



Die kliniese sielkundige: handhawer van ambivalensie

D Beyers
B.A., B.Th. (Stell.), M.A. (Klinies) (SA), D. Phil. (UOVS).

Rede uitgespreek by die aanvaarding van die amp van Hoogleraar in die Kliniese Sielkunde aan die Randse Afrikaanse Universiteit op Maandag 26 Oktober 1981 om 17h15.

Publikasiereeks van die
Randse Afrikaanse Universiteit
A138
Johannesburg
1981

Die publikasiereeks van die Randse Afrikaanse Universiteit verskyn in die volgende reekse:

A: Intreeredes en lesings

B: Navorsing deur dosente en studente

C: Monografiese reeks

Die menings hierin uitgespreek is dié van die skrywer en nie noodwendig dié van die Universiteit nie.



ISBN 0 86970 188 6

© Kopiereg: Randse Afrikaanse Universiteit 1981

The tolerance of ambiguity as basic to the identity of the clinical psychologist

Summary

It is imperative that the trainer of clinical psychologists be clear as to the identity of the clinical psychologist. Controversy and uncertainty exists concerning the definition of the identity of the clinical psychologist. On the one hand he is seen as a scientist, a tester of theories; in contrast as a practitioner who wants to help people in their ordinary lives.

Taking a closer look at the essence of what the clinical psychologist does, it becomes clear that the scientist and the practitioner represent two incompatible systems of thought. The precision and control characterising the scientific endeavour seem to be irreconcilable with the intuitive and "open" communication of a typical clinical situation.

Some influential clinical psychologists, in noting the ambivalence inherent in the identity of the clinical psychologist, have advocated a deliberate choice between the two identities. This has resulted in a polarization between two points of view: reason and emotion, thinking and feeling, science and practice are played off against one another at the cost of both.

The point of view represented in this address is that polarization can only be harmful. It is stated that the ambivalent identity for the clinical psychologist should not only be accepted but also actively promoted, since it seems to be the best way to meet the reality of a clinical situation.

It is furthermore pointed out that clinical psychology as a subject cannot develop if the clinical psychologist is unable to be scientist and practitioner simultaneously.

Ways are suggested which could be followed by tutors towards training a clinical psychologist to maintain and tolerate his ambivalent role.

Die kliniese sielkundige: handhawer van ambivalensie

1. Inleiding

Daar is reeds baie geskryf oor wie die kliniese sielkundige is. Die aard en omvang van sy werk word omskryf, sy rol en funksies word gedefinieer, persoonlikheidseienskappe word aan hom toegedig . . . Daar is 'n gedurige "soeke" na die identiteit van die sogenaamde kliniese sielkundige.

Twee uiterste beskouinge oor die identiteit van die kliniese sielkundige word aangetref. Die een beskouing beweer dat hy iemand is wat met buitengewone sensitiwiteit en aanvoeling die psigologiese klimaat moet kan peil en intuïtief-kreatief deur sy ervarings heen sy psigoterapie doen. Hy verantwoord hom teenoor niemand, hy loop sy aanvoelingspad voel-voel.

Perry (1979) verwys na hierdie beskouing as die klinikalisme (oorspronklik só geformuleer deur Chein (1966)) in teenstelling met die konsep kliniese sielkunde. Die klinikalisme sou dan voorgestaan word deur die individu wat die meeste grondbeginsels van die wetenskaplike ondersoek òf verwerp òf wantrou.

Die ander beskouing huldig die mening dat die kliniese sielkundige in wese 'n wetenskaplike is. Hy moet altyd wetenskaplik weet, voor hy hom toelaat — indien ooit — om te doen of te voel. Hy is die kenner van navorsingsgewens, van literatuur aanhalings en publikasiedatums, die evalueerder, die een wat getrou by kongresse sy netjiese eksperimentele bevindings aan die gehoor voorhou. Chein (1966) — in Perry (1979) — sê dis die voorstanders van die scientisme (in teenstelling met die wetenskap (science)). Volgens hom is hulle gewoonlik kenners van slegs een benadering in navorsing om so by te dra tot die ontwikkeling van wetenskaplike kennis.

Tussen hierdie twee uiteenlopende beskouings lê velerlei menings en pogings tot integrasie van beide "modelle".

Hierdie beskouings kan nie deur die kliniese sielkundige geïgnoreer word nie. Dit het betrekking op sy "identiteit", sy funksie en sy rol. Die opleier van kliniese sielkundiges moet van hierdie kontrasterende rolle vir die kliniese sielkundige kennis neem. Hy verskaf die opleiding en moet weet wie sy bestemming is. Hy moet rekening hou met die opleiding wat prosesmatig dié bestemming na 'n vooropgestelde doelwitgerigte "eindbestemming" lei. Hy

kan die identiteit- of roldiffusie van die kliniese sielkundige nie ignoreer nie. Hy moet vir homself uitsluitel gee oor wie en wat die kliniese sielkundige is.

Ten einde helderheid te verkry oor die aard van die dilemma om die identiteit van die kliniese sielkundige te definieer, is 'n vinnige blik op die oorsake daarvan van nut.

2. Oorsake van identiteitsdilemma

Een van die groot oorsake is te vinde in die geskiedenis van die kliniese sielkunde. Algemeen word aanvaar dat die kliniese sielkunde 'n vak is met 'n lang verlede en 'n kort geskiedenis. Sy **verlede** strek terug tot eeue voor Christus en is gewortel in die filosofie, die medisyne, die teologie, die psigiatrie, biologie, fisika, e.a. Sy geskiedenis begin eers in die oorgang van die neëntiende na die twintigste eeu. Eers in 1917 is die kliniese sielkunde na 25 jaar van die bestaan van die American Psychological Association as 'n aparte kategorie in die sielkunde erken.

Op grond hiervan blyk dit dat meer as wat dit die geval is met die ontwikkeling van ander dissiplines, die kliniese sielkunde as vak reeds voor sy amptelike ontstaan so beïnvloed is deur ander vakgebiede én die interaksie tussen dié dissiplines, dat dit van die begin af moeilik was om die vak met gemak te omskryf — nog moeiliker om die vakman daarvan te identifiseer.

In sy kort geskiedenis wemel dit boonop van uiteenlopende en selfs onversoerbare, botsende verskynsels: op teoretiese-, navorsings- en praktykvlak. **Teoretiese denke** word gekenmerk aan wyd uiteenlopende sieninge soos die psigoanalise, die behaviourisme, die humanisme; die eksistensialisme versus die eksperimentele; individuele- versus groepbenaderings; intra-psigiese- versus interpsigiese oriëntasie; psige- versus soma-beskouings en veelvuldige pogings tot integrasie van hierdie beskouinge.

In die **navorsing** word botsende aannames ten opsigte van sielkundige meting gevind. Aan die een kant staan meetmetodes wat probeer om aan die strengste eise van die psigometrika te voldoen. Aan die ander kant is daar die praktykgerigte instrumente wat sterk deur subjektiewe oordeel beïnvloed kan word.

Die **praktyk** van die kliniese sielkundige het ontwikkel vanuit die verskillende en uiteenlopende teoretiese skole waarop reeds gewys is. So wyd as wat die teorieë van mekaar verskil, so wyd het die vorme van behandeling verskil. Daar is byvoorbeeld geen of weinig ooreenkoms in die behandeling wat 'n kliënt van 'n psigoanalise of van 'n leerteoretikus ontvang het nie.

In hierdie kort samevatting kry u 'n blik van die enorme vrugteslaai waarin die kliniese sielkundige hom in sy vakgebied bevind. Die effek van wêreldgebeure, politieke skommeling en maatskaplike veranderinge gedurende hierdie eeue word nie eers in die ontwikkelingsproses in berekening gebring nie. As voorbeeld kan die invloed van die Tweede Wêreldoorlog genoem word wat 'n duidelike skuif in denke in die Sielkunde meegebring het. Dit wil voorkom asof die oorlog die mens bewus gemaak het van die krag van interaksies, 'n bewussyn dat interaksies grondliggend is aan geestesgesondheid. Maar ook vanweë die dinamiese energie van interaksies kan dit destruktief op die mens inwerk. Dit is nie toevallig dat die kliniese sielkunde van 'n intrapsigiese model van denke vóór die Tweede Wêreldoorlog sterker na 'n interpsigiese model ná afloop daarvan beweeg het nie.

Tans is 'n verskuiwing van teoretiese denke waar te neem: in die rigting van die kognitiewe sielkunde. Die basiese veronderstelling van die leerteoretikus dat die bewussyn nie bestudeerbaar is nie, word nou verwerp. Toenemend word gesoek na 'n begrip van die aard van juis verstandelike prosesse wat onder andere leer én drang affekteer.

Dit val dus op dat daar "modes" is in teoretiese denke in die sielkunde. Op die huidige moment — ook in Suid-Afrika — is dit hoogmode om sisteme te bestudeer veral in gesinsverband. Dit het sy voordele. Maar die verskriklike "rise and fall" van denksisteme bied 'n probleem vir die kliniese sielkunde. In plaas daarvan dat 'n ewolusionêre opbou van gegewens verkry word en wat die definiëring van die identiteit van die kliniese sielkundige sou vergemaklik, het die huidige prosesse die teeneffek: sy rol raak al hoe diffuser.

Wanneer ons poog om die identiteit van die kliniese sielkundige te definieer is dié feit belangrik: die sielkundige en spesifiek die kliniese sielkundige, is juis nie net iemand wat 'n kundige is in net sekere psigiese verskynsels by die mens nie.

Smith (1978) vra tereg, wanneer hy verwys na die kompleksiteit van menswees en die rol wat die kliniese sielkundige daarin speel, of daar ooit in die geskiedenis 'n meer heterogene dissipline of professie was. Die kliniese sielkundige is nie die medikus wie se taak primêr is om die fisiese, die biologiese en die biochemiese bestaan van die mens te verstaan nie. Hy is nie die teoloog wat vanuit sy perspektief primêr die mens as-geskape-van-God sien nie . . . Die kliniese sielkundige daarenteen is 'n kundige van die interaksie van die mens se genetiese, biologiese, psigiese en psigososiale sisteme. Hy moet die mens in konteks sien — trouens, daarsonder sien hy hom nie.

Al hierdie agtergrondtendense laat sy merk op die kliniese sielkundige se rol en funksies.

Uit bostaande beskrywing van enkele fasette uit die geskiedenis van die kliniese sielkunde en van die kompleksiteit van 'n "oop-kyk" na menswees, is 'n beeld van die rol wat van die kliniese sielkundige verwag word, reeds geskep. Aan die een kant iets van die wetenskapsbeoefenaar, die toetsers van teorieë; aan die ander kant die praktisyn wat die mens in sy volheid wil verstaan en help. Aan die een kant dus wetenskaplike, aan die ander kant 'n professionele persoon. Dis 'n dualistiese rol.

3. Die Boulder-model

Oor 'n tydperk van jare is die vraag keer-op-keer gestel of hierdie dualistiese rol hoegenaamd binne een identiteit gehuisves kan word. 'n Belangrike en invloedryke gebeurtenis rondom hierdie probleemvraag, het in 1949 in Boulder, Colorado plaasgevind. Die "Boulder-model" kry hier sy gestalte. Dié model stel dit dat die kliniese sielkundige beide wetenskaplike en professionele persoon moet wees. Hierdie model is deur daaropvolgende kongresse onderskryf (Hoch, Ross en Winder, 1966).

Hierdie model stel twee eise, naamlik dat die kliniese sielkundige hom as wetenskapsbeoefenaar moet onderwerp aan die beginsel van die wetenskap, nl. 'n eerlike soeke na objektiewe kennis. Dit is die wetenskaplik georiënteerde kliniese sielkundige se taak om op sistematiese wyse kennis omtrent die mens vanuit werklike lewenssituasies te kry (Shakow, 1976). Dié kennis wat hy uit die praktiese situasie opdoen poog hy om te integreer met bestaande sielkundige teorieë. Hy bekyk voortdurend en bevraagteken die aard en die inhoud van die gegewens voor hom. Shakow skryf dat die onderliggende motivering van kliniese sielkundiges juis is en moet wees "other-understanding through self-understanding by way of science. In this image clinical psychologists see themselves combining the idiographic and nomothetic approaches both of which appear to them significant" (1976, p. 554).

Om die kliniese sielkundige as wetenskapsbeoefenaar te omskryf, is om 'n dieper ontleding te maak van die **waardestelsel** wat hom karakteriseer. Shakow formuleer die waardesisteme waardeur die kliniese sielkundige geïdentifiseer word, as volg: 'n selfbeeld van iemand wat hom met sy veld (die mens) vereenselwig én met die mens se geskiedenis. Maar benewens dit, dat hy hom vereenselwig met die wetenskap waarvan die primêre waarde deur Bronowski genoem word, die "habit of truth". Dié "gewoonte" word gemanifesteer in 'n konstante poging om eie handeling te rig "through inquiry into what is fact and verifiable, rather, than to act on the basis of faith, wish, or precipitateness" (1976, p.554).

Prakties beteken dit dat geen enkele teorie op hierdie stadium as die alfa of omega vir kliëntebehandeling kan dien nie. Maar dit beteken ook dat die kliniese sielkundige voortdurend sy kliniese werkswyses self moet

bevraagteken en ontwikkel, en onderwerp aan beskikbare wetenskaplike ondersoek en voortdurende evaluasie.

Maar juis wanneer hy hom onderwerp aan wetenskaplike ondersoek, loop hy die gevaar om te verval in "scientisme" — dat hy wette stel waar nog nie wette te stel is nie; dat hy in 'n poging om objektiewe bewyse te kry soms die belangrikste objektiewe feite van menslike interaksies langs die pad verloor.

Die tweede been van die Boulder-model stel dit dat die kliniese sielkundige opgelei moet wees as 'n professionele sielkundige. Die werklikheid van die profesie dring hom op aan die kliniese sielkundige. Hy word daagliks gekonfronteer met situasies waar hy moet staatmaak op wat onmiddellik voor hom "gebeur". Hy het wel tot sy beskikking 'n verskeidenheid teoretiese stellinge oor menslike gedrag, hy beskik ook oor meetinstrumente, dog telkens dring die uniekheid van sy kliënt, die onkategoriseerbaarheid van die kliënt se belewenis by hom op. Byvoorbeeld: die kliniese sielkundige ken en herken sekere psigodinamiese verskynsels wat by 'n sekere kliënt gemanifesteer word. Hy beskik oor vaardighede en tegnieke (ook deur navorsing en kliniese ervaring gestaaf) wat dikwels in soortgelyke omstandighede nuttig is om die kliënt se gedrag mee te wysig. Tog mag die interaksie tussen hom en dié spesifieke kliënt sodanig verloop dat hy op 'n totaal nuwe strategie aangewys is. Daar is geen finale resep vir behandeling nie. Die mens is en bly uniek. Geeneen van sy gedragsmanifestasies is presies herhaalbaar by 'n ander individu nie. Dit is spesifiek ook die interaksiefaktor, verskillende nuanses van die interaksies, wat elke situasie uniek maak. Mischel (1977) sê dat ondersoek oor sosiale interaksies duidelik openbaar hoe elke individu onophoudelik keuses maak, verander en toestande genereer net so veel as wat hy daardeur beïnvloed word. Hy beweer dat die toekoms van persoonlikheidsmetings rooskleuriger sal wees as ons verby die voorkeur pen-en-papier en laboratoriumondersoek beweeg om direkte waarnemingsmetodes en nie-indringende, nie-reaktiewe meetmiddels in te sluit waarmee lewens bestudeer word "where they are really lived and not merely where the researcher finds it convenient to look at them" (p.248).

Die kompleksiteit hiervan word ook deur Mitchell, Bozarth en Krafft (1977) beskryf. Dit volg dat indien geen twee gedragsuitinge beskou kan word as identies in betekenis nie, kan geen absolute wette om gedrag te beskryf en te behandel, gestel word nie.

Die professionele sielkundige moet dus oopheid van ervaring hê en nooit selfvoldaan wees oor wat hy kan of sal verwag nie. Die voorwaardes vir so 'n oopheid om 'n effektiewe psigoterapeutiese verhouding moontlik te maak, is warmte, empatie en selfkongruensie (Rogers, 1957; Truax & Carkhuff, 1967). Maar dis nie 'n eenvoudige saak nie, asof die drie bestanddele soos 'n kitsresep gemeng kan word om 'n effektiewe verhouding mee te skep. Die

drie voorwaardes kan hoegenaamd nie 'n verhouding skep nie. Dis die interaksie tussen variërende vlakke van warmte, empatie en selfkongruensie wat die aard van die terapeutiese verhouding bepaal. Dié ingewikkelde proses word deur Mitchell et al. beklemtoon, as hy vra "which therapists, under what conditions, with which clients in what kinds of specific predicaments, need to reach what levels of these interpersonal skills to effect what kinds of client change?" (1977, p.482).

Dit bring egter probleme mee vir die kliniese sielkundige in die praktyk. Hy is wel aangewys op eie intuïsie en kreatiewe denke, maar hy mag nie sy eie intuïsie en kreatiwiteit verabsoluteer nie. Dan maak hy hom skuldig aan klinikalisme.

Wat ten diepste deur hierdie model voorgehou word, is dat die kliniese sielkundige bereid moet wees om 'n geweldige ambivalente rol as 'n hoë eis van sy profesie te aanvaar en te handhaaf. Daar word van hom gevra om te verduur, soos woordeboeke ambivalensie definieer, "the simultaneous working in the mind of two incompatible wishes". Om bereid te wees om 'n dubbelsinnigheid in sy identiteit te huisves.

Hierdie omskrywing van die identiteit van die kliniese sielkundige vra 'n groot toleransie vir ambivalensie. Nooit kan hy eis dat hy 'n netjiese pakkie moet hê waarvolgens hy mense moet behandel nie — en nooit sal hy van die onrus wat hierdie dualistiese rol skep, kan ontkom nie.

Die vraag is nou: is dit moontlik en is dit billik? Is dit billik dat 'n opleier van kliniese sielkundiges só 'n definisie van die kliniese sielkundige, aan homself, en dus aan sy studente gaan stel. Die Nederlandse spreekwoord bring 'n benouenis: "Twee geloven op één kussen, daar slaapt de duivel tussen."

Nie almal van belang in die kliniese sielkunde-wêreld is bereid om dit te aanvaar nie. Albee, in sy voorsittersrede voor die APA in 1970 en wat verteenwoordigend is van vele, sê dat 'n wetenskaplike én professionele persoon twee onversoerbare identiteite het. Hy sê een van die ernstigste probleme ten opsigte van die wetenskaplik-professionele sielkundige, is dat hy gedurig 'n spel speel om onvereenigbaarhede te probeer versoen. Vir hom is die profesie van die kliniese sielkundige, en die wetenskap daarvan, twee onversoerbare sisteme. Vir hom moet die profesie op 'n jaloerse wyse sy geheime beskerm: geheimhouding en misterie omtrent die vakgebied is essensieel. "While professions exist to **serve** society, they must protect what they know, and they must always pretend to know more than they do in order to retain public confidence. In contrast, science abhors secrecy and does not tolerate faking or pretence" (1970, p.1075).

Albee stel dit dat universiteite die scientisme skep deur 'n hoofsaaklik wetenskapsgeoriënteerde en nie-praktykgerigte sielkundige te kweek. Hy beweer dat universiteite kliniese sielkundiges-in-opleiding indoktrineer in 'n ideologie van wetenskaplikheid wat nie met die praktyk rekening hou nie en op lukrake wyse belangriker inligting ignoreer.

Die kritiek op universiteite as eensydig in die opleiding van kliniese sielkundiges word deur Rogers (1973) onderskryf, maar om 'n teenoorge-stelde rede. Hy beskou die wetenskapsbeoefening van universiteite as verdag. Vir hom is die graaddepartemente in die Sielkunde "bastionne van tradisionalisme". In 'n sekere sin is universiteite vir hom dus nie wetenskaplik **genoeg** nie. Die sielkunde is volgens hom pseudowetenskap-verteenvoerdigend van 'n verouderde model van die fisiese wetenskappe.

Verder beweer Rogers dat die tradisionele produk uit sielkunde departemente aan universiteite hom met esoteriese kleinighede bemoei in plaas van om hom besig te hou met sosiaal relevante sake. Vir hom het sielkundiges die vermoëns om te kan kommunikeer en om sosiale probleme op te los, maar hy is skepties of universiteite die belangstelling vir die gebruik daarvan, aanwakker.

Rogers stel dit dat die universiteite, deur die intellek te verheerlik, 'n vals maar deurlopende dichotomie skep tussen denke en gevoelens en laasgenoemde wantrou en verwerp. Hy meen dat universiteitsfakulteite nie 'n integrasie van denke en gevoelens kan bewerkstellig nie want hul "tradisionalism and smugness approach the incredible" (1973, p.385). Hy beweer dat die tradisionele sielkunde 'n uiters onsekere wetenskap is wat nie mag waag om die misterieuse te ondersoek vanweë sy vasgevangenskap in wat vir hom 'n "commonsense" empiriese realiteit is nie, terwyl die werklikheid (soos hy dit noem, die "lawfull reality") ontken word "... a reality which can be perceived and known only when we are passively receptive, rather than actively bent on knowing" (1973, p.386).

Na my mening is dit goed dat persone soos Albee en Rogers op die gevare van die pseudowetenskap aan universiteite wys. Hulle skets egter 'n karikatuur wat soos alle karikature belangrike waarhede na vore bring maar in verwronge en oordrewe vorm om effek te behaal. Sulke karikatuur-sketsing kan tot onverantwoorde handelinge lei dat elke klinikus maar net "sy eie ding doen". Strupp (1976) gee ook gelyk dat daar probleme is met die opleiding aan universiteite: metodologie word verheerlik ten koste van ander en net so belangrike sake; ondersoeke word aangepak wat eerder 'n belangstelling in eksperimentele ondersoek, statistiese analise en eksperimentele kontrole bewys as om sielkundige fenomene te probeer begryp waaroor dit in die navorsingsprojek gaan; die wetenskap word oorbeklemtoon en kliniese ervaring word geringskat; passiewe leer word aangemoedig en oorspronklikheid en kreatiwiteit by studente word ontmoedig. ("Imagina-

tive teachers are rare" — Strupp, 1976, p.562); die opleiers is meer betrokke met hul eie loopbane as betrokke by hul studente . . .

Strupp is van mening dat die resultaat van hierdie proses is dat die studente **nóg as 'n wetenskaplike nóg as 'n professionele kliniese sielkundige opgelei word**. Perry (1979) ondersteun Wollersheim wat reeds in 1974 daarop gewys het dat die fout nie by die Boulder-model gesoek moet word nie. Die probleem is dat die Boulder-model nie in die opleidingsprogramme vir kliniese sielkundiges geimplimenteer word nie.

Om in te sien dat universiteite faal om 'n wetenskaplike en/of professionele houding by kliniese studente te kweek, verg egter nie om 'n skeiding te vra tussen rede en emosie, tussen rasionalisme en irrasionalisme, tussen intellek en empatie, tussen wetenskapsbeoefening en praktyk nie. Dit is wat Rogers en Albee by implikasie doen. Die gevaar volgens Strupp (1976) van sodanige neiging is dat dit lei tot polarisasie tussen denke en gevoel, tot anti-intellektualisme, anti-wetenskaplikheid en uiteindelik anti-professionalisme en het reeds bygedra tot deteriorasie van die kwaliteit van opleiding van kliniese sielkundiges.

Strupp (1976) aanvaar met sy siening dat die Boulder-model se voorgestane ambivalensie in elk geval deel is van die mens. Hy meen dat rede en emosie nie teenoor mekaar moet polariseer in opleiding nie. Daar behoort ook geen onoorkomelike struikelblokke te wees wat verhinder dat die intellektuele en emosionele sy van die student ontwikkel nie. Dit behoort moontlik te wees om navorsing aan te moedig wat selfs rigoristies en relevant is ten opsigte van kliniese en sosiale sake. Dit behoort vir die terapeut ook moontlik te wees om empaties die kliënt se emosionele ervarings te betree én krities oor die aard van die probleem te reflekteer. "Strange as it may seem to some, the therapist does think; even more important I believe he or she should think. It is one of the marvels of being human that we feel and think at all times" (Strupp, 1976, p.563).

Met optimisme beklemtoon Strupp die unieke en bevoorregte posisie wat die sielkundige van die twintigste eeu beklee: om die geleenthede vir ossillasie tussen waarneming en deelname te hê, tussen deelhê en om op 'n afstand te bekyk, tussen voel en dink, tussen 'n (gekontroleerde) losheid en bestudering. Dit is hierdie proses van ossillasie — wat 'n unieke menslike vermoë is: om te kan resoneer, identifiseer en terapeuties op die kliënt se ervarings te reageer — wat die onredelikes ignoreer, ontken en verwerp.

Dit wil voorkom of die Boulder-model, kritiek ten spyte, aanvaar moet word as 'n goeie én enigste model tot op hede toe vir opleiding. Ons wil tog klinici hê wat self volledig mens is, d.w.s. wat kan voel en dink. Meer nog, dit is waarskynlik die handhawing van 'n voortdurende ambivalensie tussen die twee pole: wetenskap en praktyk wat 'n **groeï ten goede vir beide wetenskap en praktyk sal meebring**.

Hoe moet hierdie ambivalensie by die student in die kliniese sielkunde gekweek word? Hoe moet die opleier die sogenaamde onversoerbare identiteite in 'n opleidingsprogram aanbied sodat die ambivalensie vir die student aanvaarbaar is?

4. Die opleiding van kliniese sielkundiges

Die opdrag is dus: kweek wetenskaplikheid by die student én lei hom op vir die praktyk.

4.1. Die kweek van die wetenskaplike houding

'n Goeie vertrekpunt by die oorweging van hoe om wetenskaplikheid by die student te kweek is om eerstens die foute van die verlede uit te ken.

Uit die literatuur is reeds gewys op probleme met opleiding aan universiteite; dat opleiers hul skuldig gemaak het aan —

- (a) die verheerliking van metodologie;
- (b) die begrensing van visie deur slegs 'n enkele teorie as "waar" voor te hou;
- (c) die voorhou van 'n stereotipe werkswyse — deur bv. die student te leer om slegs hipoteses te stel waarvoor daar beproefde statistiese weë vir ontleding bestaan.

Om te verhoed dat 'n student metodologie of teorie verheerlik tot 'n absolute wet, is nie moeilik nie. Die moment dat hy aan die lewenswerklikheid, aan 'n realistiese menslike situasie blootgestel word, verdwyn die neiging tot verabsoluttering van kennis. Belangrik dus om ware wetenskap te bedryf, is om nie die student te beperk ten opsigte van watter inligting toelaatbaar is nie. Wesentlik moet ons doen wat Rogers (1973) voorstel, naamlik konfronteer die student van die staanspoor af met die praktyk. (Dit is terloops van belang om kennis te neem van 'n onlangse versoek van die Vereniging van Kliniese Sielkundiges en gerig aan alle Suid-Afrikaanse universiteite dat die kliniese opleiding naas teoretiese skoling ook praktykgeoriënteerd moet wees.)

Tog — en daarteen moet gewaak word — is die behoud van 'n wetenskaplike werkswyse binne so 'n praktykgerigte opleiding, soos reeds gesê, noodsaaklik. Dit beteken dat die student wel die ritueel van die wetenskaplike werkswyse moet leer: van die stel en toetsing van hipotese, van besluitneming oor waarskynlikheidsgrense waarbinne stellings as veralgemeenbaar beskou kan word, van nuwe ontwikkelinge

op die gebied van die psigometrika, veral van multiveranderlike ontledingmetodes of metodes toepaslik op enkelgevalle.

Maar heel belangrik, is dat die student met baie groot versigtigheid geleer moet word **hoe** om hipotese te stel. McGuire (1973), eksperimentele sielkundige van faam, sê dat waar studente in navorsingsmetodiekprogramme ongeveer 90 persent van hul tyd geleer word om hipoteses te toets, moet 'n heelwat groter persentasie van hul tyd afgestaan word aan die leer van die stel van **kreatiewe** hipoteses — nie slegs van hipoteses waarvoor daar statistiese ontledingmetodes bestaan nie.

Hy sê die skep en toets van hipoteses is beide belangrike dele van die wetenskaplike metode, maar dat die **skeppende** fase die belangrikste is. Hy haal Maslow aan wat sê "what is not worth doing, is not worth doing well." Die rede waarom die kreatiewe fase van hipotesevorming verwaarloos word, sê hy, is moontlik te wyte aan die suspisie dat so 'n komplekse skeppingsproses nie aanleerbaar deur opleiding is nie. Om dié kreatiwiteit aan te wakker, doen hy die volgende aan die hand: die hipotese-genererende fase se belangrikheid moet uitgewys word, maar tesame daarmee moet ten minste 'n dosyn of meer verskillende benaderings beskryf en geïllustreer word; paradoksale insidente moet in ag geneem word; die funksionele benadering is belangrik; analyses van die praktiserende persoon se "rule-of-thumb"-metode moet gedoen word; redes vir teenstrydige resultate moet ondersoek word; waargenome komplekse verhoudings moet tot eenvoudiger verhoudingskomponente gereduseer word . . .

Wanneer die student dus leer om te kan **dink** oor 'n kliniese situasie sal hy kreatief kan hipoteses stel.

Dié proses verg egter onder andere ook dat die student opgelei moet word in hoe om met kennis en teorie in verhouding tot 'n nuwere "weet", om te gaan. Voorop is dit nodig dat die student 'n houding van **metakyk** moet kweek, d.i. refleksie oor beide teorie en waarneming gelyk.

In dié verband is die menings van Shakow (1976) baie belangrik. Hy glo dat hierdie houding bewerkstellig word wanneer die student in sy persoonlike hoedanigheid blootgestel word aan homself en in verhouding tot ander. Namate hy self-kennis opdoen, ontwikkel 'n nederigheid ten opsigte van alle kennis, word 'n verabsoluttering van teorie en metodiek en eie ervaring vermy.

Dus, in die opleidingsprogram blyk 'n vorm van **leerterapie** wat selfkennis ontwikkel van belang te wees, nie aangebied as 'n afsonderlike psigoterapie wat geïsoleerd van die opleiding aangebied word nie maar as 'n eie-ervaring-in-opleiding vir die student.

Dit wil dus voorkom of die foute van die verlede vermy kan word en 'n ware wetenskaplike soeke na kennis juis bevorder kan word deur die student praktykgeoriënteerd op te lei. Dit verseker 'n gedurige wisselwerking tussen wetenskap en werklikheid. Dit volg vanselfsprekend dat 'n dosent wat geen praktykervaring het nie moeilik gevorderde en gespesialiseerde kliniese opleiding aan die student kan gee.

4.2 Dit bring ons by die oorweging van hoe om 'n student te kweek wat geskik is vir die **professie** van die kliniese sielkunde.

In bogenoemde bespreking is aspekte van hoe die kliniese sielkundige professioneel opgelei word, reeds aangeraak. 'n Geïntegreerde vorm van leerterapie binne die opleidingsprogram, kweek die houding tot wetenskapsbeoefening — maar bied ook die essensiële grondbasis vir die praktyk: dat die psigoterapie wat die sielkundige as behandeling aan andere aanbied, nie vir homself vreemd is nie, maar hy dit aan sy eie lyf ervaar.

Die proses binne die opleidingsprogram bied aan die student sekuriteit om met selfvertroue in die kliniese situasie in te gaan. Dié sekuriteit is nie slegs gekoppel aan wat hy persoonlik ervaar het nie — dis ook verbind aan die versamelde teoretiese kennis en die praktiese ervaring wat hy opgedoen het.

In die huidige opleidingsopset in Suid-Afrika kom die student egter eers gedurende die gerigte M.A.-kliniese program met die praktyk in aanraking. Voorstudieprogramme is hoofsaaklik teoreties van aard.

Die "aanraking" met die lewende praktyk feitlik aan die einde van die kliniese student se opleiding, kom veels te laat. Hierdie praktykervaring as deel van die opleiding binne institute, kliniese en psigiatriese hospitale sluit dienslewering in. Daar moet egter sterk gewaak word teen dienslewering ten koste van opleiding en navorsing. Die ideaal vir die opleiding van kliniese sielkundiges aan 'n universiteit is sekerlik 'n goedtoegeruste instituut vir die kliniese sielkunde en die psigoterapie en/of noue samewerking met institute en klinieke waarbinne kliniese sielkundiges diens kan lewer, opleiding kan ondergaan en navorsing kan onderneem. Praktykervaring word op hierdie wyse vroeër gerealiseer wat vollediger met die finale internskap afgerond kan word.

Opleiding in 'n kliniesgeoriënteerde instituut bring 'n realiteit wat die student se leervermoë verhoog. Mischel (1977) sê as hy na Jenkins (1974) se navorsing oor geheue verwys, dat 'n belangrike opvoedkundige beginsel hier ter sprake is: wat onthou word in 'n gegewe situasie is afhanklik van die fisiese en sielkundige konteks waarbinne die gebeurtenis ervaar word.

Om hierdie rede is 'n kliniesgeoriënteerde instituut vir die opleiding van kliniese sielkundiges noodsaaklik. Dieselfde beginsel is van toepassing op die onderwys, die voorligting, die maatskaplike werk, die medisyne, die teologie . . .

Op 'n sistematiese gekontroleerde en hiërargiese wyse moet praktykervaring aangebied word. Ten opsigte van psigoterapie kan dit soos volg geskied:

- 1) 'n hoeveelheid slegs eerste onderhoude met werklike kliënte;
- 2) 'n enkel kliënt vir volledige psigoterapie;
- 3) meer kliënte (met andersoortige problematiek en/of interaksies)
- 4) ervaring met groter sisteme (bv. egpaar, moeder/kindverhouding);
- 5) groepe (wat gesinne insluit).

Die interaksiefaktor tussen hierdie vyf stappe is konstante supervisie binne die lewende terapiesituasie. Hierdie vorm van supervisie word algemeen as die beste vorm van opleiding beskou. Só 'n vorm van supervisie is terselfdertyd 'n leerterapie. Die supervisor is gedurig in die posisie om die student met gedrag te konfronteer wat inkongruensie in die terapeutiese situasie skep; metakommunikasies wat dus onaanvaarbaar is.

Opleiers moet ook in gedagte hou dat die student nie slegs op homself en in interaksie met sy mede-kliniese studente en opleiers gerig moet wees nie. Hy moet bewus gemaak word van sy toekomstige rol as enkeling in 'n groter professionele sisteem. Die opleiding moet hom 'n voorsmakie gee van professionele samewerking wat hom later te beurt sal val. Nouer kontak tussen hom en ander kliniese sielkundiges/psigoterapeute is essensieel vir die professie. Die meedeling en uitruil van kennis en ervaring, sit 'n vorm van skoling binne die professie voort.

By 'n instituut, gerig op die behoeftes van die kliniese sielkundige, kan geleenthede geskep word waar die student kennis maak met die breë maatskaplike sisteem waarbinne hy later sal funksioneer. Konsultasies tussen aanverwante professies in teenwoordigheid van die student én met sy deelname, berei hom voor vir hierdie sy van die professie. Verteenwoordigers van die mediese professie, opvoedkundiges, voorligters, maatskaplike werkers, omgewingsielkundiges, selfs argitekte en ingenieurs kan betrek word by gesprekvoering en kennisuitruilprogramme. Die huidige neiging tot polarisering tussen sodanige professies word dus reeds vroeg teengewerk.

Teen een saak of neiging moet opleiers wat die praktyk as fundamenteel tot opleiding sien, egter waak. Die geskiedenis het bewys dat praktykgeoriënteerde onderrig maklik ontaard in verskeie vorme verteenwoordigend van die humanisme, in 'n verheerliking van die beginsel van "do your own thing".

Smith (1973) gee erkenning aan die bydraes wat deur die humanistiese sielkunde, bv. Rogers, Maslow en May gemaak is. Maar hy het twee besware daarteen dat hulle die wetenskapsbeoefening òf verkeerd verstaan òf nie vertrou in het nie; dat hulle 'n romantiese misleidende en eensydige siening van die menslike natuur voorstaan. Samevattend: die humanisme hou 'n waarde voor dat wat reg "voel" vir die individu reg is. As teenvoeter vir 'n oordrewe puriteinse gewete, is dit soms nuttig om 'n individu te help om te konsentreer op wat vir hom reg is. Maar om hierdie tegniek vir behandeling te verabsoluteer tot 'n kernwaarde, is foutief. Dit is my oorwoë mening dat die opleier nooit uit voeling moet raak met die skepping van 'n kultuur nie, d.i. met die etiek en politiek van 'n kultuur nie. Ten spyte hiervan, sê Smith dat indien 'n opleier kulturele inhoud veronagsaam "It fans the flames of irrationalism and encourages the tide of privatism that engulfs many of the young as they give up hope about coping with society's problems in the political arenas of the real world" (1973, p.469).

Hierdie beginsel impliseer dat die student gedurende sy opleiding nie slegs verantwoordelikheid vir homself aanvaar nie. Verantwoordelikheid sluit al die sisteme waarbinne hy funksioneer, in. Strupp (1976, p.566) se waar woorde geld hier as hy sê dat ons in 'n tyd leef waar die tabewoorde is "discipline, effort, study, the intellect . . ."

Vorme van die humanisme daarenteen is slegs geïnteresseerd in ". . . sloshy gut reactions, passivity, contemplation, and wistfulness . . ." as die ware gidse vir menslike ervaring en professionele funksionering.

Wat hiermee gesê word is dat die hele lewenshouding van die student in gedrang is, sy houding teenoor andere en dié se probleme. Hy moet gelei word tot die ontwikkeling van 'n eie herkenbare etiese kode, 'n kode van aanvaarding, maar nie van aanvaarding in 'n etiese vakuum nie. Shakow (1976, p.554) sê ". . . we want persons who do not use their prestige to practice beyond their competence . . . We want persons who recognize the responsibility which they undertake in working with a human being."

5. Slot

Die eise soos hierbo gestel, nl. dat die klinikus aan die een kant met oopheid hom blootstel aan die praktyk en sy intuïesies **vertrou** — en aan die ander kant juis vanuit 'n wetenskaplike hoek gesien, sy intuïesies **wantrou**, is en bly 'n ongemaaklike toestand, 'n toestand van inkonsekwentheid of dissonansie.

So 'n ambivalensie gee erkenning aan die werking van prosesgebeure; dat die werklikheid — ook die rol en die funksie of die identiteit — van die kliniese sielkundige nie staties is nie of deur enkele eienskappe beskryf kan word nie. Die identiteit van die kliniese sielkundige as 'n handhawer van ambivalensie is een wat 'n fyn kuns van homeostase tussen twee pole insluit: dié van wetenskaplike en dié van professionele sielkundige; dié van 'n wetenskap-binne- praktyk; dié van 'n wetenskap-sonder-grense.

As wetenskaplike behou hy die nugterheid om op tye te erken dat hy as professionele sielkundige te min met die beginsels van die wetenskap rekening gehou het. As professionele sielkundige sal hy op sekere tye waarneem en aanvoel dat hy as wetenskaplike die praktiese realiteite vermy. In beide rolle gee hy uitvoering aan 'n belangrike beginsel van die wetenskap, nl. evaluasie en voortdurende evaluasie van wat om hom gebeur. Elke sogenaamde rol is die "broederswagter" van die ander.

Een van die maniere om die ambivalensie te verduur en te handhaaf, is die geloof. Vir my persoonlik is die geloof in Christus 'n daaglikse skoling waar botsende en teenstrydige verskynsels geakkommodeer word, 'n skoling in aanvaarding nie noodwendig versoening nie. Meer nog: geloof skenk genoeg liefde sodat liefde in verantwoordelikheid gegee kan word. Dit maak die handhawing van die dubbelsinnighede sinvol en die moeite werd.

Literatuur

ALBEE, GW The uncertain future of clinical psychology. *American Psychologist*, 1970, 25, 1071-1080.

HOCH, EL, ROSS, AO, & WINDER, CL Conference on the Professional Preparation of Clinical Psychologists: A summary. *American Psychologist*, 1966, 21, 42-51.

McQUIRE, WJ The yin and yang of progress in social psychology: Seven koan. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1973, 26, 446-456.

MISCHEL, W On the future of personality measurement. *American Psychologist*, 1977, April, 246-254

MITCHELL, KM, BOZARTH, JD & KRAUFT, CC A re-appraisal of the therapeutic effectiveness of accurate empathy, non-possessive warmth, and genuineness. In AS Gurman & AM Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research*. Oxford: Pergamon Press, 1977

PERRY, NW (Jr) Why clinical psychology does not need alternative training models. *American Psychologist*, 1979, 34, 603-611.

ROGERS, CR The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 1957, 21, 95-103.

ROGERS, CR Some new challenges. *American Psychologist*, 1973, 28, 379-387.

SHAKOW, D What is clinical psychology? *American Psychologist*, 1976, August, 553-560.

SMITH, MB Is psychology relevant to new priorities? *American Psychologist*, 1973, June 463-471.

SMITH, MB Psychology and the future. *American Psychologist*, 1978, 33, 644-647.

STRUPP, HH Clinical psychology, irrationalism, and the erosion of excellence. *American Psychologist*, 1976, August, 561-571.

TRUAX, CB & CARKHUFF, RR *Toward effective counselling and psychotherapy: training and practice*. Chicago: Aldine Publishing Co., 1967.

UNIVERSITY
OF
JOHANNESBURG