met egpare werk. Dit het verder uit die navorsing geblyk dat wat huweliks- en seksberading betref, respondente verdeeld was in hul evaluering van die opleiding wat hulle ontvang het. Waar 41,7% van respondente aangedui het dat hulle baie goed/goed daarin opgelei is, het 31,7% hul opleiding as gemiddeld en 26,6% dit as swak/baie swak bestempel. Slegs 7,0% (N=57) van die respondente het egter aangedui dat hul opleiding in huweliks- en seksterapie nie toereikend vir die praktyk is nie. Met betrekking tot die hantering van die behoeftes en probleme in verband met egskeding het 10,0% van die deelnemers aangedui dat hulle baie goed/goed daarin opgelei is, terwyl 60,0% aangedui het dat hulle swak/baie swak daarin opgelei is.

Hoewel 50,8% van die respondente van mening was dat hulle opleiding in terapie met gesinne baie goed/goed is, het slegs 3,4% aangedui dat hulle gereeld terapie met gesinne doen. Verder het 83,0% van die deelnemers aangedui dat hulle soms/selde terapie met gesinne doen. Dit wil dus voorkom of die sielkundiges wat gerespondeer het nie gereeld terapie met gesinne doen nie en dit sal insiggewend wees om verdere navorsing oor die tendens te doen.

In teenstelling met Fouché (1996) se bevinding dat sielkundiges in Suid-Afrika 'n hoë premie op groepterapie plaas, het slegs 18,7% van die respondente aangedui dat hulle gereeld terapie met groepe doen, terwyl 57,6% dit soms/selde en 23,7% dit nooit doen nie. Die berekende Chi-kwadraatwaarde was beduidend op die 1%-peil, wat dui op 'n verband tussen die gereeldheid wat groepterapie beoefen word en deelnemers se evaluering van hul opleiding. Dit blyk uit die kruistabulering dat, in vergelyking met diegene wat gereeld terapie met groepe doen, 'n groter proporsie respondente wat selde/soms of nooit terapie met groepe doen, hul opleiding onderskeidelik as gemiddeld of swak/baie swak evalueer. Dit wil dus voorkom of die opleiding in groepterapie nie voldoende vir die behoeftes van die praktyk is nie.

### Psigoterapeutiese benaderings

In tabel 4 word die gebruiksfrekwensie van verskillende psigoterapeutiese benaderings getoon, asook respondente se mening oor hoe goed hulle daarin opgelei is.

TABEL 4: GEBRUIKSFREKWENSIE VAN VERSKILLENDEN PSIGOTERAPEUTIESE  
BENADERINGS EN EVALUERING VAN OPLEIDING

Terapeutiese benadering	Gebruiksfrekwensie			Evaluering van opleiding		
	Gereeld	Soms/ Selde	Nooit	Baie goed/ Goed	Gemiddeld	Swak/ Baie swak
Verlies- en routherapie	56,7%	38,3%	5,0%	41,0%	37,7%	21,3%
Geïntegreerde benadering	55,9%	39,0%	1,7%	42,6%	27,9%	22,9%
Kognitiewe terapie	53,3%	40,0%	6,7%	75,4%	24,6%	0,0%
Eklektiese benadering	50,0%	37,9%	12,1%	36,7%	38,3%	23,3%
Persoonsgesentreerde terapie	50,0%	46,6%	3,4%	47,5%	36,1%	16,4%
Rasioneel-emosiewe terapie (RET)	50,0%	46,6%	3,4%	73,8%	26,2%	0,0%
Realiteitsterapie	36,7%	56,6%	6,7%	60,6%	32,8%	6,6%
Speltherapie	36,7%	41,6%	21,7%	27,9%	47,5%	24,6%
Gedragsterapie	31,7%	61,6%	6,7%	63,9%	29,5%	6,6%
Korttermyn psigodinamiese terapie	30,0%	46,6%	20,0%	26,6%	33,3%	36,7%
Hipnoterapie	18,6%	33,9%	47,5%	9,8%	21,3%	67,2%
Theraplay	13,3%	46,7%	40,0%	29,5%	45,9%	23,0%
Logoterapie	11,7%	55,9%	30,5%	15,0%	30,0%	53,3%
Multimodale terapie	11,7%	58,3%	30,0%	32,8%	39,3%	26,6%
Narratiewe benadering	11,7%	51,7%	31,7%	31,6%	15,0%	43,4%
Gesinsterapie	10,0%	75,0%	15,0%	54,1%	29,5%	14,7%

'n Tendens by Suid-Afrikaanse sielkundiges om meer eklekties in hul oriëntasie te wees en 'n wye verskeidenheid tegnieke te gebruik, is deur Bassa en Schlebusch (1984), Du Toit (1976), Fouché (1996) en Manganyi en Louw (1986) gerapporteer. 'n Soortgelyke tendens is in die huidige ondersoek gevind. Ongeveer die helfte van die sielkundiges het aangedui dat hulle gereeld 'n eklektiese benadering (50,0%) en/of 'n geïntegreerde benadering (55,9%) volg.\*

Dit blyk verder dat respondente gemiddeld 4,2 verskillende psigoterapeutiese benaderings gereeld gebruik en 8,0 verskillende psigoterapeutiese benaderings gereeld of soms gebruik. Dit stem ooreen met

\* Volgens Norcross en Prochaska (1988) verwys 'n eklektiese benadering na die tegniese, a-teoretiese kombinerings van metodes. 'n Geïntegreerde benadering verwys na die konseptuele sintese van uiteenlopende teoretiese sisteme.

Du Toit (1976) se bevindinge waar die meeste van Suid-Afrikaanse sielkundiges tussen 5 en 11 terapeutiese tegnieke gebruik het met 'n gemiddelde van 7,3 tegnieke per terapeut.

Om eklekties te wees en/of om psigoterapeutiese benaderings te integreer, is 'n internasionale tendens en kan verklaar word aan die hand van die feit dat terapeute toenemend besef dat 'n enkele teorie nie omvattend genoeg is om voorsiening te maak vir die kompleksiteit van menslike gedrag en die spesifieke probleme van verskillende tipes kliënte/pasiënte nie (Corey, 1996; Fouché, 1996; Jensen, Bergin & Greaves, 1990).

Volgens tabel 4 is die benaderings wat gereeld deur die meeste respondente gebruik word, die volgende: verlies- en routherapie (56,7%), kognitiewe terapie (53,3%), persoonsgesentreerde terapie (50,0%) en RET (50,0%). Realiteitsterapie (36,7%), speltherapie (36,7%), gedragsterapie (31,7%) en korttermyn psigodinamiese terapie (30,0%) is ook redelik gewild. Van die benaderings wat die meeste gebruik word, is die opleiding in kognitiewe terapie (75,4%), RET (73,8%), gedragsterapie (63,9%) en realiteitsterapie (60,6%) as baie goed/goed beskou.

In 'n opvolgvraag het meer as die helfte van die respondente (N=36) die geleentheid gebruik om voorstelle te maak oor watter ander terapeutiese benaderings by die kursus ingesluit moet word. Die meerderheid van die groep (61,1%) het die behoefte uitgespreek dat terapeutiese benaderings uit die dieptesielkunde en veral Jung se analitiese benadering (30,6%) en psigoanalise (22,2%) by die kursus ingesluit moet word.

Outeurs is egter verdeeld in hul mening oor die belangrikheid van die psigodinamiese benaderings. In teenstelling met Sexton en Hogan (1992) en Warner (1991) wat aangedui het dat die invloed van die psigoanalitiese denke wêreldwyd afneem, meld Jensen et al. (1990) dat 72% van die eklektiese terapeute wat aan hul ondersoek deelgeneem het onder andere 'n psigodinamiese oriëntasie gebruik. Fouché (1996) het ook gevind dat meer as 60% van die Suid-Afrikaanse sielkundiges die psigodinamiese teorieë as belangrik of baie belangrik beskou.

Daar is 'n beperking in sielkundiges se opleiding indien hulle nie minstens 'n goeie teoretiese kennis van die dieptesielkunde het nie. Verla in multiprofessionele spanverband word dit negatief ervaar indien sielkundiges minder vertrouwd is as hul kollegas van ander professies (bv. psigiatrie) met onder andere die werke van Freud en Jung. Jensen et al. (1990) skryf in dié verband dat die psigodinamiese benadering die oriëntasie is wat die meeste deur maatskaplike werkers en psigiaters gebruik word.

In 'n opvolgvraag het 25,0% van die respondente (N=36) die behoefte uitgespreek dat hipnoterapie by die kursus ingesluit moet word. Uit tabel 4 blyk dit egter dat slegs 18,6% van respondente gereeld hipnoterapie in die praktyk gebruik, terwyl 47,5% dit nooit gebruik nie. Volgens die studie van Fouché (1996) het meer as die helfte van sielkundiges in die praktyk (nie-akademici) aangedui dat hulle hipnoterapie as belangrik beskou, terwyl slegs 12,1% van die akademici dit as belangrik beskou het. Hoewel dit soms kontroversieel is, wil dit voorkom of hipnoterapie tog deur baie sielkundiges as 'n bruikbare terapeutiese hulpmiddel beskou word. Daar moet egter onthou word dat opleidingsinrigtings hulself wetenskaplik en eties moet kan verantwoord indien hulle besluit om opleiding op kontroversiële terreine van die sielkunde aan te bied.

**TABEL 5: CHI-KWADRAATRESULTATE OM DIE VERBAND TUSSEN DIE GEBRUIKS-FREKWENSIE VAN VERSKILLENDEN PSIGOTERAPEUTIESE BENADERINGS EN OPLEIDING TE BEPAAL**

Terapie	Vryheidsgrade	$\chi^2$	P-waarde
Persoonsgesentreerde terapie	4	12,45	0,01**
Gedragsterapie	4	18,28	0,00*

\* Beduidend op die 1%-peil.

\*\* Beduidend op die 5%-peil.

Kruistabulering is tussen die gebruiksfrekwensie (gereeld, soms/selde, nooit) van verskillende psigoterapeutiese benaderings en die evaluering van opleiding (baie goed/goed, gemiddeld, swak/baie swak) gemaak. Die beduidende Chi-kwadraatwaardes word in tabel 5 aangetoon. Met die uitsondering van die veranderlikes by gedragsterapie en persoonsgesentreerde terapie kon daar geen beduidende verband tussen die gebruiksfrekwensie en opleiding gevind word nie.

Met betrekking tot gedragsterapie blyk dit dat, in vergelyking met diegene wat dit soms/selde of nooit gebruik, 'n groter proporsie van die sielkundiges wat dit gereeld gebruik, aangedui het dat hulle baie goed/goed daarin opgelei is. In die geval van persoonsgesentreerde terapie wil dit voorkom of, in vergelyking met diegene wat dit nooit gebruik nie, 'n groter proporsie van sielkundiges wat dit soms/selde of gereeld gebruik, aangedui het dat hulle baie goed/goed daarin opgelei is. Die bevindings dui daarop dat, met die uitsondering van gedrags- en persoonsgesentreerde terapie, daar nie 'n betekenisvolle verband is tussen die terapeutiese benaderings wat gebruik word en die opleiding daarin nie. Dit wil dus voorkom of sielkundiges ander oorwegings as die kwaliteit van opleiding gebruik wanneer hulle in die praktyk besluit watter terapeutiese benaderings gebruik moet word.

## Psigometriese toetse

Dit wil voorkom of psigometriese prosedures minder gereeld deur die meeste respondente gebruik word. Meer as 60% van die respondente het psigometriese evaluasies nie as 'n hoëfrekwensie-aktiwiteit aangedui nie.

Ook Bassa en Schlebusch (1984) het in hul artikel gemeld dat daar 'n tendens onder kliniese sielkundiges was om al minder psigometriese toetse as deel van hul daaglikse aktiwiteite af te neem. Byna die helfte van die kliniese sielkundiges betrokke by daardie ondersoek het ook verwag dat die toepassing en interpretasie van psigometriese prosedures in 'n toenemende mate sou afneem. Later het Manganyi en Louw (1986) gevind dat sielkundiges ongeveer 10% van hul tyd aan psigometriese toetsing bestee. Hoewel direkte afleidings oor die gebruiksfrekwensie van psigometrie nie uit die ondersoek van Pillay en Petersen (1996) moontlik was nie, wil dit tog voorkom of die praktyk vereis dat sielkundiges onder meer baie meer tyd aan psigoterapie as aan psigometriese evaluasie bestee.

Een moontlike verklaring vir die relatief lae gebruiksfrekwensie van psigometriese prosedures is dat dit in vergelyking met terapie tans minder koste- en tyddoeltreffend is om kliënte/pasiënte psigometries te evalueer. Psigometriese evaluasie is dikwels 'n tydsame proses en tensy dit in groepe geskied, kan daar nie met soveel kliënte/pasiënte gewerk word as met byvoorbeeld individuele terapeutiese sessies nie. Verder is sielkundiges ook skepties oor die geldigheid van psigometrie wanneer kliënte/pasiënte van ander kulture geëvalueer word. Daar bestaan ook twyfel oor die geldigheid van verouderde toetse.

Uit die literatuur blyk dit dat daar nie onlangs navorsing gedoen is oor die tipe psigometriese toetse wat die meeste deur sielkundiges in Suid-Afrika gebruik word nie. Volgens Bassa en Schlebusch (1984) is intelligensietoetse (32,56%) en persoonlikheidstoetse (28,74%) die meeste deur kliniese sielkundiges in hul ondersoek gebruik. Psigoneurologiese toetse is gereeld deur 10,46% van hul respondente gebruik.

Tabel 6 toon die mees algemene reponse (N=51) op die vraag in watter psigometriese toetse studente beter opgelei moet word. Dit wil voorkom of die grootste behoefte verband hou met persoonlikheidstoetse, terwyl respondente oënskynlik tevrede is met hul opleiding in intelligensie-, belangstellings- en aanlegtoetse.

TABEL 6: PSIGOMETRIESE TOETSE WAARBY 'N BEHOEFTE AAN BETER OPLEIDING AANGEDUI IS

Psigometriese toetse	Behoeftte aan beter opleiding (%)
Rorschach-inkkladtoets	56,9
Tematiese Appersepsietoets (TAT)	47,1
Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)	23,5
Sestien-persoonlikheidsfaktor-vraelys (16 PF)	19,6
Myers-Briggs Type Inventory (MBTI)	17,6
Kinderappersepsietoets (KAT)	15,7
Grassi-blokvervangingstoets	9,8
Ander psigoneurologiese toetse	9,8

Bassa en Schlebusch (1984) meld dat die persoonlikheidstoetse wat die meeste deur hul respondente gebruik is, die TAT (39,99%), die Rorschach-inkkladtoets (20,74%), die MMPI (8,89%), 16 PF (7,14%) en KAT (6,67%) was. Respondente in die huidige ondersoek het veral 'n behoefte uitgespreek aan meer opleiding in dieselfde persoonlikheidstoetse, asook die MBTI. Die behoefte aan meer opleiding in die Rorschach-inkkladtoets en die TAT impliseer moontlik dat projektiewe tegnieke, ten spyte van kritiek teen die metodes in onder andere forensiese evaluasie, steeds as bruikbare metodes beskou word om persoonlikheid te evalueer. Dit sluit ook aan by die behoefte aan meer opleiding in die dieptesielkunde wat reeds genoem is.

Wat die gebruik van psigoneurologiese toetse betref, het Bassa en Schlebusch (1984) gevind dat die Bender-gestalttoets en die Grassi-blokvervangingstoets die gewildste was. In die huidige ondersoek is beter opleiding in die Grassi-blokvervangingstoets (9,8%) en in ander psigoneurologiese toetse soos die Bender-gestalttoets, die Luria-Nebraska Neuropsychological Battery en die Halstead-Reitan Battery deur respondente (9,8%) versoek.

### Invloed van die sosio-politieke konteks

In die konteks van Suid-Afrika het respondente aangedui dat gemiddeld 30,6% van hul kliënte/pasiënte sielkundige probleme ervaar wat verband hou met die sosio-politieke situasie soos byvoorbeeld regstellende aksie of geweldpleging in die land. Dit bevestig Dawes (1985) se mening dat die sielkunde

nie meer in isolasie van die sosio-politieke konteks beoefen of gedoseer kan word nie. Studente wat 'n begrip vir lede van die Suid-Afrikaanse gemeenskap wil hê, sal bewus moet wees van die sosio-politieke konteks en die geskiedenis van die land.

### **Kruiskulturele dienslewering**

Respondente het aangedui dat gemiddeld 21,4% van hul kliënte/pasiënte van nie-Westerse kulture afkomstig is. Pillay en Petersen (1996) se bevinding stem hiermee ooreen. Dit wil dus voorkom of ongeveer een uit elke vyf kliënte/pasiënte wat tans deur Suid-Afrikaanse sielkundiges gekonsulteer word, van nie-Westerse oorsprong is. Namate die sielkundeprofessie meer relevant vir die totale Suid-Afrikaanse bevolking word, sal die proporsie nie-Westerse kliënte/pasiënte noodwendig ook groter word.

Die vernaamste eiesoortige probleme wat respondente (N=54) met kliënte/pasiënte van nie-Westerse kulture ervaar, hou verband met taal en kommunikasie (35,2%), verskille in wêreldbeskouing en persepsies met betrekking tot patologie en die hantering daarvan (20,4%), 'n gebrek aan kennis met betrekking tot sulke kliënte/pasiënte se gelowe, gewoontes, gebruike en die tradisionele geneeskunde (18,5%) en 'n gebrek aan vertroue (7,4%).

Voorgenoemde menings bevestig opnuut die behoefte aan die opleiding van meer nie-Westerse sielkundiges, asook van Westerse sielkundiges wat kruiskulturele dienste kan lewer. Een moontlike metode om Westerse sielkundestudente meer sensitief vir kruiskulturele aspekte te maak, is om 'n antropologie-module by hul kursus te inkorporeer. Baie van die respondente (38,9%, N=54) in die huidige ondersoek het aangedui dat 'n kursus in toegepaste antropologie by die M-kursus ingesluit behoort te word om dit meer relevant vir die Suid-Afrikaanse praktyk te maak. Die behoefte aan bydraes deur antropoloë tot die opleiding van sielkundiges, is reeds deur outeurs soos Hickson en Kriegler (1991), Holdstock (1981) en Kitching (1991) geïdentifiseer.

### **Professionele rolverruiming**

Soos reeds genoem het die sielkundeprofessie 'n rolverruiming ondergaan. Om die aard en omvang daarvan te ondersoek, is respondente versoek om aan te dui hoe gereeld hulle in die praktyk kennis uit 21 spesialisterreine in die sielkunde toepas. Die terreine is erkende afdelings van die American Psychological Association. Verder moes oudstudente ook aandui hoe goed hulle op die onderskeie terreine opgelei is. Die gekombineerde resultate verskyn in tabel 7.

TABEL 7: GEBRUIKSFREKWENSIE VAN KENNIS UIT VERSKILLENDE TERREINE IN DIE SIELKUNDE EN EVALUERING VAN OPLEIDING

Terrein	Gebruiksfrekwensie			Evaluering van opleiding		
	Gereeld	Soms/ Selde	Nooit	Baie goed/ Goed	Gemiddeld	Swak/ Baie swak
Kliniese sielkunde	71,7%	28,3%	0,0%	59,0%	31,1%	9,9%
Ontwikkelingsielkunde	71,7%	26,6%	1,7%	81,7%	15,0%	3,3%
Persoonlikheidsielkunde	48,3%	51,7%	0,0%	56,7%	33,3%	10,0%
Voorligtingsielkunde	48,3%	38,3%	10,0%	62,3%	36,1%	1,6%
Opvoedkundige sielkunde	41,7%	41,7%	15,0%	54,1%	29,5%	16,4%
Psigofarmakologie	40,0%	51,7%	8,3%	19,7%	29,5%	50,8%
Substansiemisbruik	25,0%	60,0%	13,3%	11,5%	47,5%	41,0%
Neurosielkunde	21,7%	68,3%	10,0%	19,7%	47,5%	32,8%
Godsdienssielkunde	18,3%	66,6%	10,0%	3,3%	39,3%	52,5%
Sosiale sielkunde	18,3%	70,0%	8,3%	26,2%	55,7%	18,1%
Bedryfs- en organisasiesielkunde	13,3%	45,0%	40,0%	4,9%	16,4%	77,0%
Gesondheidsielkunde	10,9%	60,0%	27,3%	3,3%	26,2%	68,9%
Rehabilitasiesielkunde	8,3%	58,3%	25,0%	3,3%	23,0%	65,5%
Militêre sielkunde	6,7%	21,6%	68,3%	1,7%	4,9%	85,2%
Gemeenskapsielkunde	5,1%	76,3%	15,3%	16,7%	45,0%	38,3%
Navorsingsielkunde	5,0%	46,7%	46,7%	41,0%	41,0%	18,0%
Mediasielkunde	3,4%	33,9%	50,8%	0,0%	8,2%	82,0%
Sportsielkunde	3,4%	50,0%	43,3%	4,9%	32,8%	60,7%
Forensiese sielkunde	1,7%	75,0%	23,3%	31,1%	41,0%	27,9%
Omgewingsielkunde	1,7%	50,0%	38,3%	9,8%	26,2%	60,7%
Parapsigologie	0,0%	41,6%	51,7%	3,3%	11,5%	80,3%

Aangesien die terreine van die kliniese, opvoedkundige en voorligtingsielkunde ook registrasiekategorieë is, kon verwag word dat die gebruiksfrekwensie daarvan hoog sou wees. Hoewel die grense tussen die drie terreine vaag is, is dit interessant dat 71,7% van die totale groep aangedui het dat hulle gereeld kennis uit die kliniese sielkunde toepas, terwyl minder as die helfte van respondente laat blyk het dat hulle gereeld kennis uit voorligting- of opvoedkundige sielkunde gebruik. Een moontlike verklaring daarvoor is dat psigoterapie – 'n funksie waaraan die grootste groep respondente meer as die helfte van hul daaglikse tyd bestee – steeds meer met die terrein van die kliniese sielkunde geassosieer word. Hoewel opvoedkundige en voorligtingsielkundiges ook terapie doen, word hul terreine moontlik meer geassosieer met berading, studieleiding, beroepsvoorligting en psigometriese evaluasie.

Betekenisvolle persentasies respondente het ook aangetoon dat hulle gereeld kennis uit die ontwikkelingsielkunde (71,7%), persoonlikheidsielkunde (48,3%) en psigofarmakologie (40,0%) aanwend. Die opleiding in veral die ontwikkelingsielkunde (81,7%) en voorligtingsielkunde (62,3%) is deur die meeste respondente as baie goed/goed geëvalueer.

**TABEL 8: CHI-KWADRAATRESULTATE OM DIE VERBAND TUSSEN DIE GEBRUIKSFREKWENSIE VAN KENNIS UIT VERSKILLEDE TERREINE IN DIE SIELKUNDE EN OPLEIDING TE BEPAAL**

Terrein in sielkunde	Vryheidsgrade	$\chi^2$	P-waarde
Voorligtingsielkunde	4	16,04	0,00*
Substansiemisbruik	4	11,43	0,02**
Sosiale sielkunde	4	17,94	0,00*
Rehabilitasiesielkunde	4	17,20	0,00*
Sportsielkunde	4	10,93	0,03**

\* Beduidend op die 1%-peil.

\*\* Beduidend op die 5%-peil.

Kruistabulering is tussen die gebruiksfrekwensie (gereeld, soms/selde, nooit) van kennis uit die verskillende terreine in die sielkunde en die evaluering van opleiding (baie goed/goed, gemiddeld, swak/baie swak) gedoen. Slegs die berekende Chi-kwadraatwaardes wat minstens op die 5%-peil beduidend was, word in tabel 8 aangetoon. Met die uitsondering van die veranderlikes by voorligtingsielkunde, sosiale sielkunde en rehabilitasiesielkunde (beduidend op die 1%-peil) en die veranderlikes by substansiemisbruik en sportsielkunde (beduidend op die 5%-peil) kon daar geen beduidende verband tussen die gebruiksfrekwensie van kennis uit terreine in die sielkunde en opleiding gevind word nie.

Waar beduidende Chi-kwadraatwaardes verkry is, dui dit daarop dat die studente wat gereeld kennis uit 'n bepaalde terrein gebruik, ook van mening is dat hulle baie goed/goed daarin opgelei is. Die omgekeerde is ook moontlik, naamlik dat respondente wat nooit kennis uit 'n spesifieke terrein gebruik nie, aangedui het dat hulle swak/baie swak op daardie terrein opgelei is.

Ten opsigte van die gebruik van kennis uit die rehabilitasiesielkunde, sportsielkunde en substansiemisbruik blyk dit dat, in vergelyking met diegene wat dit gereeld gebruik, 'n groter proporsie van

die sielkundiges wat dit soms/selde of nooit gebruik, aangedui het dat hulle gemiddeld of swak/baie swak daarin opgelei is. Met betrekking tot die gebruik van kennis uit die voorligtingsielkunde en sosiale sielkunde blyk dit dat in vergelyking met diegene wat dit soms/selde of nooit gebruik, 'n groter proporsie sielkundiges wat dit gereeld gebruik, aangedui het dat hulle baie goed/goed daarin opgelei is.

By die ander 16 terreine waar daar nie beduidende Chi-kwadraatwaardes behaal is nie, blyk dit dat die frekwensie van gebruik van kennis uit dié terreine in die sielkunde nie noodwendig verband hou met sielkundiges se opleiding nie. 'n Moontlike afleiding is dat sielkundiges nie net betrokke is by die terreine waarop hulle meen dat hulle goed opgelei is nie. Een verklaring daarvoor is dat die praktyk vereis dat kennis uit sekere terreine in die sielkunde gebruik moet word, selfs al was sielkundiges nie goed daarin opgelei nie.

Uit die voorafgaande ontstaan die vraag op watter terreine sielkundiges ervaar dat hul opleiding nie voldoende vir die eise van die praktyk is nie. In die ongestruktureerde vrae is psigofarmakologie en neurosielkunde spesifiek genoem as terreine in die praktyk waar respondente (12,3% onderskeidelik) ervaar dat hulle opleiding ontoereikend is. Daar bestaan ook 'n behoefte aan verdere opleiding aan geregistreerde sielkundiges op dié twee terreine deur die Departement Sielkunde. Uit tabel 7 blyk dit dat proporsioneel meer respondente (50,8%) meen dat hulle swak/baie swak in psigofarmakologie opgelei is as respondente (19,7%) wat meen dat hulle baie goed/goed in psigofarmakologie opgelei is. Kruistabulering het getoon dat slegs een uit elke drie sielkundiges wat gereeld kennis uit die psigofarmakologie gebruik, meen dat hulle baie goed/goed daarin opgelei is.

Wat neurosielkunde betref, blyk dit dat meer respondente (47,5%) hul opleiding as gemiddeld evalueer, terwyl slegs 19,7% dit as baie goed/goed en 32,8% dit as swak/baie swak beskou.

'n Klein proporsie van die respondente het ook aangetoon dat hul opleiding ontoereikend is vir die eise van die praktyk op die gebied van die forensiese sielkunde (7,0%), bedryfs- en bestuurswese (5,3%) en etiek (5,3%). Hoewel sielkundiges aangedui het dat hulle wel kennis uit terreine soos substansie-misbruik, godsdienssielkunde, sosiale sielkunde, gesondheidsielkunde, rehabilitasiesielkunde, militêre sielkunde, navorsingsielkunde, mediasielkunde, sportsielkunde, omgewingsielkunde en die para-psigologie gebruik, het geen spesifieke behoeftes aan meer opleiding daarin na vore gekom nie. Dit is verder duidelik dat, hoewel daar 'n rolverruiming in die sielkundeprofessie plaasgevind het, funksies soos psigoterapie steeds van primêre belang is.

## Gemeenskapsdiens

Slegs 5,1% van die respondente in die huidige navorsing het aangedui dat hulle gereeld kennis uit die terrein van die gemeenskapsielkunde gebruik, terwyl 76,3% van die respondente dit soms/selde gebruik. Dit wil voorkom of gemeenskapsdiens nie gereeld deur oudstudee in die ondersoek verrig word nie, ten spyte daarvan dat daar 'n rolverandering ten gunste van meer gemeenskaps- en voorkomende werk in die sielkundeberoep voorsien word (Pillay & Petersen, 1996).

Finansiële oorwegings is waarskynlik van die belangrikste oorsake waarom so min sielkundiges gereeld by die gemeenskap betrokke is. Pillay en Petersen (1996) het gevind dat sielkundiges in Suid-Afrika besef dat hulle ontoeganklik vir die grootste gedeelte van die bevolking is, maar dat die finansiële meganismes in die land nie gemeenskapwerk bevoordeel nie. Privaat praktisyns konsulteer hoofsaaklik lede van mediese skemas en/of ander persone wat dit kan bekostig. Volgens Kriegler (1993b) kan slegs 20% van die land se bevolking privaat gesondheidsorg bekostig, terwyl 80% van die openbare sektor afhanklik is. Gevolglik is daar volgens haar 'n skewe distribusie van sielkundige bronne en dienste en 'n tekort aan sielkundiges in hospitale en klinieke wat aan die breë bevolking se behoeftes kan voldoen. Daar is ook 'n tekort aan poste in die staatsdiens vir sielkundiges wat voltyds opheffings- of gemeenskapswerk wil doen.

Slegs 16,7% van die respondente was van mening dat hulle baie goed/goed in gemeenskapswerk opgelei is, teenoor 38,3% wat hul opleiding as swak/baie swak en 45,0% wat dit as gemiddeld beskou. Verder het 31,5% (N=54) van die respondente aangedui dat meer klem op gemeenskapsielkunde as 'n module in die M-kursus geplaas moet word. M-studente moet ook meer by gemeenskapsprojekte en primêre voorkomingsprogramme betrek word, sodat die professie 'n meer relevante diens binne die Suid-Afrikaanse konteks kan lewer. Die opsie van 'n jaar gemeenskapsdiens is ook deur sommige van die deelnemers voorgestel.

In ooreenstemming met die voorafgaande beveel Skuy (1993) aan dat die M-graadkursus blootstelling aan en opleiding in gemeenskapsomgewings moet insluit, sodat individue die vaardighede kan ontwikkel om in sulke omgewings te werk. Studente kan ook reeds op voorgraadse en honneursvlak doeltreffend by verskeie gemeenskapsprojekte betrek word. Op so 'n manier kan hulle reeds vroeër aan sodanige dienste blootgestel word en ook weens hul groter getalle van meer hulp in die gemeenskap wees.

## Geheevaluering van opleiding ter voorbereiding vir die praktyk

Respondente is ook versoek om aan te dui in watter mate hul opleiding hulle in die geheel vir die praktyk voorberei het. Die meerderheid sielkundiges (54,2%) het gemeen dat hul opleiding hulle in gemiddelde mate vir die praktyk voorberei het. Daarteenoor het 32,2% aangedui dat hul opleiding hulle in baie groot/groot mate vir die praktyk voorberei het, terwyl 13,6% van die respondente van mening was dat hul opleiding hulle in 'n geringe mate/geensins vir die praktyk voorberei het nie.

Kruistabulering (sien tabel 9) het getoon dat kliniese, opvoedkundige en voorligtingsielkundiges in verskillende mate tevrede was met hul opleiding ter voorbereiding vir die praktyk.

**TABEL 9: SIELKUNDIGES SE GEHEEVALUERING VAN HUL OPLEIDING TER VOORBEREIDING VIR DIE PRAKTYK**

Registrasiekategorieë	Evaluering van opleiding ter voorbereiding vir die praktyk		
	Baie groot/ Groot mate	Gemiddelde mate	Geringe mate/ Geensins
Klinies	15,8%	63,1%	21,1%
Opvoedkundig	55,6%	33,3%	11,1%
Voorligting	37,9%	55,2%	6,9%

Proporsioneel meer opvoedkundige sielkundiges (55,6%) as voorligtingsielkundiges (37,9%) en kliniese sielkundiges (15,8%) het aangedui dat hul opleiding in die geheel hulle in 'n baie groot/groot mate vir die praktyk voorberei het. Verder was proporsioneel meer kliniese sielkundiges (63,1%) en voorligtingsielkundiges (55,2%) as opvoedkundige sielkundiges (33,3%) van mening dat hul opleiding hulle in 'n gemiddelde mate vir die praktyk voorberei het.

Die vraag het gevolglik ontstaan of daar 'n verskil in praktykfunksionering tussen kliniese en opvoedkundige sielkundiges is, wat moontlik die verskil in die evaluering van die opleiding kon verklaar. Uit 'n verdere ontleding het dit geblyk dat daar wel 'n verskil is in die funksies wat daagliks die meeste deur kliniese en opvoedkundige sielkundiges verrig word. Waar kliniese sielkundiges die meeste van hul tyd aan psigoterapie bestee, bestee opvoedkundige sielkundiges die meeste van hul tyd aan 'n kombinasie van psigoterapie en evaluering. Dit wil dus voorkom of sielkundiges wat hoofsaaklik psigoterapie doen, minder tevrede met hul opleiding is as sielkundiges wat 'n kombinasie van psigoterapie en evaluering doen.

## Evaluering van ander fasette van die professionele opleiding

Respondente se evaluering van ander fasette van hul professionele opleiding, naamlik die opleidingsmetodes wat gebruik is, die teoretiese opleiding, die verhandeling, internskap en geïntegreerde opleiding sal vervolgens bespreek word.

### Verskillende opleidingsmetodes

Terugvoering oor die evaluering van verskillende opleidingsmetodes word in tabel 10 weergegee. Dit blyk dat, afgesien van leesstukke en lesings deur dosente, daar ruimte vir verbetering in die gebruik van veral die ander opleidingsmetodes is.

TABEL 10: EVALUERING VAN OPLEIDINGSMETODES

Kategorieë	Baie goed/ Goed	Gemiddeld	Swak/ Baie swak
Leesstukke	71,7%	23,3%	5,0%
Lesings deur dosente	50,8%	41,0%	8,2%
Persoonlike video-opnames	44,3%	37,7%	18,0%
Kliënte-/pasiënteblootstelling	33,3%	36,7%	30,0%
Terugvoering deur medestudente	32,8%	37,7%	29,5%
Eksperiënsiële leer	31,7%	35,0%	30,0%
Rollespel	31,2%	41,0%	27,8%
Supervisie	27,9%	41,0%	31,1%
Besoekende sprekers	23,0%	60,6%	16,4%
Films/video's	23,0%	44,3%	32,7%
Koterapeute	18,0%	32,8%	49,2%
Modellering (dosent as rolmodel)	18,0%	42,6%	39,4%
T-groepe	15,3%	32,2%	39,0%
Werkwinkels	11,7%	40,0%	48,3%

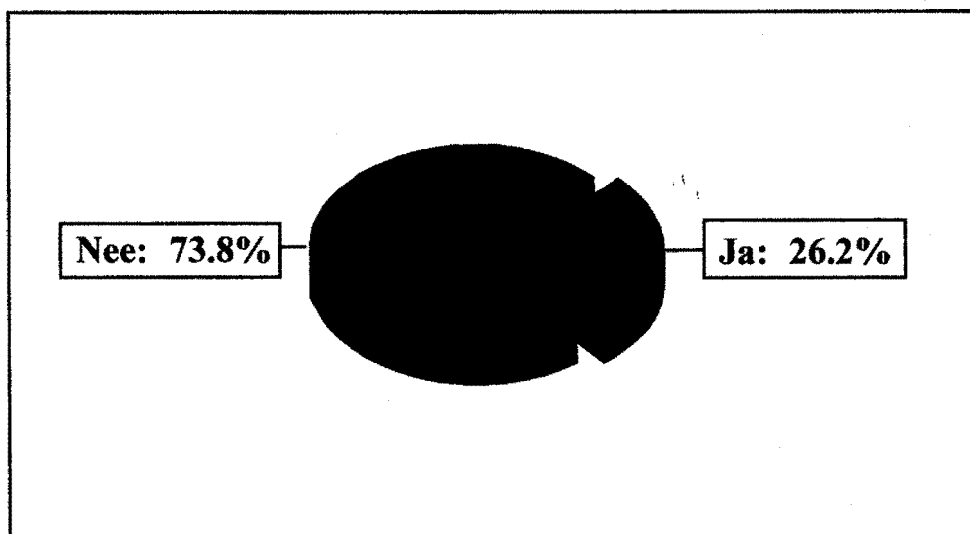
Wat die lesings deur dosente betref, blyk dit dat proporsioneel meer oudstude (50,8%) dit as baie goed/goed geëvalueer het, terwyl 41,0% dit as gemiddeld en slegs 8,2% dit as swak/baie swak beskou het. Ander terugvoering rakende dosente op die ongestruktureerde vrae was soos volg (N=57): Dosente het nie genoegsaam as terapeutiese rolmodelle opgetree nie (7,0%); dosente was baie toeganklik (7,0%); dosente het nie genoeg praktykervaring gehad nie (5,3%); en sommige dosente was onvoorbereid vir klasse (5,3%).

Supervisie is een van die mees waardevolle opleidingsmetodes in die professionele opleiding van sielkundiges. Wanneer dit doeltreffend aangewend word, kan terapeute in hul vaardighede baie goed ontwikkel en beter vir die praktyk voorberei word. Uit tabel 10 blyk dit dat die respondente verdeeld was oor die supervisie wat hulle ontvang het. Waar 27,9% van mening was dat hul supervisie baie goed/goed was, het 31,1% dit as swak/baie swak beleef, terwyl 41,0% dit as gemiddeld beskou het. Supervisie as tema het egter herhaaldelik by response op ongestruktureerde vrae voorgekom en dit is duidelik dat daar in die M-graadkursus 'n behoefte aan meer supervisie is. Dit moet egter ook beklemtoon word dat supervisie teen die agtergrond van die aantal studente en die beskikbare supervisors geskied. Die verbetering van opleiding moet daarom ook opgeweeg word teen die finansiële implikasies wat dit sal hê.

### Teoretiese opleiding

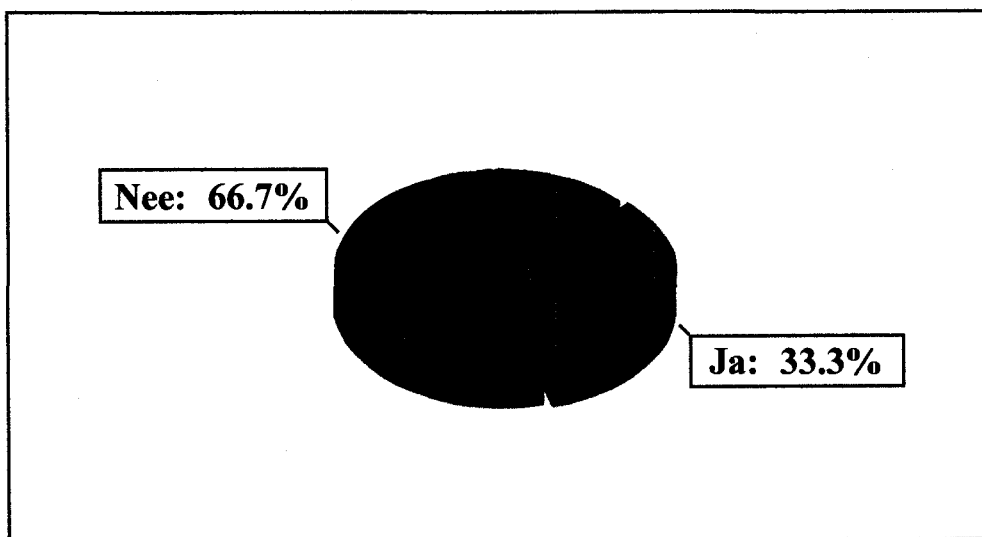
Wat die teoretiese jaar betref, is 'n baie groot proporsie (90,2%) van die respondente tevrede dat daar voldoende teoretiese grondslae in die kursus ingebou was. Ongeveer 60% was tevrede dat 'n kritiese ingesteldheid ten opsigte van teorieë (57,4%) en psigometriese toetse (65,6%) gekweek was.

**FIGUUR 1 : RESPONDENTE SE TEVREDENHEID DAT DIE JONGSTE NAVORSINGSBEVINDINGS BY HUL OPLEIDING INGESLUIT WAS**



Uit figuur 1 blyk dit dat 73,8% van die deelnemers van mening was dat daar nie genoeg van die jongste navorsingsbevindings by die teoretiese gedeelte van die kursus ingesluit was nie. Kriegler (1993a) meld in dié verband dat dit 'n belangrike beginsel in opleiding is dat die kursusinhoud voortdurend bygewerk en dus resent moet wees. Behalwe dat die M-graadkursus tred moet hou met internasionale ontwikkelinge in die sielkunde, moet dit ook voortdurend nuwe Suid-Afrikaanse bevindings akkommodeer.

**FIGUUR 2: RESPONDENTE SE TEVREDENHEID DAT BEVINDINGS OOR TOEPASLIKE TEORIEË VIR SPESIFIEKE PATOLOGIEË BY HUL TEORETIESE OPLEIDING INGESLUIT WAS**



Peterson (1995) wys verder daarop dat navorsers ver gevorder het in 'n poging om te bepaal of sekere behandelingsmetodes meer effektief vir 'n bepaalde kliënt/pasiënt en/of probleem is, as vir ander. Dit is volgens hom belangrik dat sielkundedesente hulle van hierdie bevindings moet vergewis en dit aan hul studente moet oordra. In aansluiting hierby het twee derdes van die respondente in die huidige ondersoek aangedui dat bevindings oor toepaslike teorieë vir spesifieke patologieë nie genoegsaam by die kursus ingesluit was nie (figuur 2).

Deelnemers het die volgende belangrike leemtes in hul teoretiese opleiding aangedui (N=57): te veel teorie en te min praktiese opleiding waarin die teorie toegepas kon word (35,1%), te min praktiese blootstelling aan 'n wye verskeidenheid kliënte (28,1%) en te min supervisie (19,3%). Fouché (1996) en Garfield en Kurtz (1976) rapporteer dat sielkundiges wat by hul ondersoek betrokke was, soortgelyke tekortkominge in hul opleiding ervaar het.



Byna die hele steekproef (93,4%) het die geleentheid gebruik om die belangrikste positiewe aspekte van hul teoretiese opleiding aan te dui. Soos by al die ongestruktureerde vrae was die response baie uiteenlopend, wat daarop dui dat die beleving van die kursus baie persoonlik is. Die grootste groep respondente (31,6%) het aangedui dat hulle oor 'n breë spektrum van terreine in die sielkunde onderrig is en 'n breë teoretiese basis het. 'n Verdere positiewe aspek van die kursus is geleë in die praktiese deel van die opleiding waarin goeie blootstelling aan verskillende kliënte/pasiënte moontlik gemaak is en tegnieke en die teorie toegepas kon word (24,6%). Ander positiewe aspekte wat genoem is, was 'n geleentheid vir eie persoonlike ontwikkeling en groei van die terapeut (12,3%), die geïntegreerde benadering (10,5%) en interaksie met en ondersteuning van medestudente (8,8%).

### Verhandeling

Soos reeds genoem geniet die sogenaamde wetenskaplike-praktisynmodel tans ondersteuning in Suid-Afrika. Binne hierdie raamwerk moet meestersgraadstudente 'n verhandeling as deel van hul professionele opleiding voltooi. Ten opsigte van hierdie vereiste het 37 respondente (61,7%) aangedui dat hulle dit as baie belangrik/belangrik beskou dat 'n verhandeling tydens die M-kursus voltooi moet word.

Uit die ongestruktureerde vraag waarin deelnemers hul standpunt kon verduidelik, blyk dit egter dat 'n groot groep (36,8%, N=57) van mening was dat daar proporsioneel te veel tyd aan die verhandeling bestee word. Hoewel hulle ten gunste van 'n navorsingskomponent was, het hulle gemeen dat dit korter en in die vorm van ('n) artikel(s) geskryf sou kon word. Sodoende sou meer tyd aan praktiese opleiding, navorsing oor gevalle en die ontwikkeling van terapeutiese vaardighede gewy kon word.

Garfield en Kurtz (1976) rapporteer 'n soortgelyke behoefte by Amerikaanse sielkundiges. Fouché (1996) wys ook daarop dat publiseerbare artikels as alternatief vir die tradisionele skripsie of verhandeling oorweeg behoort te word, aangesien inligting dikwels verlore gaan weens die klein getal publikasies wat uit hierdie wetenskaplike bydraes van studente voortspuit.

Wat die opleiding betref om die navorsing en die skryf van 'n verhandeling suksesvol af te handel, blyk dit dat 32,8% van die oudstudente van mening was dat hulle baie goed/goed voorberei is. Meer as die helfte (54,1%) was van mening dat hulle opleiding om navorsing te doen gemiddeld was, terwyl 12,1% gemeen het dat dit swak/baie swak was. Fouché (1996) vind egter in die algemeen dat sielkundiges se kundigheid op die gebied van navorsingsmetodologie nie na wense is nie.

## Internskap

Die oudstudente is ook versoek om voorstelle te maak oor maniere waarop die internskap verbeter sou kon word. Die gewildste voorstel (57,1%, N=56) het met meer supervisie verband gehou (individueel en in groepsverband, asook vir die persoonlike ontwikkeling van die sielkundige).

Verder is 'n behoefte deur deelnemers (39,2%) uitgespreek aan meer praktiese (terapeutiese) blootstelling, waarin praktiese tegnieke en metodes aangeleer kan word, die teorie in die praktyk toegepas kan word en blootstelling aan 'n wye verskeidenheid van kliënte/pasiënte kan geskied. So ook meen Kriegler (1993a) dat studente tydens hul internskap sistematies blootgestel moet word sodat hulle hul teoretiese kennis op die breë spektrum van individue, groepe en organisasies kan toepas. Van der Westhuyzen en Plug (1987) steun ook die idee dat interns aan 'n wye verskeidenheid van kliënte/pasiënte blootgestel moet word.

Respondente (21,4%) het ook voorgestel dat die rotasiepunte meer divers moet wees. Kritiek wat geopper is, was dat daar in die teoretiese opleiding (M1-jaar) 'n geïntegreerde benadering gevolg word waarvolgens studente van al drie registrasiekategorieë gesamentlik opgelei word. Opleiding tydens die internskap geskied egter slegs binne 'n spesifieke registrasiekategorie. Studente van die verskillende kategorieë sal blootstelling aan 'n wyer spektrum van gevalle kry en beter vir die praktyk opgelei kan word indien hulle toegelaat word om te kruisroteer. Dié voorstel behoort in ag geneem te word indien daar in die toekoms besluit sou word om op M-vlak eerder generaliste op te lei. Sulke rotasies is egter waarskynlik nie haalbaar binne die huidige sisteem nie, aangesien instansies slegs geakkrediteer is vir die opleiding van sielkundiges binne 'n enkele registrasiekategorie.

## Geïntegreerde opleiding

'n Groot aantal respondente (78,3%) was van mening dat die werk wat hulle doen in 'n baie groot/groot mate deur sielkundiges in ander registrasiekategorieë gedoen word. Verskeie sielkundiges het die stelling gemaak dat die praktyk nie tussen die kategorieë onderskei nie. Sielkundiges het nie beheer oor die aard van die probleme waarmee kliënte/pasiënte hulle by hulle aanmeld nie. Verder kom verskillende probleme dikwels by dieselfde individu voor en moet dan deur die sielkundige op 'n holistiese wyse hanteer word. Die praktyk vra daarom generaliste wat die wyds moontlike spektrum van probleme kan behandel.

In die lig hiervan het meer as die helfte van die respondente (56,1%, N=57) aangedui dat die belangrikste voordeel van die geïntegreerde opleiding verband hou met die breë algemene opleiding en blootstelling aan verskeie terreine in die sielkunde. Oudstudente het aangedui dat hulle oor 'n groter aanwendingsvermoë en praktiseringsmoontlikhede beskik. Uit response op ongestruktureerde vrae blyk dit dat hulle hulself beskou as “buigsaam en aanpasbaar, met veelvuldige vaardighede” en dat hulle bevoeg voel om “'n wye verskeidenheid van probleme te hanteer”.

Die moontlikheid om dus eers generaliste en daarna spesialiste op te lei, behoort ondersoek te word. In die Suid-Afrikaanse konteks met die groot tekort aan geestesgesondheidswerkers wil dit inderdaad voorkom of daar 'n groter behoefte aan generaliste as aan spesialiste is. Skuy (1993) beskou dit as 'n luuksheid om opleidingsprogramme vir verskillende kategorieë te hê. 'n Geïntegreerde opleiding op nagraadse vlak is volgens hom meer kostedoeltreffend omdat dit finansiële verkwisting as gevolg van oorvleueling en moontlike duplisering voorkom. Hy ondersteun dus 'n model van geïntegreerde opleiding wat fokus op die areas van ooreenkomste, oorvleueling en wedersydse verryking uit verskillende velde, en wat ingestel is op die behoeftes van die Suid-Afrikaanse samelewing.

Fouché (1996) rapporteer dat studente, akademici en nie-akademici verdeeld is in hul opinies oor die vraag of geïntegreerde opleiding tot op meestersgraadvlak moet plaasvind, en spesialisasie daarna op doktorsale vlak. Die Suid-Afrikaanse literatuur blyk egter oorwegend ten gunste van generalis-opleiding tot op M-graadvlak te wees (Fouché, 1996; Kriegler, 1993b; Skuy, 1993).

Kritiek teen die geïntegreerde kursus soos in die huidige navorsing aangeteken, het dan ook verband gehou met die vraag of generaliste of spesialiste tydens die M-kursus opgelei moet word. Op die vraag oor die belangrikste nadele van die geïntegreerde kursus is die volgende algemene response verkry (N=48): intensiewe opleiding waarin spesialiskennis opgedoen word, is nie moontlik nie (39,6%); geen nadele is aan die geïntegreerde kursus verbonde nie (31,2%); 'n “Jack of all trades, master of none” word opgelei (22,9%); die kursus is ongebalanseerd ten gunste van voorligtingsielkunde, en te min aandag word in die M1-jaar aan kliniese opleiding gegee (12,5%).

## **Voortgesette opleiding**

'n Behoefte aan verdere opleiding na registrasie by die Departement Sielkunde is deur 82,0% van die respondente uitgespreek. Daar bestaan egter uiteenlopende menings oor die aspekte wat in verdere opleiding aandag moet kry. Die belangrikste behoefte wat deur 38,3% van die respondente (N=47)

aangedui is, is blootstelling aan die jongste navorsing en tendense in die sielkunde. Spesifieke behoeftes wat uitgespreek is, was, benewens dié aan verdere supervisie (14,9%), 'n behoefte aan opleiding in neurosielkunde (14,9%), psigometriese hulpmiddels (12,8%), praktykbestuur (12,8%), kinderpsigoterapie (12,8%), hipnose (12,8%), psigodinamiese terapie (10,6%), psigofarmakologie (10,6%), terapeutiese vaardighede (6,4%) en huweliksterapie (6,4%).

Fouché (1996) wys in dié verband daarop dat voortgesette opleiding belangrik is om stagnasie by gekwalifiseerde sielkundiges te voorkom. Verder dra voortgesette professionele opleiding ook by tot die integrasie van wetenskap en praktyk. In die Verenigde State van Amerika waar die idee in werking gestel is, kan sielkundiges slegs herregistreer as hulle in die voorafgaande periode voortgesette opleiding deur middel van byvoorbeeld die bywoning van werkwinkels of kursusse ondergaan het.

Suid-Afrikaanse sielkundiges is volgens Fouché (1996) in die algemeen ten gunste van 'n stelsel van voortgesette opleiding. Die verdere opleiding van geregistreerde sielkundiges deur die Departement Sielkunde sal dus in voeling met hierdie internasionale tendens en behoefte wees. Dit sal ook bydra tot die vernouing van die gaping tussen praktisyns en akademici en tot beter samewerking lei. Verder sal dit nouer kontak tussen sielkundiges in die praktyk bewerkstellig.

In die lig van subsidiebesnoeiings waaraan universiteite onderhewig is, sal sulke inrigtings in die toekoms al hoe meer finansiële onafhanklik moet word. Voortgesette opleiding bied die ideale geleentheid aan die Departement Sielkunde om nie net in die opleidingsbehoefes van (voornemende) sielkundiges te voorsien nie, maar ook fondse te genereer wat weer aangewend kan word om die opleiding van sielkundiges aan die Universiteit van die Oranje-Vrystaat te verbeter.

## **SAMEVATTING EN AANBEVELINGS**

In die lig van die sosio-politieke veranderinge in Suid-Afrika, kulturele diversiteit, meer gemeenskapsgeoriënteerde dienslewering, betrokkenheid by veelvuldige terreine van die samelewing en 'n verbreding van die tradisionele klem op psigodiagnose en psigoterapie bestaan daar kommer dat sielkundiges nie voldoende vir die eise van die praktyk voorberei word nie. Dit is daarom nodig dat die kurrikulum en opleiding van sielkundiges voortdurend herevalueer word en, waar nodig, aangepas word om te verseker dat sielkundiges relevant en toepaslik vir die praktyk opgelei word.

In die huidige ondersoek het die meerderheid respondente aangedui dat hul opleiding in die geheel hulle in 'n gemiddelde mate vir die praktyk voorberei het. Met inagneming van die diversiteit van eise wat die praktyk aan sielkundiges stel, kan die volgende samevattende gevolgtrekkings en aanbevelings rakende die opleiding van sielkundiges in die Departement Sielkunde aan die Universiteit van die Oranje-Vrystaat gemaak word.

- \* Die privaat praktyk blyk tans die gewildste werksituasie vir sielkundiges te wees. Respondente is egter ontoereikend in die bestuur van 'n privaat praktyk opgelei en meer aandag sal in die M-kursus daaraan geskenk moet word.
- \* Waar die meerderheid respondente hul opleiding in individuele terapie vir volwassenes as baie goed/goed geëvalueer het, blyk dit dat respondente nie toereikend vir die praktyk in kinderpsigoterapie en terapie met groepe opgelei is nie. Dit wil dus voorkom of daar in die professionele opleiding van sielkundiges aan die Universiteit van die Oranje-Vrystaat meer klem op kinderpsigoterapie en terapie met groepe geplaas moet word. Die tendens by sielkundiges om, ten spyte van goeie opleiding, min terapie met gesinne te doen, moet verder ondersoek word aangesien dit ook implikasies vir opleiding kan hê.
- \* Die tendens (wat nasionaal sowel as internasionaal voorkom) by sielkundiges om meer eklekties te wees en/of om psigoterapeutiese benaderings te integreer, is ook by die ondersoekgroep aangetref. Die Sielkundedepartement se beleid om studente in 'n wye verskeidenheid psigoterapeutiese benaderings op te lei, is dus in pas hiermee.
- \* Die opleiding kan egter selfs nog 'n groter spektrum van terapeutiese benaderings dek. Die behoefte is uitgespreek aan meer opleiding in hipnoterapie en die dieptesielkunde (Jung se analitiese benadering en psigoanalise). Voorgenoemde terapeutiese benaderings is egter soms omstrede en die doeltreffendheid daarvan word nie altyd deur navorsingsbevindings gesteun nie. Die huidige navorser is ook van mening dat sielkundiges in die verloop van hul opleiding minstens goeie blootstelling aan hipnoterapie en die dieptesielkunde moet kry en dat die keuse om dit daarna te gebruik, by hulself berus. 'n Besluit deur die Departement Sielkunde om hierdie terapeutiese benaderings by die kursus in te sluit, sal egter ook op 'n etiese en wetenskaplike wyse verantwoord moet word.
- \* Van die psigoterapeutiese benaderings wat gereeld in die praktyk gebruik word, is die opleiding in veral kognitiewe terapie, RET, gedragsterapie en realiteitsterapie as baie goed/goed geëvalueer.

Meer intensiewe opleiding sou in verlies- en routherapie, speltherapie en korttermyn psigodinamiese terapie aangebied kon word, aangesien dié benaderings ook redelik gereeld in die praktyk gebruik word.

- \* In teenstelling met die aanname dat sielkundiges praktiseer in aspekte waarin hulle goeie opleiding gekry het, is daar met die uitsondering van gedrags- en persoonsgesentreerde terapie geen betekenisvolle verband tussen die terapeutiese benaderings wat gebruik word en die opleiding daarin gevind nie. Dit beteken dat daar moontlik ander oorwegings as die kwaliteit van opleiding aanwesig is wanneer sielkundiges besluite neem oor die terapeutiese benaderings wat hulle in die praktyk gebruik. Een moontlike verklaring is dat sielkundiges terapeutiese benaderings volg wat hulle in die praktyk vind die beste vir hul spesifieke kliënte/pasiënte werk. Verdere navorsing is nodig om hierdie bevinding te verklaar.
- \* Psigometriese prosedures is 'n funksie wat minder gereeld deur sielkundiges verrig word. Dit wil voorkom of die opleiding in intelligensie-, belangstellings- en aanlegtoetse voldoende is, terwyl daar 'n behoefte bestaan aan meer opleiding in persoonlikheidstoetse, veral projektiewe toetse soos die Rorschach-inkkladtoets en TAT, en psigoneurologiese toetse.
- \* Ten einde 'n relevante diens te lewer, is dit nodig dat die opleiding van sielkundiges die sosio-politieke konteks, asook die kulturele diversiteit van die Suid-Afrikaanse gemeenskap in ag sal neem. Sielkundiges moet nie net gesensitiseer wees vir die uitwerking wat die land se geskiedenis en die politieke veranderinge op die geestesgesondheid van hul kliënte/pasiënte het nie, maar ook voortdurend bewus wees van die emosionele impak wat die sosio-politieke veranderinge op hulle persoonlik het.
- \* 'n Betekenisvolle proporsie van die kliënte/pasiënte wat deur sielkundiges behandel word, is van nie-Westerse oorsprong en daar kan verwag word dat dié tendens sal toeneem. Die opleiding van meer nie-Westerse sielkundiges en die aanbod van 'n toegepaste module in antropologie kan praktiese metodes wees om die eiesoortige probleme van kruiskulturele dienslewering op te los.
- \* Terreine in die sielkunde waaruit respondente gereeld kennis gebruik, is kliniese sielkunde, ontwikkelingsielkunde, persoonlikheidsielkunde, voorligtingsielkunde, opvoedkundige sielkunde en psigofarmakologie. Opleiding in ontwikkelingsielkunde en voorligtingsielkunde is as baie goed/goed bestempel. Op enkele uitsonderings na was daar geen betekenisvolle verband tussen die gebruiksfrekwensie van kennis uit verskillende sielkundeterreine en die opleiding daarin nie. Dit impliseer dat sielkundiges nie net op terreine werk waarin hulle meen dat hulle goeie opleiding

ontvang het nie – moontlik omdat die praktyk van hulle verwag om kennis uit veral sekere terreine te gebruik. Dit het geblyk dat meer klem in die M-kursus op veral psigofarmakologie en neurosielkunde geplaas moet word as opleiers hul studente beter vir die praktyk wil voorberei. Hoewel dit waar is dat daar 'n professionele rolverruiming in die sielkundeprofessie plaasgevind het, blyk dit dat psigoterapie steeds die enkele funksie is waaraan sielkundiges die meeste tyd in die praktyk bestee. Psigoterapie moet dan ook die fokus van opleiding bly.

- \* Dit wil voorkom of sielkundiges vanweë finansiële oorwegings nie gereeld kennis uit die gemeenskapsielkunde gebruik nie. Tog bestaan daar in die M-graadkursus 'n behoefte aan meer aandag aan gemeenskapsielkunde as module. Studente kan ook meer op voorgraadse en honneursvlak by gemeenskapsprojekte of primêre voorkomingsprogramme betrek word. Die opsie van 'n jaar gemeenskapsdiens kan ook waardevolle ondervinding en dienslewering verseker.
- \* Daar bestaan ruimte vir verbetering in die gebruik van die verskillende opleidingsmetodes wat deur die Departement Sielkunde aangewend word. Verlaesstukke en lesings deur dosente is as baie goed/goed bestempel. Studente sal egter aan meer supervisie blootgestel moet word.
- \* 'n Breë en goeie teoretiese onderbou is een van die uitstaande kenmerke van die toegepaste M-kursus wat die Sielkundedepartement aan die Universiteit van die Oranje-Vrystaat aanbied. Dit is egter nodig dat die kursusinhoud voortdurend bygewerk word om jongste nasionale en internasionale bevindings in die sielkunde daarin op te neem. In dié verband is meer bevindings versoek oor die teorieë wat die geskikste is vir die behandeling van die verskillende patologieë.
- \* Hoewel die praktiese deel van die opleiding van groot waarde is, bestaan daar 'n behoefte aan meer praktiese blootstelling in sowel die akademiese as die internskapjaar sodat praktiese tegnieke en metodes aangeleer kan word, die teorie in die praktyk toegepas kan word, en blootstelling aan 'n wye verskeidenheid kliënte/pasiënte kan plaasvind.
- \* Die kruisrotasie van interns by instansies wat vir die opleiding van sielkundiges in verskillende registrasiekategorieë geakkrediteer is, is nie binne die bestaande sisteem moontlik nie. Indien daar in die toekoms besluit sou word op die opleiding van generaliste, sou dit die ideaal wees om 'n geïntegreerde internskap aan te bied waardeur interns blootstelling kry aan die volle spektrum van gevalle wat deur kliniese, voorligting- en opvoedkundige sielkundiges hanteer word.
- \* Hoewel die meerderheid van die sielkundiges ten gunste van die skryf van 'n verhandeling as deel van die M-opleiding is, word die mening gehuldig dat dit onnodig omslagtig en omvattend is.

Indien dit korter sou wees – in die vorm van byvoorbeeld ('n) artikel(s) – sou meer tyd aan die ontwikkeling van terapeutiese vaardighede gewy kon word. Dit sou ook tot meer publikasies kon lei.

- \* Sielkundiges ervaar dat die praktyk nie onderskei tussen die registrasiekategorieë nie. Byna 80% van die respondente was van mening dat die werk wat hulle verrig, in 'n hoë mate ook deur sielkundiges in ander registrasiekategorieë gedoen word. Daar blyk baie oorvleueling te wees en dit wil voorkom of die praktyk 'n behoefte het aan meer generaliste.
- \* 'n Belangrike voordeel van die geïntegreerde opleiding hou verband met die breë, algemene opleiding en blootstelling van studente aan verskeie terreine in die sielkunde. Dit het tot gevolg dat sielkundiges 'n groot aanwendingsvermoë het, aanpasbaar is en oor vaardighede beskik om 'n wye verskeidenheid van probleme in die praktyk te hanteer.
- \* Kritiek teen die geïntegreerde kursus is dat daar nie genoeg intensiewe opleiding plaasvind waarin spesialiskennis opgedoen word nie. Daar moet dus gewaak word teen die bekende beskuldiging dat die Departement Sielkunde 'n "Jack of all trades, master of none"-benadering het.
- \* Suid-Afrikaanse sielkundiges is verdeeld in hul mening oor die waarde van 'n geïntegreerde M-kursus. 'n Geïntegreerde kursus word ook nie deur die meeste sielkundedepartemente in die land aangebied nie. Meer duidelikheid sal in die debat verkry word indien soortgelyke navorsing as die huidige gedoen word onder sielkundiges wat aan ander universiteite gestudeer het, en daar 'n vergelyking getref kan word tussen die sienings van die verskillende departemente se oudstudente ten opsigte van die waarde wat hulle heg aan hul opleiding ter voorbereiding vir die praktyk.
- \* Die oorgrote meerderheid respondente het die behoefte uitgespreek aan voortgesette opleiding deur die Departement Sielkunde. Voortgesette opleiding het die voordeel dat dit stagnasie kan voorkom, tot beter samewerking met akademici kan lei en ook die integrasie van wetenskap en praktyk tot gevolg kan hê. Die opsie van die verdere opleiding van sielkundiges maak dit vir die Departement Sielkunde moontlik om leemtes wat daar voorheen in die M-kursus was, sowel as nuwe opleidingsbehoefte by sielkundiges, te omskep in 'n geleentheid om fondse te genereer. Sodanige fondse kan dan weer aangewend word om nog beter opleidingsgeleenthede vir sielkundiges aan die Universiteit van die Oranje-Vrystaat te skep.

Die evaluering van die professionele opleiding van sielkundiges kan nie geïsoleerd van die praktyk geskied nie. Indien opleiers hul studente beter vir die eise van die praktyk wil voorberei, is dit noodsaaklik dat hulle ag sal slaan op die menings en terugvoering van praktiserende sielkundiges. Hoewel ondersoek soos die voorafgaande blootstellend vir die betrokke dosente en sielkundedepartemente kan wees, bied dit ook die geleentheid om die professionele opleiding van sielkundiges te verbeter en uiteindelik te verseker dat 'n relevante diens aan die gemeenskap gelewer word. By die geleentheid van die forum oor die rol en funksie van die sielkunde (Forum on the role and function of psychology, 1993) is egter gewaarsku dat die eksklusiewe fokus op professionele dienslewering ten koste van teoretiese werk die verwesenliking van 'n relevante sielkunde kan kompromitteer. Die uitdaging is dus om die professionele opleiding van sielkundiges te verbeter sonder om die teoretiese en navorsingskomponente agterweë te laat.

## BRONNELYS

- Bassa, F.M. & Schlebusch, L. (1984). Practice preferences of clinical psychologists in South Africa. *South African Journal of Psychology*, **14**, 118-123.
- Canter, S. & Canter, D. (1982). *Psychology in practice. Perspectives on professional psychology*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Corey, G. (1996). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (5th ed.). Pacific Grove: Brooks/Cole.
- Dawes, A. (1985). Politics and mental health: The position of clinical psychology in South Africa. *South African Journal of Psychology*, **15**, 55-61.
- Du Toit, S.I. (1976, September). *Sielkundiges as psigoterapeute in Suid-Afrika*. Referaat gelewer tydens die Vyftiende Kongres van die Sielkunde Instituut van die Republiek van Suid-Afrika, Stellenbosch.
- Forum on the role and function of psychology. (1993, 2-4 September). *Summary of issues emanating from the Forum on the role and function of psychology*, Johannesburg.
- Fouché, J.B. (1996). *Akademiese sielkunde in Suid-Afrika: 'n Kritiese situasie-analise*. Ongepubliseerde doktorsale proefskrif, Universiteit van die Oranje-Vrystaat, Bloemfontein.
- Frank, G. (1986). The Boulder model revisited. *Psychological Reports*, **59**, 407-413.
- Garfield, S.L. & Kurtz, R. (1976). Clinical psychologists in the 1970s. *American Psychologist*, **31**, 1-9.
- Hickson, J. & Kriegler, S. (1991). The mission and role of psychology in a traumatised and changing society: The case of South Africa. *International Journal of Psychology*, **26**, 783-793.
- Holdstock, T.L. (1981). Psychology in South Africa belongs to the colonial era. Arrogance or ignorance? *South African Journal of Psychology*, **11**, 123-129.
- Jensen, J.P., Bergin, A.E. & Greaves, D.W. (1990). The meaning of eclecticism: New survey and analysis of components. *Professional Psychology: Research and Practice*, **21**, 124-130.
- Kerlinger, F.N. (1988). *Foundations of behavioral research* (3rd ed.). New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Kitching, J.S. (1991). *Enkele probleme met betrekking tot die verskaffing van kruiskulturele sielkundige en psigiatriese dienste in Botshabelo – 'n Antropologiese perspektief*. Ongepubliseerde magisterverhandeling, Universiteit van die Oranje-Vrystaat, Bloemfontein.
- Kriegler, S.M. (1988). Opleiding van opvoedkundige sielkundiges vir die bevordering van geestesgesondheid in Suid-Afrika. *Suid-Afrikaanse Tydskrif vir Sielkunde*, **18**, 84-90.

- Kriegler, S.M. (1993a, September). *Training issues*. Forum on the role and function of psychology in a new South Africa, Johannesburg.
- Kriegler, S.M. (1993b). Options and directions for psychology within a framework for mental health services in South Africa. *South African Journal of Psychology*, **23**, 64-70.
- Manganyi, N.C. & Louw, J. (1986). Clinical psychology in South Africa: A comparative study of emerging professional trends. *Professional Psychology: Research and Practice*, **17**, 171-178.
- Norcross, J.C. & Prochaska, J.O. (1988). A study of eclectic (and integrative) views revisited. *Professional Psychology: Research and Practice*, **19**, 170-174.
- Peterson, D.R. (1995). The reflective educator. *American Psychologist*, **50**, 975-983.
- Pillay, Y.G. & Petersen, I. (1996). Current practice patterns of clinical and counselling psychologists and their attitudes to transforming mental health policies in South Africa. *South African Journal of Psychology*, **26**, 76-80.
- Sexton, V.S. & Hogan, J.D. (1992). *International psychology: Views from around the world*. Lincoln & London: University of Nebraska Press.
- Skuy, M. (1993, September). *Issues in the training of psychologists*. Forum on the role and function of psychology in a new South Africa, Johannesburg.
- Steeffel, N.M. (1992). Views on graduate training: 1990 survey of independent practitioners in Connecticut. *Psychotherapy in Private Practice*, **11**, 9-11.
- Stricker, G. (1975). On professional schools and professional degrees. *American Psychologist*, **30**, 1062-1066.
- Stricker, G. & Trierweiler, S.J. (1995). The local clinical scientist: A bridge between science and practice. *American Psychologist*, **50**, 995-1002.
- Van der Westhuyzen, T.W.B. & Plug, C. (1987). The training of South African psychologists: Summary of findings of the PASA Council Committee for Training. *South African Journal of Psychology*, **17**, 165-169.
- Warner, R.E. (1991). A survey of theoretical orientations of Canadian clinical psychologists. *Canadian Psychology*, **32**, 525-528.

*Bylae A*

**DIE BEGELEIDENDE BRIEF  
EN VRAELYS**



Departement Sielkunde  
Fakulteit Sosiale Wetenskappe

☒ 339 BLOEMFONTEIN 9300  
FAKS (051) 4475719 SA

REPUBLIEK VAN SUID-AFRIKA  
E-Pos: SIPH@RS.UOVS.AC.ZA

5 Mei 1997

*Geagte Kollega*

***EVALUERING VAN DIE PROFESSIONELE OPLEIDING VAN SIELKUNDIGES AAN DIE UNIVERSITEIT VAN DIE VRYSTAAT***

*Die komplekse behoeftes van die Suid-Afrikaanse samelewing, sosio-politieke veranderinge, kulturele diversiteit en 'n betrokkenheid in veelvuldige terreine van die samelewing stel hoë eise aan sielkundiges. Verder vereis 'n strewende na meer relevante dienslewering nuwe sielkundige dienste en 'n verbreding van die tradisionele klem op psigodiagnose en psigoterapie.*

*Om tred te hou met bogenoemde is dit noodsaaklik dat die Universiteit van die Vrystaat die professionele opleiding van sielkundiges weer in oënskou neem. Die doel van hierdie vraelys is om te bepaal in watter mate oud-studente tevrede is met die professionele opleiding wat hulle aan die Departement Sielkunde ontvang het, gegewe die eise van die praktyk binne die Suid-Afrikaanse konteks.*

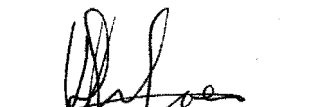
*Daar word beseft dat die invul van vraelyste dikwels frustrerend kan wees, maar daar is ongelukkig geen ander manier om die inligting te bekom nie. Om hierdie rede sal dit hoog op prys gestel word indien u ongeveer 25 minute van u tyd sal gebruik om die aangehegte vraelys in te vul. Die terugvoer wat van u ontvang word, sal help om sielkundiges in die toekoms beter voor te berei vir die praktyk en ook hul professionele opleiding in die algemeen verbeter.*

*U word vriendelik versoek om die vraelys so spoedig moontlik – maar nie later nie as 9 Junie 1997 – in te vul en in die gefrankeerde koevert te stuur aan: Dr. R. B. I. Beukes, Departement Sielkunde, Universiteit van die Vrystaat, Posbus 339, Bloemfontein, 9300.*

*By voorbaat baie dankie.*

*Die uwe*

  
Dr. R. B. I. Beukes  
KURSUSLEIER

  
M. D. J. Viljoen  
NAVORSER

EVALUERING VAN DIE PROFESSIONELE  
OPLEIDING VAN SELKUNDIGES  
AAN DIE  
UNIVERSITEIT VAN DIE VRYSTAAT

VERTROULIK

*Instruksies:*

- Die vraelys is **ANONIEM** en **VERTROULIK** en u word versoek om die vrae so openhartig en eerlik as moontlik te beantwoord.
- Omkring** die gepaste syfer(s) of skryf die verlangde inligting duidelik en volledig in.
- Indien u op 'n vraag wil uitbrei, is u meer as welkom om van addisionele papier gebruik te maak.
- Navrae kan gerig word aan dr. Beukes by die Departement Sielkunde (Tel. 051-4012340).

# AFDELING A

## INLIGTING RAKENDE U BEROEPS-FUNKSIONERING

Kantoorgebruik

1 1  
   2-4

1. In watter kategorie(ë) is u by die SAGTR geregistreer?

Klinies	1
Opvoedkundig	2
Voorligting	3
Intern	4
Nie geregistreer nie	5

5  
 6  
 7  
 8  
 9

2. Hoeveel jare werkservaring het u in die sielkundeberoep sedert u internskap? (Bv. 3 jaar = 03).

10-11

3. By watter tipe instansie is u primêr werksaam? (Bv. Korrektiewe Dienste, privaat praktyk of nywerheidskool).

Spesifiseer: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

12-13

4. Wat is die vier funksies wat u as sielkundige daagliks die meeste in die praktyk moet verrig? Dui ook die persentasie tyd aan wat u daaraan bestee. (Bv. Verslagskrywing 20%).

1. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

14-17

18-21

22-25

26-29

5. Tot watter mate word die werk wat u doen ook deur sielkundiges in ander registrasiekategorieë gedoen?

Baie groot mate	1
Groot mate	2
Gemiddelde mate	3
Geringe mate	4
Geensins	5
Onseker	6

 30

6. Hoe gereeld maak u DSM-diagnoses in die praktyk?

Gereeld	1
Soms	2
Selde	3
Nooit	4
Onseker	5

 31

7. Hoe gereeld doen u

	Gereeld	Soms	Selde	Nooit	Onseker
individuele terapie met kinders?	1	2	3	4	5
individuele terapie met volwassenes?	1	2	3	4	5
terapie met egpare?	1	2	3	4	5
terapie met gesinne?	1	2	3	4	5
terapie met groepe?	1	2	3	4	5

 32

 33

 34

 35

 36

8. Dui aan hoe gereeld u die volgende terapeutiese benaderings in die praktyk gebruik:

	Gereeld	Soms	Selde	Nooit	Onseker
Eklektiese terapie	1	2	3	4	5
Gedragsterapie	1	2	3	4	5
Gesinsterapie	1	2	3	4	5
Geïntegreerde benadering	1	2	3	4	5
Hipnoterapie	1	2	3	4	5
Kognitiewe terapie	1	2	3	4	5
Korttermyn psigodinamiese terapie	1	2	3	4	5

 37

 38

 39

 40

 41

 42

 43

## Kantoorgebruik

	Gereeld	Soms	Selde	Nooit	Onseker
Logoterapie	1	2	3	4	5
Multimodale terapie	1	2	3	4	5
Narratiewe benadering	1	2	3	4	5
Persoonsgesentreerde terapie	1	2	3	4	5
Rasioneel-emosiewe gedrags- terapie	1	2	3	4	5
Realiteitsterapie	1	2	3	4	5
Spel terapie	1	2	3	4	5
Theraplay	1	2	3	4	5
Verlies- en rou terapie	1	2	3	4	5
Ander (spesifiseer):	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55

9. Hoe gereeld dra u die volgende lewensvaardighede aan u kliënte oor?

	Gereeld	Soms	Selde	Nooit	Onseker
Besluitneming	1	2	3	4	5
Konflikhantering	1	2	3	4	5
Luistervaardighede	1	2	3	4	5
Onderhandeling	1	2	3	4	5
Ouerleiding	1	2	3	4	5
Probleemoplossing	1	2	3	4	5
Selfhandhawing	1	2	3	4	5
Streshantering	1	2	3	4	5
Ander (spesifiseer):	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66

10. Dui aan hoe gereeld u kennis uit elk van die volgende velde in die sielkunde toepas:

	Gereeld	Soms	Selde	Nooit	Onseker
Bedryfs- en organisasiesielkunde	1	2	3	4	5
Forensiese sielkunde	1	2	3	4	5
Gemeenskapsielkunde	1	2	3	4	5
Gesondheidsielkunde	1	2	3	4	5
Kliniese sielkunde	1	2	3	4	5
Mediasielkunde	1	2	3	4	5
Militêre sielkunde	1	2	3	4	5
Navorsingsielkunde	1	2	3	4	5
Neurosielkunde	1	2	3	4	5
Omgewingsielkunde	1	2	3	4	5
Ontwikkelingsielkunde	1	2	3	4	5
Opvoedkundige sielkunde	1	2	3	4	5
Parapsigologie	1	2	3	4	5
Persoonlikheidsielkunde	1	2	3	4	5
Psigofarmakologie	1	2	3	4	5
Rehabilitasiesielkunde	1	2	3	4	5
Sielkunde en substansiemisbruik	1	2	3	4	5
Sielkunde van die godsdiens	1	2	3	4	5
Sosiale sielkunde	1	2	3	4	5
Sportsielkunde	1	2	3	4	5
Voorligtingsielkunde	1	2	3	4	5
Ander (spesifiseer):	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

Kantoorgebruik

1  
   2-4

- 5  
 6  
 7  
 8  
 9  
 10  
 11  
 12  
 13  
 14  
 15  
 16  
 17  
 18  
 19  
 20  
 21  
 22  
 23  
 24  
 25  
 26  
 27

11. Dui aan hoe gereeld u met die volgende spesialiste saamwerk:

	Gereeld	Soms	Selde	Nooit	Onseker
Algemene praktisyn	1	2	3	4	5
Arbeidsterapeut	1	2	3	4	5
Maatskaplike werker	1	2	3	4	5

- 28  
 29  
 30

Kantoorgebruik

	Gereeld	Soms	Selde	Nooit	Onseker
Neuroloog	1	2	3	4	5
Onderwyser	1	2	3	4	5
Pediater	1	2	3	4	5
Predikant	1	2	3	4	5
Prokureur	1	2	3	4	5
Psigiater	1	2	3	4	5
Remediërende onderwyser	1	2	3	4	5
Spraakterapeut	1	2	3	4	5
Ander (spesifiseer):	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41

## AFDELING B

### INLIGTING RAKENDE U OPLEIDING AS SIELKUNDIGE

12. Ten opsigte van watter probleme in die praktyk ervaar u dat u opleiding ontoereikend was? Noem die probleme in volgorde van belangrikheid.

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

 42-43 44-45 46-47 48-49 50-51

13. Hoe goed is u in krisisintervensie opgelei?

Baie goed	1
Goed	2
Gemiddeld	3
Swak	4
Baie swak	5
Onseker	6

 52

14. Hoe goed is u opgelei om DSM-diagnoses te maak?

Baie goed	1
Goed	2
Gemiddeld	3
Swak	4
Baie swak	5
Onseker	6

53

15. Dui aan hoe goed u in die volgende opgelei is:

	Baie goed	Goed	Gemiddeld	Swak	Baie swak	Onseker
Individuele terapie met kinders	1	2	3	4	5	6
Individuele terapie met volwassenes	1	2	3	4	5	6
Terapie met egpare	1	2	3	4	5	6
Terapie met gesinne	1	2	3	4	5	6
Terapie met groepe	1	2	3	4	5	6

54

55

56

57

58

16. Dui aan hoe goed u in die volgende terapeutiese benaderings opgelei is:

	Baie goed	Goed	Gemiddeld	Swak	Baie swak	Onseker
Eklektiese terapie	1	2	3	4	5	6
Gedragsterapie	1	2	3	4	5	6
Gesinsterapie	1	2	3	4	5	6
Geïntegreerde benadering	1	2	3	4	5	6
Hipnoterapie	1	2	3	4	5	6
Kognitiewe terapie	1	2	3	4	5	6
Korttermyn psigo-dinamiese terapie	1	2	3	4	5	6
Logoterapie	1	2	3	4	5	6
Multimodale terapie	1	2	3	4	5	6
Narratiewe benadering	1	2	3	4	5	6
Persoonsgesentreerde terapie	1	2	3	4	5	6

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

Kantoorgebruik

	Baie goed	Goed	Gemiddeld	Swak	Baie swak	Onseker
Rasioneel-emotiewe gedragsterapie	1	2	3	4	5	6
Realiteitsterapie	1	2	3	4	5	6
Speltherapie	1	2	3	4	5	6
Theraplay	1	2	3	4	5	6
Verlies- en routherapie	1	2	3	4	5	6
Ander (spesifiseer):	1	2	3	4	5	6
	1	2	3	4	5	6

 70 71 72 73 74 75 76

17. Noem in volgorde van belangrikheid ander terapeutiese benaderings wat na u mening by die kursus ingesluit moet word:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

 3 1 2-4 5-6 7-8 9-10 11-12 13-14

18. Hoe goed is u in die volgende lewensvaardighede opgelei?

	Baie goed	Goed	Gemiddeld	Swak	Baie swak	Onseker
Besluitneming	1	2	3	4	5	6
Konflikhantering	1	2	3	4	5	6
Luistervaardighede	1	2	3	4	5	6
Onderhandeling	1	2	3	4	5	6
Ouerleiding	1	2	3	4	5	6
Probleemoplossing	1	2	3	4	5	6
Selfhandhawing	1	2	3	4	5	6
Streshantering	1	2	3	4	5	6
Ander (spesifiseer):	1	2	3	4	5	6
	1	2	3	4	5	6

 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

19. Hoe goed is u in die hantering van die behoeftes en probleme van die volgende ontwikkelingsfasies van kliënte opgelei?

	Baie goed	Goed	Gemiddeld	Swak	Baie swak	Onseker	
<b>KLEUTERTYDPERK</b>							
Normale ontwikkelingstake	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 25
Voorskoolse stimulering	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 26
Skoolgereedheid	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 27
<b>MIDDELKINDERJARE/ADOLESENSIE</b>							
Normale ontwikkelingstake	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 28
Begaafdheid	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 29
Leergestremdhede	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 30
Leerontwikkeling/ studioterapie	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 31
Vakvoorligting	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 32
Beroepsvoorligting	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 33
<b>VOLWASSENHEID</b>							
Normale ontwikkelingstake	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 34
Loopbaanontwikkeling	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 35
Huweliks- en seksberading	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 36
Egskeiding	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 37
<b>BEJAARDHEID</b>							
Normale ontwikkelingstake	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 38
Aftrede	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 39
Sterwensbegeleiding	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 40

20. Hoe goed is u in verslagskrywing opgelei?

Baie goed	1
Goed	2
Gemiddeld	3
Swak	4
Baie swak	5
Onseker	6

41

21. Dui aan hoe goed u in elk van die volgende velde opgelei is:

	Baie goed	Goed	Gemiddeld	Swak	Baie swak	Onseker
Bedryfs- en organisasiesielkunde	1	2	3	4	5	6
Forensiese sielkunde	1	2	3	4	5	6
Gemeenskapsielkunde	1	2	3	4	5	6
Gesondheidsielkunde	1	2	3	4	5	6
Kliniese sielkunde	1	2	3	4	5	6
Mediasielkunde	1	2	3	4	5	6
Militêre sielkunde	1	2	3	4	5	6
Navorsingsielkunde	1	2	3	4	5	6
Neurosielkunde	1	2	3	4	5	6
Omgewingsielkunde	1	2	3	4	5	6
Ontwikkelingsielkunde	1	2	3	4	5	6
Opvoedkundige sielkunde	1	2	3	4	5	6
Parapsigologie	1	2	3	4	5	6
Persoonlikheidsielkunde	1	2	3	4	5	6
Psigofarmakologie	1	2	3	4	5	6
Rehabilitasiesielkunde	1	2	3	4	5	6
Sielkunde en substansiemisbruik	1	2	3	4	5	6
Sielkunde van die godsdienst	1	2	3	4	5	6
Sosiale sielkunde	1	2	3	4	5	6

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

59

60

## Kantoorgebruik

	Baie goed	Goed	Gemiddeld	Swak	Baie swak	Onseker
Sportsielkunde	1	2	3	4	5	6
Voorligtingsielkunde	1	2	3	4	5	6
Ander (spesifiseer):	1	2	3	4	5	6
	1	2	3	4	5	6

 61 62 63 64

22. Hoe goed is u opgelei in die ontwikkeling en aanbieding van programme?

Baie goed	1
Goed	2
Gemiddeld	3
Swak	4
Baie swak	5
Onseker	6

 65

23. In watter areas, indien enige, van die bestuur van 'n privaat praktyk sou u graag meer opleiding wou ontvang? (Bv. bemarking en/of die hantering van rekenings).

1. \_\_\_\_\_

 66-67

2. \_\_\_\_\_

 68-69

3. \_\_\_\_\_

 70-71

4. \_\_\_\_\_

 72-73

24. Hoe goed is u in die professionele etiek opgelei?

Baie goed	1
Goed	2
Gemiddeld	3
Swak	4
Baie swak	5
Onseker	6

 74

25. Noem die psigometriese toetse waarin u beter opgelei sou wou word:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_

Kantoorgebruik

- 4 1  
   2-4  
  5-6  
  7-8  
  9-10  
  11-12  
  13-14  
  15-16  
  17-18  
  19-20

26. Hoe goed het u opleiding u voorberei om doeltreffend met die volgende spesialiste saam te werk:

	Baie goed	Goed	Gemiddeld	Swak	Baie swak	Onseker
Algemene praktisyn	1	2	3	4	5	6
Arbeidsterapeut	1	2	3	4	5	6
Maatskaplike werker	1	2	3	4	5	6
Neuroloog	1	2	3	4	5	6
Onderwysers	1	2	3	4	5	6
Pediater	1	2	3	4	5	6
Predikant	1	2	3	4	5	6
Prokureur	1	2	3	4	5	6
Psigiater	1	2	3	4	5	6
Remediërende onderwyser	1	2	3	4	5	6
Spraakterapeut	1	2	3	4	5	6
Ander (spesifiseer):	1	2	3	4	5	6
	1	2	3	4	5	6

- 21  
 22  
 23  
 24  
 25  
 26  
 27  
 28  
 29  
 30  
 31  
 32  
 33

27. Hoe goed is die volgende opleidingshulpmiddels tydens u opleiding as M-student gebruik?

	Baie goed	Goed	Gemiddeld	Swak	Baie swak	Onseker
Besoekende sprekers	1	2	3	4	5	6
Eksperiënsiële leer	1	2	3	4	5	6
Films/video's	1	2	3	4	5	6
Kliënteblootstelling	1	2	3	4	5	6
Ko-terapeute	1	2	3	4	5	6
Leesstukke	1	2	3	4	5	6
Lesings deur bekwame dosente	1	2	3	4	5	6
Modellering (dosent as rolmodel)	1	2	3	4	5	6
Persoonlike video-opnames	1	2	3	4	5	6
Rollespele	1	2	3	4	5	6
Supervisie	1	2	3	4	5	6
Terugvoer van medestudente	1	2	3	4	5	6
T-groepe	1	2	3	4	5	6
Werkswinkels	1	2	3	4	5	6

 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47

28. Watter persentasie van dosente het die leerstof effektief tydens u M-kursus oorgedra? (Bv. 70% = 70).

--	--

 48-49

29. Dui aan of u tevrede is dat u akademiese jaar genoegsaam van elk van die volgende ingesluit het:

	Ja	Nee
Teoretiese grondslae	1	2
Nuutste navorsingsbevindings	1	2
Toepaslike teorieë vir spesifieke patologieë	1	2
'n Kritiese ingesteldheid ten opsigte van teorieë	1	2
'n Kritiese ingesteldheid ten opsigte van psigometriese toetse	1	2

 50 51 52 53 54

Kantoorgebruik

30. Noem die belangrikste leemtes wat daar in u akademiese opleiding was:

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

  55-56  57-58  59-60

31. Noem die belangrikste positiewe aspekte van u akademiese opleiding:

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

  61-62  63-64  65-66

32. Hoe belangrik ag u dit vir die professionele opleiding van sielkundiges dat 'n verhandeling gedurende die M-kursus voltooi moet word?

Baie belangrik	1
Belangrik	2
Minder belangrik	3
Geensins belangrik	4
Onseker	5

 67

Verduidelik u standpunt kortliks:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

  68-6933. Hoe goed was u opgelei om die navorsing vir u verhandeling suksesvol af te handel?

Baie goed	1
Goed	2
Gemiddeld	3
Swak	4
Baie swak	5
Onseker	6

 70

34. Hoe goed is u opgelei by die betrokke instansies waar u u internskap deurloop het?

	Baie goed	Goed	Gemiddeld	Swak	Baie swak	Onseker
3 Militêre Hospitaal	1	2	3	4	5	6
EPOG	1	2	3	4	5	6
Oranje Hospitaal	1	2	3	4	5	6
Technikon Vrystaat	1	2	3	4	5	6
Studentevoorigtingsdiens (Voorheen BVG)	1	2	3	4	5	6

35. Wat kan gedoen word om die internskap te verbeter? Noem die vernaamste voorstelle in volgorde van belangrikheid:

1. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

36. Wat is na u mening die belangrikste voordele van die geïntegreerde M-kursus?

1. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

37. Wat is na u mening die belangrikste nadele van die geïntegreerde M-kursus?

1. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

 71 72 73 74 75 5 1   2-4  5-6  7-8  9-10  11-12  13-14  15-16  17-18  19-20  21-22

38. Dui aan tot watter mate u opleiding u in geheel voorberei het vir die praktyk:

Baie groot mate	1
Groot mate	2
Gemiddelde mate	3
Geringe mate	4
Geensins	5
Onseker	6

 23

39. Sou u na u registrasie as sielkundige kon baat by verdere opleiding deur die Departement Sielkunde?

Ja	1
Nee	2

 24

40. Indien u JA geantwoord het by vraag 39, dui aan in watter aspekte u graag meer opleiding wil ontvang:

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

  25-26

  27-28

  29-30

## **AFDELING C**

### INLICHTING RAKENDE 'N VERANDERENDE SIELKUNDEBEROEP

41. Watter persentasie van die kliënte wat u konsulteer, het sielkundige probleme wat verband hou met die sosio-politieke situasie in Suid-Afrika? (Bv. as gevolg van regstellende aksie of geweldpleging, 5% = 05).

--	--

 31-32

Kantoorgebruik

42. Watter persentasie van u kliënte is van nie-Westerse kulture?

--	--

 33-34

43. In watter mate dink u is die Westerse hoofstroom sielkundige beginsels op mense van nie-Westerse kulture toepasbaar?

Baie groot mate	1
Groot mate	2
Gemiddelde mate	3
Geringe mate	4
Geensins	5
Onseker	6

 35

Verduidelik u standpunt kortliks:

---



---



---

  36-37

44. Is dit volgens u 'n voorvereiste vir suksesvolle terapie dat die terapeut bekend moet wees met die kliënt se

	Ja	Nee
moedertaal?	1	2
gebruike en gewoontes?	1	2

 38 39

45. Wat is die twee vernaamste, indien enige, eiesoortige probleme wat u met kliënte van nie-Westerse kulture ervaar?

1. 

---

  40-412. 

---

  42-43

46. In watter mate is u bereid om met tradisionele genesers saam te werk?

Baie groot mate	1
Groot mate	2
Gemiddelde mate	3
Geringe mate	4
Geensins	5
Onseker	6

 44

## Kantoorgebruik

47. Wat is u mening oor die gebruik van tolke in terapie en psigometriese evaluasies?

---



---



---



---

  45-46

48. Wat kan gedoen word om sielkundige dienste meer toeganklik vir die breë bevolking van Suid-Afrika te maak?

1. 

---

---

2. 

---

---

3. 

---

---

  47-48

  49-50

  51-52

49. Daar word tans 'n debat gevoer oor die wyse waarop die sielkundeprofessie 'n meer relevante diens binne die Suid-Afrikaanse konteks kan lewer. Watter aspekte moet by die M-kursus ingesluit word om dit meer relevant te maak vir die praktyk binne die Suid-Afrikaanse konteks? (Dui die vernaamste aanbevelings aan.)

1. 

---

---

2. 

---

---

3. 

---

---

  53-54

  55-56

  57-58



